

LA DÉPRESSION CHEZ LA FEMME

C. VANTURENHOUT (1), M. ANSSEAU (2)

RÉSUMÉ : La prévalence dépressive est deux fois supérieure chez la femme par rapport à l'homme. Les raisons en sont multiples : biologiques, psychologiques et sociales. La femme est particulièrement exposée à la dépression durant sa période reproductive en fonction des remaniements psychologiques qu'elle traverse et des variations hormonales qu'elle subit, de la ménarche à la ménopause. Le médecin généraliste peut être confronté à différents troubles dépressifs dont les aspects cliniques et thérapeutiques spécifiques sont rappelés ici, particulièrement les dépressions gravidiques, les troubles du post-partum, et les dépressions de la ménopause.

INTRODUCTION

La plupart des études épidémiologiques confirment la constatation commune d'une prépondérance des états dépressifs dans le sexe féminin, aussi bien chez les sujets traités que dans la population générale.

Bien que cette différence de prévalence selon le sexe soit encore assez mystérieuse et non complètement élucidée, les connaissances sur le traitement et la prévention des troubles de l'humeur spécifiques à la femme sont désormais plus accessibles.

Les aspects spécifiques de la dépression chez la femme sont la résultante de particularités biologiques, sociales, culturelles et psychoaffectives conscientes ou inconscientes (1).

Cette spécificité féminine ne peut s'appréhender qu'à travers l'histoire des civilisations, l'évolution des représentations sociales et les apports plus récents de la psychanalyse, multiples perspectives qui éclairent sous de nouveaux angles cette question et font appel à des références théoriques impossibles à résumer ici.

APPROCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les recherches épidémiologiques provenant du monde entier continuent de démontrer que la prévalence au cours de la vie des troubles de l'humeur est significativement plus élevée parmi les femmes que les hommes (fig. 1). Le sex ratio est approximativement de deux femmes pour un homme (2/1), et se maintient constant parmi différents groupes ethniques et localisations géographiques (2).

Selon l'étude récente réalisée dans la Province de Liège sur la prévalence des troubles psychia-

(1) Résidente spécialiste, (2) Chargé de Cours et Chef de Service, Université de Liège, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale.

DEPRESSION IN WOMEN

SUMMARY : The woman is twice more likely than man to suffer from depression. The reasons can be biological, psychological and social. The woman is particularly sensitive to depression during her reproduction period depending on the psychological modifications she faces and the hormone variations she has to go through. The general practitioner can encounter various depressive disorders with the following specific clinical and therapeutic aspects : premenstrual syndrome, gravidic depression, postpartum disorders, menopause depression.

KEYWORDS : Depression - Women - Affective disorder

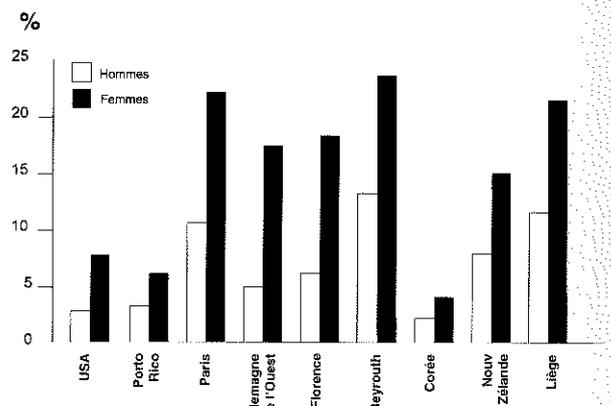


Fig. 1. Comparaison de la prévalence de dépression majeure (%) entre hommes et femmes dans diverses études épidémiologiques.

triques, on retrouve une différence hautement significative dans la répartition des troubles thyroïdiens (en majorité des troubles dépressifs majeurs) selon le sexe : prévalence population générale : 33,6 %; hommes : 25,9 %; femmes : 40,5 %. Ces données confirment celles de la littérature internationale (3).

