



**HAL**  
open science

# Dépression postnatale maternelle et conséquences sur le nouveau-né et le nourrisson : étude bibliographique

Marie Taupiac

## ► To cite this version:

Marie Taupiac. Dépression postnatale maternelle et conséquences sur le nouveau-né et le nourrisson : étude bibliographique. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01697366

**HAL Id: dumas-01697366**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01697366v1>**

Submitted on 31 Jan 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE  
FACULTE DE MEDECINE ET MAÏEUTIQUE  
FILIERE MAÏEUTIQUE**

**DEPRESSION POSTNATALE  
MATERNELLE  
ET CONSEQUENCES SUR LE  
NOUVEAU-NE ET LE NOURRISSON**

Etude bibliographique

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Marie TAUPIAC

Sous la direction du

Pr Lionel CONVAIN – Pédopsychiatre

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017**



**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE  
FACULTE DE MEDECINE ET MAÏEUTIQUE  
FILIERE MAÏEUTIQUE**

**DEPRESSION POSTNATALE  
MATERNELLE  
ET CONSEQUENCES SUR LE  
NOUVEAU-NE ET LE NOURRISSON**

Etude bibliographique

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Marie TAUPIAC

Sous la direction du

Pr Lionel CONVAIN – Pédopsychiatre

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017**

## REMERCIEMENTS

A mon Directeur de Mémoire, le Professeur Lionel CONVAIN, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, pour ses conseils et sa guidance.

A ma Sage-femme Enseignante Référente, Madame Isabelle VAAST, pour ses encouragements et sa disponibilité.

A mes parents et mes trois sœurs, pour leur écoute, leurs relectures et leur soutien.

A mes amis, pour leurs rires et leur bonne humeur.

A l'ensemble de la promotion pour ces beaux et forts moments tout au long des études.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique, pour sa compréhension et sa bienveillance au cours de ces années.

# SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
GLOSSAIRE .....	2
1. INTRODUCTION.....	3
2. MATERIEL ET METHODES .....	6
2.1 Type d'étude :.....	6
2.2 Critères d'inclusion :.....	6
2.3 Critères d'exclusion :.....	6
2.4 Mots-clés :.....	6
2.5 Ressources : .....	6
2.6 Logiciel de traitement des données bibliographiques :.....	6
2.7 Méthodologie :.....	7
3. RESULTATS ET ANALYSE.....	8
3.1 Les interactions physiologiques mère-enfant [4 publications] .....	8
3.2 Les signes d'alerte pédiatriques [10 publications] .....	9
3.3 Mise en lien avec la dépression du postpartum [18 publications].....	14
3.4 Les moyens d'amélioration : qui, quoi, où, quand ? [28 publications] .....	19
4. DISCUSSION .....	27
4.1 Généralités :.....	27
4.1.1 Choix méthodologique : .....	27
4.1.2 Points forts .....	28
4.1.3 Difficultés et limites.....	28
4.2 Signes d'alerte pédiatriques et mise en lien avec la DPP : .....	28
4.3 Moyens d'amélioration : quoi, qui, où, quand ? .....	29
5. CONCLUSION .....	32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	33

## GLOSSAIRE

AM : allaitement maternel

ATCD : antécédent

CAPEDP : Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance, Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DPN : dépression postnatale

DPP : dépression du postpartum

EDEN : Etude d'envergure sur les Déterminants pré- et post-natals précoces du Développement et de la santé de l'Enfant

ELFE : Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPP : Entretien Périnatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

NN : nouveau-né

PEC : prise en charge

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PP : postpartum

QI : Quotient Intellectuel

SF : sage-femme

TE : type d'étude

# 1. INTRODUCTION

« *La seule vraie base de la relation qu'établit l'enfant avec sa mère et avec son père, avec les autres enfants et plus tard avec la société, réside dans la première relation satisfaisante entre la mère et son bébé.* » (1)

Les recommandations de 2015 du CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français) ont montré un intérêt particulier pour la période du postpartum, et un chapitre a été consacré aux « troubles psychiques du postpartum : dépistage et prévention après la naissance ». En effet, il est dit que « Compte tenu de sa [*dépression postnatale*] prévalence et du fait de ses conséquences pour l'ensemble de la famille, elle constitue un véritable enjeu de santé ». (2)

Il est aussi expliqué que les professionnels de terrain (notamment les sages-femmes), qui sont au contact direct des nouvelles mères durant les premières semaines du postpartum, sont les premières personnes pouvant dépister un « éventuel malaise psychique maternel ». Le CNGOF parle de « rencontre clinique » comme outil restant à privilégier pour un tel dépistage.

Les troubles psychiques postnataux ont plusieurs degrés :

- le « *babyblues* » qui touche 50 à 80% des mères, et est aussi appelé « syndrome du troisième jour ». Il se manifeste par des symptômes anxieux et dépressifs peu intenses : des pleurs, une irritabilité, un manque de sommeil et donc une asthénie, des sautes d'humeur et un sentiment de vulnérabilité. Les angoisses sont centrées sur le l'enfant. Le trouble est transitoire et réversible spontanément, les signes disparaissent souvent en dix jours environ. Pour certains auteurs il ne correspond même pas à un état pathologique (3). Mais parfois il peut évoluer vers :
- la **dépression du postpartum** qui touche entre 10 et 20% (environ 13%) des femmes ;
- la *psychose puerpérale* pour environ 1 mère sur 1000 (4). Cela correspond à un tableau clinique aigu associant syndrome confusionnel, troubles du comportement avec délires auto- et/ou hétéro-agressifs, fantasmes persécutoires et d'infanticide, apparaissant dans les trois semaines suivant l'accouchement. La relation mère-enfant est impossible.

Ainsi, environ une femme sur dix est touchée par une **dépression du postpartum**. Elle peut débuter dans un laps de temps très variable : entre quelques jours et jusqu'à un an (avec un pic à 3 mois) après l'accouchement. Les épisodes dépressifs majeurs comprennent : tristesse (parfois masquée), ralentissement psychomoteur, asthénie, troubles du sommeil, avec possibles difficultés d'endormissement voire cauchemars, apathie, sexualité perturbée, anxiété, difficulté et parfois incapacité à s'occuper du nouveau-né, culpabilité, avec quelques fois la présence de mécanismes phobiques (voire « phobie d'impulsion » avec la crainte de faire mal au nouveau-né et évitement de la rencontre). (3)

Les symptômes de la dépression postnatale sont donc de caractère souvent discret (épuisement maternel) et, se déclenchant généralement après le séjour en maternité, ils semblent facilement méconnus.

La dépression du postpartum est donc un enjeu de santé publique qui passe souvent inaperçu (de la patiente elle-même, de sa famille et des soignants) et n'est pas traitée ou alors tardivement... (5).

Un an après l'accouchement, 50 % des femmes atteintes de DPN ne sont pas guéries (6). Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure est de l'ordre de 25-30%. (7). Le seul outil qu'ont les professionnels pour le dépister est l'échelle EPDS (Echelle de Dépression Postnatale d'Edimbourg) (8). Le CNGOF en parle comme étant « l'outil de dépistage de la dépression du postpartum le plus fréquemment utilisé. Cependant, son utilisation systématique n'est pas recommandée ». (2)

Par ailleurs, le contexte actuel de politique de sorties précoces concerne spécifiquement les sages-femmes. Que ce soit pour les sages-femmes libérales ou hospitalières lors des sorties PRADO (Programme de Retour A Domicile), lors de la consultation postnatale, lors des séances de rééducation périnéale, de consultations de contraception etc., la sage-femme est amenée à revoir les femmes, mais aussi le couple mère-enfant dans les semaines et mois qui suivent la naissance. (9)

Les recherches et nombreux articles médicaux et publications récentes concernent essentiellement le versant maternel. Mais qu'en est-il du **versant néonatal** ? Quelles sont les conséquences sur le nouveau-né ? Une perturbation des relations mère-enfant ? (10) Des conséquences négatives sur le développement de l'enfant ? Des troubles du comportement ? (11)(12)

Le CNGOF nous dit : « Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être *important* ».

Nous pouvons donc nous poser la problématique suivante : « **Quelles sont les conséquences néonatales d'une dépression postnatale maternelle et leur expression ?** »

L'objectif principal sera alors :

- d'analyser les conséquences néonatales d'une dépression postnatale maternelle à court et moyen terme, leur nature, leur caractère positif ou négatif.