Certains ont considéré que la prépondérance féminine devait être rapportée à un biais de recrutement de la population étudiée (4).

Il est vrai qu'à niveau comparable de pathologie, les femmes ont tendance à consulter plus souvent.

Un autre problème est celui de l'évaluation de la gravité des troubles : l'homme, qui refuse de se reconnaître déprimé, modifie son expression sémiologique et masque davantage ses problèmes dépressifs ou les déplace vers des pathologies telles que la psychopathie ou l'alcoolisme.

Toutefois, les biais méthodologiques invoqués (longévité accrue des femmes, consommation médicale supposée supérieure, verbalisation des symptômes dépressifs plus facile, attitude sub-

jective du corps médical) ne sont pas suffisants pour expliquer cette différence entre les sexes.

Il semble que la durée d'un accès dépressif soit assez équivalente dans les deux sexes, et que c'est la plus grande fréquence des rechutes chez la femme qui semble devoir expliquer la différence sexuelle de la prévalence dépressive (21,8 % des femmes, ayant fait un accès dépressif, rechutent contre 12,9 % des hommes).

ORIGINE DE LA PRÉPONDÉRANCE FÉMININE

CAUSES BIOLOGIQUES

Facteurs génétiques.— Le risque génétique des troubles bipolaires semble plus élevé que celui des troubles unipolaires; or les formes bipolaires ont un moindre sex-ratio que les autres troubles thymiques.

En revanche, pour les dépressions névrotico-réactionnelles, où le sex ratio est d'environ de deux à trois femmes pour un homme, le déterminisme génétique semble moindre que les influences psychosociales.

Facteurs endocriniens.— Il existe des relations étroites, chez la femme, entre la fonction gonadotrope et les troubles de l'humeur (1).

Cette relation est à rapprocher du fait que les états dépressifs s'accompagnent souvent de troubles sexuels (réduction ou perte totale de la libido, anorgasmie, modification du cycle menstruel, voire aménorrhée).

Les grandes variations hormonales de la femme, cycle menstruel, post-partum et ménopause, sont souvent contemporaines de modifications thymiques. Piollet (5) rappelle qu'en service de psychiatrie, 50 % des admissions en urgence se font au cours de la période prémenstruelle (pour des états dépressifs et d'autres pathologies mentales).

Les divers neurotransmetteurs jouent un rôle régulateur tant au niveau de l'hypothalamus que de l'hypophyse : le système dopaminergique inhibe l'axe gonadotrope; le système noradrénergique le stimule; le système sérotoninergique contrôle la pulsativité des sécrétions de GnRH et de LH-FSH.

En retour, les stéroïdes sexuels influencent la neurotransmission : ils modifient l'activité électrique neuronale, agissent sur les systèmes mono-aminergiques, et au niveau des récepteurs.

Divers tableaux cliniques sont classiquement identifiés : le syndrome prémenstruel, les troubles dépressifs de la phase menstruelle, les

modifications thymiques du post-partum et celles de la ménopause.

Le rôle thérapeutique des traitements hormonaux dans ces divers cadres cliniques authentifie la participation de l'axe gonadotrope à la pathologie dépressive.

Toutefois, l'hypothèse d'une causalité univoque endocrinienne serait trop simplificatrice : il est cependant intéressant de prendre en compte le contexte hormonal de chacune de ces situations cliniques.

CAUSES PSYCHOSOCIALES

Le rôle social de la femme vécu comme "dévalorisant" est certainement un facteur favorisant important. De très nombreuses publications ont souligné le statut social d'infériorité de la femme, son état de dépendance, les limites de ses aspirations professionnelles.

A propos du statut marital, les femmes veuves ou divorcées ne sont pas plus souvent déprimées (pour certains auteurs moins déprimées même) que des hommes placés dans des situations équivalentes. Les femmes mariées sont d'ailleurs plus vulnérables à la dépression que les femmes célibataires ou les hommes mariés, tout se passant comme si le mariage avait chez l'homme un rôle protecteur et chez la femme un rôle pathogène.