S. Bydlowski (10) nous parle de « difficultés d'ajustement interactif mère-bébé » dans les deux mois qui suivent la naissance : qu'en est-il à plus long terme ?

L'objectif secondaire sera :

- d'identifier les signes d'alerte pédiatriques d'une dépression post-natale maternelle. Comment la sage-femme peut-elle dépister un malaise maternel via des signes d'appel du nouveau-né/nourrisson ? Quels sont ces signes ? Comment les traduire ?

Dans un premier temps nous exposerons les modalités de notre démarche puis nous présenterons, analyserons et discuterons les résultats de cette recherche bibliographique.

## **2. MATERIEL ET METHODES**

### **2.1 Type d'étude :**

Etude bibliographique.

### **2.2 Critères d'inclusion :**

Articles français et anglo-saxons concernant la dépression postnatale, ses conséquences sur le nouveau-né et le nourrisson, sans limite de date.

### **2.3 Critères d'exclusion :**

Articles traitant des pathologies psychiques maternelles ou néonatales préexistantes

Pathologies néonatales

Dépression maternelle prénatale

### **2.4 Mots-clés :**

Dépression post-natale maternelle [maternal postnatal depression]

Troubles psychiques postnataux maternels [postnatal maternal psychic disorders]

Développement du nouveau-né [infant development]

Interactions mère-enfant [mother-infant interactions]

Lien mère-enfant [mother-infant bond]

Dépression du nouveau-né [newborn breakdown]

### **2.5 Ressources :**

Bibliothèque universitaire Vauban

Moteurs de recherche :

ScienceDirect

Google scholar

Cairn

PudMed

EMConsulte

Bibliothèque numérique en réseau

### **2.6 Logiciel de traitement des données bibliographiques :**

Zotero standalone

## **2.7 Méthodologie :**

Une première sélection de 150 articles a été faite à partir des mots-clés, puis la sélection a été affinée par rapport à la pertinence du sujet de la recherche.

Afin d'illustrer nos propos, nous nous appuyerons sur une « étiquette clinique » : celle de Julien et de sa mère, Madame A. (13)

Mme A est une primipare d'une trentaine d'années, mariée, en congé maternité, sans antécédent de dépression. Julien est un nouveau-né de 5 semaines.

La dyade est adressée à une consultation spécialisée parents-nourrisson par leur médecin généraliste.

### 3. RESULTATS ET ANALYSE

Au total, 150 publications ont été étudiées et 76 ont été retenues.

#### 3.1 Les interactions physiologiques mère-enfant [4 publications]

L'attachement qu'un nourrisson développe envers sa mère (ou envers la personne qui s'occupera de façon privilégiée de lui) est un comportement inné, non dérivé d'un autre besoin primaire comme la soif, la faim. (14). C'est le besoin vital d'un nouveau-né de s'attacher à un adulte, souvent sa mère, pour survivre et se développer.

Bowlby et Ainsworth (15) ont décrit chez les nouveau-nés ce qu'ils ont appelé les « comportements d'attachement ». Il s'agit de comportements innés, qui sont entre autres les réflexes primaires recherchés lors des premiers examens pédiatriques, et qui ont tous pour finalité commune de s'assurer la proximité de la mère : les pleurs, la succion, l'agrippement... Les personnes qui répondent de façon systématique à ces comportements d'attachement en deviennent petit à petit la cible privilégiée, et aux environs du sixième mois de vie de l'enfant, celui-ci a défini un certain nombre de « figures d'attachement » qui sont devenues des interlocuteurs relationnels privilégiés.

Ainsi, l'environnement et l'enfant s'influencent l'un à l'autre dans un processus continu de développements et de changements. Ce processus qui lie l'enfant et ses figures d'attachement est porté par ce que l'on appelle les « interactions » parents-enfant. Une interaction est (16) « la réaction réciproque de deux phénomènes qui évoluent dans un même système ». On peut ici se référer superficiellement à la théorie des systèmes : le système parents-enfants est un tout, et son équilibre répond au concept « d'homéostasie » tel qu'il est défini en médecine, « le maintien à des valeurs normales des différentes constantes physiologiques (ici capacités relationnelles) de l'individu (ici du système) ». Les processus interactifs qui se développent entre un enfant et ses figures d'attachement sont bien connus, et l'on décrit classiquement trois grands types d'interactions :

- les interactions comportementales ;
- les interactions affectives ;
- les interactions imaginaires.

Les interactions *comportementales* regroupent les interactions visuelles : pendant l'alimentation, « maman et bébé » tendent à se regarder (« regard mutuel ») ; les interactions vocales : les cris et pleurs de l'enfant constituent un « cordon ombilical acoustique » déclenchant des affects intenses avec un sentiment d'urgence poussant la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé ; le sourire ; les interactions corporelles et

cutanées : l'ensemble des échanges (et notamment la façon dont l'enfant est tenu, maintenu et soutenu par la mère, et auxquels il répond). On peut ainsi observer une détente corporelle ou bien un raidissement affectant l'un ou l'autre des partenaires et avoir rapidement une perception du confort ou de l'inconfort du bébé dans les bras de sa mère : soit il se « love », s'y blottit et s'ajuste au corps de sa mère, soit il se raidit et peut même s'arc-bouter. Cela regroupe aussi les caresses, baisers et chatouillements pour lesquels la réponse du bébé est une invitation ou un refus à poursuivre. (17)

Les interactions *affectives* sont caractérisées par l'influence réciproque de la vie émotionnelle de l'enfant et de celle de sa mère. La mère regarde son nouveau-né, perçoit ce qu'il ressent et, grâce à ses capacités d'empathie, lui propose une interprétation par des mots, des gestes... Le nouveau-né, à son tour, perçoit dans une certaine mesure, l'état affectif de sa mère. Dans les situations favorables, on voit ce que Stern (18) appelle l'« accordage affectif » : à un affect d'un certain type, exprimé par l'enfant, la mère répond par un affect équivalent.

Les interactions *imaginaires* (et *fantasmatiques*) : la vie imaginaire des parents est très liée à leur vie affective, mais aussi plus profondément à leur propre histoire et à leur relation avec leur propres images parentales. La vie imaginaire du nourrisson se construit progressivement à partir de celle de ses parents. Chez un nourrisson en bonne santé, les interactions facilitant un développement affectif harmonieux sont caractérisées par : une disponibilité affective de l'adulte, une souplesse dans ses réponses, de la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les interactions seront perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. On verra apparaître des symptômes cliniques chez le nouveau-né : troubles psychologiques, dépression... pouvant signifier soit une insuffisance dans l'attachement avec carence affective, soit un défaut de protection avec envahissement de la relation par les angoisses de l'adulte.

### 3.2 Les signes d'alerte pédiatriques [10 publications]

TITRE	AUTEURS	REVUE	DATE	TE	POP	RESULTATS
<i>Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads</i>	Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M (19)	<i>Developmental Psychology</i>	1990	étude cas-témoin	48 dyades (NN de 3 mois)	Nouveau-nés de mères déprimées >6 mois développent un <b>style dépressif d'interactions</b> . Si la DPP disparaît: adaptabilité et résilience des NN.

<i>Newborns of depressed mothers</i>	S M. Abrams, T Field, F Scafidi,  M Prodromidis (20)	<i>Infant Mental Health Journal</i>	1995	/	83 NN de 24h	Les NN de mères déprimées montrent <b>une activité et un tonus musculaire plus bas, plus d'irritabilité, moins de robustesse et d'endurance</b> (indisponibilité, léthargie et comportement de stress) pendant l'examen. Orientation inférieure aux stimuli inanimés.
<i>Perturbations précoces des interactions mère-bébé et troubles envahissants du développement. L'apport de l'hospitalisation conjointe mère- bébé</i>	B Durand, C Libert (21)	<i>Archives de Pédiatrie</i>	2003	/		Anomalies de régulation du niveau de la <b>vigilance,</b> <b>troubles du tonus,</b> <b>trouble visuels et du regard,</b> <b>évitement relationnel.</b>
<i>Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender</i>	Cornish, A.M McMahon, C.A Ungerer, J.A Barnett, B Kowalenko, N Tennant, C (22)	<i>Infant Behavior and Development</i>	2005	/	112 dyades	DPP de 12 mois et plus: <b>développement cognitif et psychomoteur inférieur des NN</b> (sex ratio = 1) DPP courte: pas d'impact significatif. Développement langage et comportement équivalents dans tous les groupes.
<i>Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum</i>	L. Ayissi, M. Hubin- Gayte (23)	<i>Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence</i>	2006	/	60 dyades	Le pourcentage de NN très <b>irritables</b> est plus important dans le groupe des mères dépressives (34%) comparativement au groupe des mères non dépressives (26%).
<i>The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years</i>	I Fihrer, C McMahon, A Taylor (24)	<i>Journal of affective disorders</i>	2009	/	75 dyades: étude à 4, 12, 15 mois puis à 4 ans puis à 6-8 ans	La DPP entraîne des <b>problèmes d'extériorisation</b> chez les enfants à l'école. Corrélation entre la gravité des symptômes à 4 mois et problèmes de comportement 7 ans plus tard.