En ce qui concerne les événements de vie, les femmes ont une plus grande susceptibilité aux événements de vie stressants, et une plus grande vulnérabilité aux conditions socio-environnementales défavorables. Le travail à l'extérieur semble jouer un rôle protecteur, en élargissant le champ des relations et en améliorant la situation économique du foyer.

Une mauvaise relation conjugale constitue un facteur aggravant. La femme est d'ailleurs plus sensible que l'homme aux séparations et à la rupture des liens familiaux.

Au niveau de l'âge, on remarque que les "pics" de plus grandes fréquence des états dépressifs sont différents chez l'homme et chez la femme : avant 35 ans chez la femme, entre 55 et 70 ans chez l'homme.

Enfin, une enquête de Brown et Harris (cités dans 6) menée dans la banlieue de Londres, a défini comme *profil à haut risque dépressif* celui d'une femme de la classe ouvrière, sans insertion professionnelle, et élevant plus de trois enfants de moins de 14 ans.

Pour Fombonne (cité dans 6), "les recherches suggèrent plutôt que plusieurs facteurs de risque se combinent entre eux, et que ces interactions

mènent à un seuil au-delà duquel la maladie apparaît. Les possibilités d'intervention ou de prévention reposent donc sur la connaissance de l'association et de la synergie entre les différents facteurs de risque connus".

PARTICULARITÉS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

LES TROUBLES GRAVIDIQUES

Définition et prévalence

Les dépressions au cours de la grossesse sont relativement rares (moins de 10 % des cas). Elles surviennent surtout au début (et elles s'améliorent alors spontanément au fil des mois) ou au dernier mois (et peuvent perdurer après l'accouchement) (1).

L'ambivalence à l'égard de cette grossesse, des antécédents d'IVG, le jeune âge de la mère semblent être des facteurs favorisants. Le rôle de l'environnement est déterminant : l'isolement affectif et social, les conflits conjugaux ou familiaux, les difficultés matérielles constituent autant d'éléments péjoratifs.

En dehors des manifestations dépressives proprement dites, la grossesse est souvent une période d'instabilité ou de fragilité émotionnelle : période d'élation, suivie parfois de dysphorie, alternances d'apathie et d'hyperactivité, d'irritabilité parfois. Ces symptômes restent généralement mineurs, n'aboutissant pas à une maladie dépressive.

Etiologie

Ces troubles ainsi que ceux du post-partum doivent toujours faire discuter la part de trois catégories de facteurs pathogéniques (7) :

- *biologiques*, et en particulier les remaniements hormonaux (2);

- *psychologiques*, comme le vécu de la maternité selon la façon dont le projet d'enfant a été élaboré, l'acceptation ou non d'une nouvelle naissance, la stabilité du couple formé avec le partenaire, le rang du futur enfant dans sa fratrie, les antécédents obstétricaux, la crainte d'une malformation fœtale, le modèle constitué par les grossesses de la mère ou d'autres femmes de l'entourage, la reviviscence du conflit oedipien, la restauration narcissique apportée par la grossesse face à l'angoisse de castration, la confrontation de l'enfant imaginaire à l'enfant réel, ...

- *sociaux*, comme les conditions économiques dans lesquelles survient la grossesse, la possibilité de bénéficier d'avantages sociaux, et les rôles de la femme enceinte et de la future mère dans la culture d'appartenance.

Dépressions de registre névrotique

1. Clinique

Dans la grande majorité des cas il s'agit de dépressions d'intensité légère ou moyenne, dites névrotiques, qui peuvent survenir sur un terrain névrotique ou non.

La femme présente dans ce cas des sentiments d'incapacité, de dépréciation, une asthénie et des troubles du sommeil. Diverses plaintes somatiques peuvent s'y associer, ainsi qu'un état anxieux persistant (1).

2. Thérapeutique

Le traitement de ces dépressions est avant tout une psychothérapie individuelle de soutien. Un abord familial et la prise en compte des problèmes sociaux sont souvent nécessaires. Des thérapies plus spécifiques, relaxation par exemple, peuvent être utiles en cas de forte composante anxieuse. Les traitements médicamenteux antidépresseurs sont peu indiqués dans ces tableaux d'intensité modérée.

En cas de dépression sévère avec idéation suicidaire, la prescription d'antidépresseurs s'impose, y compris lors des premiers mois de la grossesse. Il est de règle de prescrire parmi les tricycliques les plus anciennement connus pour lesquels nous disposons d'un maximum de recul et d'expérience, la clomipramine (Anafranil®) par exemple.

Il faut rappeler que la grossesse normale ne constitue pas une contre-indication aux électrochocs. En fin de grossesse, la coprescription d'un traitement progestatif (destiné à compenser la rupture de l'équilibre œstroprogestatif) semble une démarche thérapeutique logique.

Il est rare que l'accouchement suffise à lever la dépression de la mère. Il peut être justifié de maintenir ces femmes hospitalisées pendant plusieurs semaines, temps nécessaire pour permettre à la mère d'être traitée et au bébé de traverser dans les meilleures conditions psychologiques les premières semaines de sa vie.

Dépressions de type mélancolique

1. Clinique

Dans de rares cas peut survenir une dépression endogène, plus volontiers en fin de grossesse. La présence d'un ralentissement psychomoteur, d'une variation nyctémérale de l'humeur, de réveils précoces, de troubles cognitifs, d'idées morbides ou de culpabilité, permet d'orienter le diagnostic. Ces dépressions sont souvent sévères associant des symptômes confusionnels et/ou délirants.

2. Thérapeutique

Une prise en charge psychiatrique et un traitement médicamenteux deviennent alors nécessaires; la clomipramine (Anafranil®) à la dose moyenne de 150 mg/24 h est de préférence utilisée. Le recours à la sismothérapie peut permettre une évolution rapidement favorable.

Pharmacothérapie durant la grossesse

Tous les psychotropes diffusent à travers le placenta et, plus tard, dans le lait maternel, si bien que les risques tératogéniques ainsi que les risques de troubles comportementaux ou de développement chez le fœtus/bébé doivent être mesurés en fonction du risque de ne pas traiter (8).

Le risque d'anomalies morphologiques est maximal au cours du premier trimestre de la grossesse; l'exposition sera, si possible, évitée lors de cette période. Le choix des molécules se portera sur celles qui ont la plus courte demi-vie et pour lesquelles le plus d'informations sont disponibles.

La décision d'utiliser un traitement médicamenteux se prendra en fonction de la présence d'idées suicidaires, de troubles sévères du sommeil ou de l'appétit, d'un ralentissement psychomoteur.

Un autre problème est celui du maintien ou non d'un traitement prophylactique ou d'entretien chez les patientes atteintes d'un trouble psychiatrique avant la grossesse : encore une fois, les risques encourus en cas de rechute doivent être évalués.

Les antidépresseurs tricycliques et les antidépresseurs sérotoninergiques (SSRIs) sont considérés comme relativement sûrs et à risque minimal de tératogénicité. Le lithium est considéré comme sûr après le premier trimestre. La carbamazépine (Tegretol®) est, par contre, non recommandée. Au niveau des neuroleptiques, la prudence s'impose : on utilisera les butyrophénonnes (halopéridol) plutôt que les phénothiazines. Les antiparkinsoniens ne sont pas recommandés. Des fortes doses de benzodiazépines sont également à éviter en raison de l'induction d'une hypotonie, même de dépression respiratoire, et d'un syndrome d'abstinence chez le nouveau-né (2).

LES TROUBLES DU POST-PARTUM

Prévalence

Le post-partum est une période marquée par d'importants changements physiques et psychosociaux. Rien d'étonnant à ce qu'une symptomatologie psychiatrique plus prononcée soit présente (9).

Etiologie

Le post-partum est une période de profonds changements hormonaux :

Il est probable que la chute des hormones sexuelles, chez certaines femmes vulnérables ou prédisposées génétiquement, induise des changements au niveau de la cascade sérotoninergique, ce qui entraîne des troubles de l'humeur.