<p><i>Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant</i></p>	<p>Gerardin P (12)</p>	<p><i>Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence</i></p>	<p>2012</p>	<p>étude prospective longitudinale cas-témoin</p>	<p>220 mères</p>	<p>Intéactions à 8-10 semaines: les NN de mères déprimées sont en <b>retrait</b>, dans <b>l'évitement</b>, cherchent moins à stimuler leur mère. <b>Anxiété, problèmes de sommeil</b>, augmentation des <b>troubles du comportement, vulnérabilité</b> (surtout chez les garçons), <b>troubles d'alimentation, émotions négatives, impulsivité, agressivité, troubles de l'attachement.</b></p>
<p><i>Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: Results from a population based study in Bangladesh</i></p>	<p>H Nasreen, Z Kabir, Y Forsell, M Edhborg (25)</p>	<p><i>Journal of affective disorders</i></p>	<p>2013</p>	<p>/</p>	<p>720 mères (Bangladesh rural) et 652 NN évalués à 2-3 et 6-8 mois</p>	<p><b>Insuffisance pondérale</b> chez les NN de mères avec une DPP</p>
<p><i>Troubles du comportement et troubles fonctionnels du nourrisson : caractéristiques, interactions mère-enfant, alliance et évolution après une psychothérapie brève parent-enfant. Étude pilote</i></p>	<p>M.-J. Hervé, A. Jaussent, M. Paradis, C. Rattaza, S. Lopez, V. Evrarda, M.-C. Picotb, M. Maurya (26)</p>	<p><i>L'Encéphale</i></p>	<p>2013</p>	<p>/</p>	<p>49 enfants de 3 à 30 mois</p>	<p><b>Troubles fonctionnels et du comportement</b>, thérapie -&gt; amélioration symptômes enfant et mère.</p>
<p><i>Association between maternal postnatal depressive symptoms and infants' communication skills: A longitudinal study</i></p>	<p>Valla L, Wentzel-Larsen T, Smith L, Birkeland M, Slinning K (27)</p>	<p><i>Infant Behavior and Development</i></p>	<p>2016</p>	<p>étude longitudinale</p>	<p>1555 dyades</p>	<p>NN de mère DPP: <b>compétences de communication significativement inférieures à 12 mois</b> que des NN de mères non DPP. Aucune relation aussi significative à 24 mois. -&gt; "Les symptômes de la DPP devraient être pris en compte pour le développement de la communication au cours de la petite enfance".</p>

L'étude de L. Ayissi (23) constate que le pourcentage de nouveau-nés très irritables est plus important dans le groupe de mères dépressives (34 %) comparativement au groupe des mères non dépressives (26 %). L'état psychique des mères dépressives à la naissance n'est pas caractérisé par la présence d'un blues sévère que l'on pourrait mettre en relation ensuite avec la survenue d'une dépression du post-partum (seules deux mères sur six ont un blues sévère). La probabilité pour une mère ayant un nouveau-né très irritable, de présenter une dépression du post-partum à deux mois, est plus élevée que pour une mère de bébé peu irritable alors que son score de « blues » ne la prédisposait pas à présenter par la suite des troubles émotionnels du post-partum.

Dans l'étude de Murray (28), qui postulait également que les caractéristiques néonatales pouvaient accroître le risque de survenue d'une dépression maternelle, l'irritabilité et les faibles capacités motrices du nouveau-né sont associées à la dépression chez les femmes à haut risque (recrutées durant leur grossesse) mais pas chez les femmes à faible risque.

La dépression postnatale peut devenir un facteur de stress en début de vie car il est établi que la mère qui en souffre est moins portée à prodiguer à son nourrisson les « soins attentifs et chaleureux » dont il a besoin pour créer des liens d'attachement sains, développer les aptitudes nécessaires à la maîtrise des émotions, ainsi qu'acquérir des habiletés sociales et des mécanismes régulateurs du stress. Les facteurs de stress présents tôt dans la vie, comme ceux qui sont liés à la dépression maternelle, peuvent avoir une incidence sur le développement du cerveau, lequel se poursuit à une vitesse accélérée pendant plusieurs années après la naissance. Les problèmes touchant l'un ou l'autre des aspects du développement susmentionnés peuvent nuire au développement socio-affectif et cognitif dans les premiers stades de l'enfance, ce qui peut rendre l'enfant sujet à la dépression et à d'autres troubles plus tard. (29)

Dans notre étiquette clinique (13) nous retrouvons ces résultats:

Julien ne trouve pas d'apaisement. Mme A ne s'adresse à lui à aucun moment. Il y a peu d'échanges, pas de contact œil à œil. Nous assistons à une « désorganisation de la dyade ».

Le bébé est agité pendant l'entretien : il a du mal à rester lové contre sa mère, donne une impression de malaise et « se tortille dans tous les sens sans que sa mère et lui parviennent à trouver un ajustement postural satisfaisant ». (Nous avons vu cela dans notre partie 3.1 concernant les interactions corporelles et cutanées).

Le manque d'interaction peut signifier, pour le bébé, un manque de contenance. Il y a un défaut d'instauration du lien mère-bébé.

La construction psychologique du nouveau-né d'une mère ayant une DPN est modifiée : les interactions sont plus pauvres car les mères leur parlent moins, les portent moins,

les regardent moins. Or nous avons vu l'importance du regard, du toucher dans l'instauration physiologique du lien mère-enfant. (17)

La dépression clinique a donc un impact sur le fonctionnement familial dans son ensemble, ce qui crée en retour un contexte global peu propice au développement de l'enfant. (30)

**Ainsi, nous pouvons retenir les signes d'alerte pédiatriques suivants :**

❖ **Chez un nouveau-né :**

- **Irritabilité**
- **Style dépressif d'interactions (trouble du tonus, évitement relationnel, retrait, posture...)**
- **Anxiété, troubles de l'attachement**
- **Troubles du sommeil, troubles de l'alimentation**
- **Insuffisance pondérale**

❖ **Dans la petite enfance :**

- **Développement cognitif et psychomoteur réduit**
- **Problématiques d'extériorisation à l'école**
- **Troubles fonctionnels du comportement**
- **Compétences de communications faibles**