Certains auteurs suggèrent qu'un dysfonctionnement transitoire thyroïdien suivant la naissance serait associé à la dépression du post-partum dans un sous-groupe de ces patientes.

La prévalence des troubles de l'humeur chez les parentes au 1^{er} degré des femmes présentant une dépression du post-partum est plus élevée que dans la population générale, soulignant l'existence de facteurs génétiques ou familiaux.

Les facteurs de risque concernant le post-partum sont :

- des antécédents psychiatriques personnels ou dans la famille;
- des facteurs psychosociaux tels qu'un manque de support social; l'instabilité conjugale, familiale, ou professionnelle; une grossesse non désirée; un problème relationnel entre la patiente et sa propre mère; l'apparition de symptômes dépressifs pendant la grossesse, ...

La connaissance de ces facteurs de risque permet de repérer les femmes à risque et de leur prodiguer une attention particulière dans un but préventif.

Le Baby-blues (tableau I)

1. Clinique

Le baby-blues concerne, selon les auteurs, 50 à 70 % des accouchées. Il associe anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphorie, troubles du sommeil, plaintes somatiques.

Les crises de larmes, la susceptibilité, la crainte d'être délaissée surprennent l'entourage, surtout lorsque l'accouchement s'est bien déroulé. Les fluctuations de l'humeur, de l'exubérance à des moments dépressifs, peuvent être rapides et importantes. Les préoccupations anxieuses du début de la grossesse réapparaissent, souvent associées à l'obsession de ne pas savoir s'occuper du bébé (1).

CARACTÉRISTIQUES DU BABY-BLUES.

Incidence :	50 à 70 %
Apparition :	vers le 5 ^e jour
Nature :	instabilité émotionnelle
Traitement :	repos

Ce trouble transitoire survient entre le 3^{ème} et le 6^{ème} jour après l'accouchement. Réduit parfois à 24 h, il dure 4 à 5 jours au maximum. Si les symptômes persistent après la première semaine ou s'intensifient, on entre alors dans le cadre différent des dépressions du post-partum.

Ce tableau, si fréquent, ne doit pas forcément être considéré comme une dépression "a minima", mais plutôt comme une phase brève d'hypersensibilité émotionnelle dont le noyau ne serait pas dépressif. Les modifications endocriniennes contemporaines, l'effondrement des stéroïdes sexuels, en particulier œstrogéniques semblent capables de provoquer à eux seuls un état réactionnel psycho-endocrinien différent dans sa cinétique et sa temporalité des mécanismes dépressifs.

Les femmes souffrant d'un syndrome pré-menstruel plus marqué semblent plus souvent atteintes de baby-blues, ce qui va une fois de plus dans le sens d'une sensibilité psycho-endocrinienne.

Plusieurs études récentes démontrent qu'un blues prononcé constitue un facteur de risque précis quant à l'apparition ultérieure d'une dépression postnatale (9).

2. Thérapeutique

Il n'existe pas de traitement médicamenteux du post-partum blues, en dehors d'un repos suffisant.

La compétence des sages-femmes, l'information, une attitude chaleureuse et compréhensive suffisent le plus souvent pour passer sans encombre une phase considérée comme un épisode normal.

LES DÉPRESSIONS DU POST-PARTUM

Les dépressions simples

L'incidence de la dépression du post-partum se situe entre 10 et 20 %. Certaines de ces décompensations apparaissent après quelques semaines, d'autres après plusieurs mois (tableau II).

1. Clinique

Le post-partum blues se termine au maximum vers le 7^{ème} jour après l'accouchement. En cas de prolongation au-delà ou d'intensification des symptômes, notamment avec l'apparition de phobies d'impulsion (crainte de faire du mal au

bébé) et d'évitement du contact, le diagnostic de dépression doit être envisagé.