### 3.3 Mise en lien avec la dépression du postpartum [18 publications]

TITRE	AUTEURS	REVUE	DATE	TE	POP	RESULTATS
<i>The Impact of Postnatal Depression on Infant Development</i>	Murray L (31)	<i>Psychiatrie périnatale</i>	1992	/		Importance de la <u>sensibilité maternelle</u> dans la <b>trajectoire développementale</b> de l'enfant <b>jusqu'à 5 ans</b> .
<i>Depressed Mothers' Speech to Their Infants and its Relation to Infant Gender and Cognitive Development</i>	Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R (32)	<i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i>	1993	/		Importance de la sensibilité maternelle dans la qualité de l'engagement dès le premier trimestre de vie et dans la <b>performance cognitive</b> du bébé à <b>9 mois et à 18 mois</b> .
<i>Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience</i>	M G. Carro, K E. Grant, I H. Gotlib, B E. Compas (33)	<i>Development and Psychopathology</i>	1993	/	70 triades	Une psychopathologie du père ou un conflit conjugal seront des facteurs de risque en plus pour l'enfant et son développement. Le niveau de dépression bas d'un père à un mois post-partum ne constituera pas un facteur de protection contre l'apparition de problèmes de comportements chez l'enfant entre 2 et 3 ans.
<i>Comment la dépression influence-t-elle le décodage des émotions du bébé ?</i>	Chabrol H, Le Camus J (34)	<i>Enfance</i>	1995	étude cas-témoin	40 dyades/ NN de 3 mois	<b>Ressentis plus négatifs</b> des mères déprimées par rapport aux <u>communications non-verbales des NN</u> -> Spirale interactive négative.
<i>The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome</i>	L Murray, A Fiori-Cowley, R Hooper, P Cooper (35)	<i>Child Development</i>	1996	/	100 dyades	<u>Importance du postpartum</u> sur le développement de la relation mère-enfant et sur le devenir de l'enfant.
<i>The Role of Infant Factors in Postnatal Depression and Mother-Infant Interactions</i>	L Murray, C Stanley, R Hooper, F King, A Fiori-Cowley (28)	<i>Developmental Medicine &amp; Child Neurology</i>	1996	/	230 femmes	Des <b>scores moteurs médiocres</b> et un <b>degré élevé d'irritabilité</b> chez les NN ont été fortement prédictifs d'un début de dépression maternelle à huit semaines de post-partum. Des scores moteurs médiocres et un niveau élevé de l'irritabilité chez les nourrissons durant la période néonatale prédisaient également un comportement infantile moins optimal dans l'interaction de face à face avec la mère deux mois après la naissance. -> influence du tempérament et des comportements de l'enfant.

<i>Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months</i>	National Inst of Child Health & Human Development, Early Child Care Research Network, Bethesda, MD, US (36)	<i>Developmental Psychology</i>	1999	étude sur 3 ans	1215 dyades	Enfants <b>moins coopératifs et plus problématiques à 36 mois</b> . Résultats plus faibles de <b>fonctionnement cognitif-linguistique</b> chez les enfants de mères déprimées.
<i>Postnatal depression and child outcome at 11 years: The importance of accurate diagnosis</i>	S Pawlby, D Sharp, D Hay, V O'Keane (37)	<i>Journal of Affective Disorders</i>	2008	étude prospective longitudinale	147 femmes + leurs enfants de 11 ans	Le <b>risque de troubles psychiatriques</b> à 11 ans était <b>quatre fois plus élevé</b> chez les enfants dont les mères étaient déprimées, comparativement aux enfants dont les mères n'étaient pas déprimées. Données en faveur d'une découverte de DPP mieux réalisée par une <b>entrevue clinique</b> que par l'EPDS. <u>Simple entrevue diagnostique clinique</u> peut identifier les mères dont les enfants sont à risque accru de développer un trouble psychiatrique plus tard dans l'enfance.
<i>Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans</i>	Sutter-Dallay AL, Dequae-Merchadou L. Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H (38)	<i>Devenir</i>	2008	étude prospective sur 2 ans	515 dyades	Performances <b>cognitives</b> plus faibles.
<i>Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria</i>	A Adewuya, B Ola, O. Aloba, B Mapayi, J Okeniyi (39)	<i>Journal of Affective Disorders</i>	2008	étude contrôlée longitudinale cas-témoin au Nigéria	242 dyades	Les mères déprimées sont <u>émotionnellement non-disponibles</u> -> <b>privations psychosociales</b> + cause non-organique de NN non bien-portants. Négligence de l'hygiène -> infections, diarrhées. Arrêt de l'AM plus tôt chez les mères déprimées -> plus d'épisodes de diarrhées et autres maladies infantiles.
<i>Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period?</i>	Bagner D, Pettit J, Lewinson P, Seeley J (40)	<i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>	2010	/	175 dyades	DPP pendant 1e année de vie: période sensible qui accroît le risque de <b>résultats négatifs</b> chez l'enfant.
<i>Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression</i>	A Stein, A Arteché, A Lehtonen, M Craske, A Harvey, N Counsella, L Murray (41)	<i>Infant Behavior and Development</i>	2010	étude contrôlée cas-témoin	45 mères	Les mères souffrant de DPP ont tendance à <b>évaluer plus négativement les visages des nourrissons</b> que les mères non déprimées, et cela est spécifique à la dépression plutôt qu'à l'effet général de la psychopathologie postnatale.