Le comportement avec l'enfant peut être une attitude surprotectrice aussi bien que de la négligence. Une fatigue importante, un grand besoin de sommeil ainsi qu'une prise de poids (ou du moins l'incapacité à retrouver à son poids d'avant la grossesse) sont les caractéristiques assez typiques d'une dépression du post-partum.

Initialement, ces patientes consultent peu et ont tendance à s'isoler. Ces mères dont l'enfance a été souvent empreinte de carences affectives, dont la grossesse a été émaillée d'événements douloureux (deuils, séparations) ou de conditions psychologiques difficiles (solitude, conflits conjugaux), reproduisent ou amplifient l'isolement affectif et social qui les fragilise. Il est donc important, lorsque de tels éléments ont été repérés au cours de la grossesse, de prévoir un suivi rapproché.

Souvent, la dépression post-partum se présente comme une dépression masquée : la patiente consulte pour des douleurs chroniques ou une baisse de libido depuis l'accouchement. Une anamnèse plus approfondie permet de déceler une humeur dépressive masquée par les autres plaintes (9).

Face à une dépression post-partum, il convient de tenir compte d'une éventuelle cause physique qui peut être à l'origine d'un tableau dépressif, d'une dépression résistante :

- anémie provoquée par la grossesse;
- troubles thyroïdiens : de nombreuses femmes avec anticorps microsomaux asymptomatiques avant la grossesse souffrent après la période immunosuppressive de la grossesse d'une "thyroïdie silencieuse" qui, dans la moitié des cas, évolue vers une hypothyroïdie après quelques mois.

2. Thérapeutique

Il s'agit de femmes qui, si elles ne viennent pas aux consultations prévues, doivent impérativement être rappelées et soutenues. Une attitude interventionniste, ni dramatisante, ni moralisatrice, est éthiquement justifiée.

La prise en charge des difficultés sociales objectives est une autre nécessité, le recours aux services sociaux devant éventuellement être déclenché, même si l'intéressée banalise sa situation.

L'association d'une prise en charge correcte et l'utilisation très classique des antidépresseurs suffisent généralement à guérir ces dépressions.

En ce qui concerne l'allaitement, l'usage des antidépresseurs tricycliques n'est pas recom-

TABEAU II. CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM.

Incidence :	10 à 20 %
Apparition :	dans les 6 mois
Nature :	atypique ou masquée
Traitement :	prévention, antidépresseurs

mandée en raison d'effets secondaires chez le bébé (effet sur le fonctionnement cognitif). Les données disponibles sur les antidépresseurs sérotoninergiques sont suffisantes pour confirmer l'innocuité en cas d'allaitement.

Les progestagènes sont inefficaces. L'administration transcutanée d'oestrogènes semble efficace, bien que cela doive encore être confirmé.

Dans certains cas et malgré un traitement bien conduit, la dépression tend à se chroniciser. Même si la participation névrotique apparaît importante, il ne faut pas hésiter à utiliser les IMAO, ou à envisager une hospitalisation avec recours éventuel à la sismothérapie.

Les dépressions de type mélancolique

Ces dépressions peuvent survenir dans les mois qui suivent l'accouchement. Les signes cliniques d'un épisode mélancolique délirant ou confusionnel attestent de la gravité de l'état. Les risques suicidaires ou d'infanticide doivent être rigoureusement évalués : une hospitalisation en milieu spécialisé doit éventuellement être imposée.

Certaines de ces patientes referont ultérieurement des accès dépressifs. Pour un certain nombre d'entre elles, cette dépression du post-partum est la première manifestation d'une maladie maniaco-dépressive qui, ultérieurement, évoluera pour son propre compte, et justifiera donc une prophylaxie spécifique.

LA DÉPRESSION DE LA MÉNOPAUSE

A peu près 20 % des femmes accomplissent leur ménopause de façon asymptomatique, probablement en raison de la persistance d'une sécrétion œstrogénique limitée et d'un contexte psychosocial et affectif favorable.

Quatre-vingts pour cent des femmes présentent soit des troubles fonctionnels liés à la réduction des sécrétions œstrogéniques et aux modifications hypothalamiques, soit des troubles psychologiques, soit les deux.

Le taux de dépression apparaît plus élevé dans les ménopauses induites médicalement ou chirurgicalement (1).

1. Clinique

Ces désordres physiques et psychologiques associent le plus fréquemment troubles du caractère (en relation avec la personnalité antérieure), céphalées, transpirations exagérées, étourdissements, nervosité, irritabilité, asthénie, insomnies, symptômes dépressifs.

L'ensemble de ces signes, lorsqu'ils restent discrets, constitue une réaction subnormale contemporaine de la période ménopausique. Ce syndrome ménopausique dont le traitement endocrinien est bien codifié, ne doit pas être confondu avec une éventuelle dépression. La distinction entre ces deux éventualités est souvent peu aisée, la plainte s'exprimant souvent sous une apparence dépressive vu les troubles de la vie sexuelle, les bouffées de chaleur et les douleurs diverses.

La période de la ménopause est contemporaine de changements corporels visibles, de remaniements de la cellule familiale (prise d'autonomie des enfants, naissance de petits-enfants, ...) et/ou de l'activité professionnelle qui peuvent être difficilement supportés, renvoyant la femme à la problématique du vieillissement et de l'involution.

Pour certaines femmes, cette période sera l'occasion de changer de mode de vie en faisant appel à leur créativité.

Pour d'autres, il existe un risque dépressif associé à ces changements et remaniements psychologiques qui, dans le pire des cas, peuvent déboucher sur des dépressions d'involution particulièrement sévères.

2. Traitement

Le traitement hormonal du syndrome ménopausique est bien codifié. Il s'appuie sur des oestrogènes naturels plus que de synthèse, administrés le plus souvent en percutané (2).

Le traitement est bénéfique vis-à-vis de l'ostéoporose, de l'atrophie cutanéomuqueuse et du fonctionnement cérébral.

On constate une amélioration de l'humeur, de meilleures performances au niveau de la mémoire et de la concentration. Selon de récentes études, les oestrogènes auraient même un effet protecteur contre la survenue de démence.

L'utilisation d'antidépresseurs est alors inutile.

Dans certains cas, le traitement hormonal n'est que partiellement efficace. Des symptômes psychiques voisins de ceux du syndrome ménopausique, mais plus durables ou plus intenses, traduisent une réelle dépression réactionnelle, non hormonodépendante (même si le désordre hormonal doit être compensé), et justifient la prescription d'antidépresseurs.

RÉFÉRENCES

1. Gérard A.— *Dépression chez la femme. Les maladies dépressives*. Flammarion Méd-Sciences, Paris, 1995, 84-90.
2. Steiner M, Yonkers K.— *Depression in women, mood disorders associated with reproductive cyclicity*. Martin Duniz, 1998.
3. Reggers J, Ansseau M, et Pull C.— *Lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders in Belgium, results from the Liege study* (en préparation), 1998.
4. Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Martin RO.— *Les troubles de l'humeur; les états dépressifs*. Psychiatrie. PUF Fondamental, Paris, 1995, 145-147.
5. Piollet I.— *Axe gonadotrope en psychiatrie*, in Gerard A, Loo H, Olié JP, et al, *Séminaire de psychiatrie biologique*. Ed Pharmuka, X, 63-74.
6. Rouillon F.— *Epidémiologie des maladies mentales*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, 37878 A & O, 10-1985.
7. Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, et Martin RO.— *Problèmes psychologiques et psychiatriques liés à la grossesse*. Psychiatrie. PUF Fondamental, Paris, 1995, 611-615.
8. Heim A, Benassouli P, Heim N, Philippe HJ.— *Troubles psychiatriques et grossesse*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37 660 A 10.
9. Demyttenaere K.— *Psychopathologie du post-partum*, in *Dépression et psychosomatique*. Garant, Paris, 1997, 227-237.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr C. Vanturenhout, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, CHU, Sart Tilman, 4000 Liège.