<i>Existe-t-il une relation entre le risque de dépression post natale (DPN) et l'état de santé du bébé ? Résultat d'une étude de la naissance à 2 ans, intérêt du dépistage précoce de la DPN</i>	Lienhardt et Toursel (5)	<i>Archives de pédiatrie</i>	2010	/	nouveaux et nourrissons: naissance jusque 2 ans	Troubles <b>digestifs/sommeil /interactions</b> chez les NN des mères déprimées.
<i>Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review</i>	SH Goodman, M Rouse, A Connell, MR Broth, CM Hall, D Heyward (42)	<i>Clinical Child and Family Psychology Review</i>	2011	méta-analyse de 193 études		DPP maternelle fortement liée chez l'enfant à des niveaux plus élevés d' <b>intérieurisation, d'extériorisation, de psychopathologie générale et d'émotions et comportements négatifs</b> ; ainsi qu'à des niveaux d'émotions et de comportements positifs plus inférieurs.
<i>Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale</i>	Tissot H (43)	<i>La psychiatrie de l'enfant</i>	2011	Revue de la littérature		Altération des relations mère-enfant -> Impact <b>négatif</b> de la DPP sur le <b>développement social, émotionnel, et cognitif de l'enfant.</b>  Sur le plan clinique, une <u>approche familiale de la DPP</u> semble donc non seulement pertinente mais <u>nécessaire.</u>
<i>Évaluer les difficultés interactives entre une mère déprimée et son bébé de 3 mois au moyen de l'échelle GRMII de Fiori-Cowley et Murray</i>	G. Zárate-Guerrero, E. Devouche, M.C. Espinosa-Gómez, G. Apter (44)	<i>Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence</i>	2014	étude cas-témoin	90 dyades	Interactions de mères DPP avec leur NN de 3 mois considérablement modifiées: engagement actif, acceptation, sensibilité et capacité de réponse opportune face aux sollicitations et besoins d'affection et de communication de son bébé.
<i>Dépression maternelle et développement de l'enfant : résultats de la cohorte EDEN</i>	J. Van Der Waerden, C. Galéra, A.L. Sutter-Dallay, M.J. Saurel-Cubizolles, J.Y. Bernard, M. De Agostini, H. Peyre, B. Heude, M. Melchior (45)	<i>European Psychiatry</i>	2015	/	cohorte EDEN: 1900 NN	À l'âge de 5.5 ans, les enfants de mères ayant des symptômes dépressifs élevés et persistants montrent des scores de <b>QI verbal, QI de performance et QI total réduits</b> par rapport aux enfants de mères jamais déprimées. La <u>dépression maternelle chronique a un impact sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant</u> , même quand les symptômes dépressifs sont d'un niveau intermédiaire.
<i>Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years</i>	Van der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles MJ, Sutter-Dallay AL, Melchior M (46)	<i>The Journal of pediatrics</i>	2015	/	cohorte EDEN: 1900 NN Jusque 5 ans	Les symptômes de dépression maternelle sont liés aux problèmes émotionnels et comportementaux des enfants, en particulier s'ils sont persistants (29,9%) ou se produisent pendant la petite enfance (4,6%). <b>Difficultés émotionnelles et comportementales</b> à 5 ans. Si <u>symptômes de DPP élevés dans la période préscolaire</u> : niveaux accrus de <b>problèmes sociaux, de conduite.</b>

### Lien avec notre étiquette clinique (13):

Mme A est centrée sur elle-même, sur ses plaintes. Elle se culpabilise et se sent démunie. Elle pense qu'elle est « toxique pour son fils qui ressent tout » et est atteinte d'une profonde tristesse, de désespoir. Nous analysons ici un véritable isolement maternel et un fort sentiment d'incompétence.

Mme A a le sentiment de ne pas pouvoir comprendre son enfant. Il est pour elle un « objet persécuteur, contraignant, tyrannique qui la prive de satisfactions narcissiques ». Désespérée devant la tâche de s'en occuper jour et nuit, Mme A s'est remplie d'affects dépressifs. L'auteur parle d'« absence de plaisir dans leur relation ».

Il est aussi très important de prendre au sérieux le risque de comportements agressifs et de violence que Mme A laisse entendre. C'est une illusion de penser que son état va s'améliorer de lui-même.

« Selon Mme A, rien ne laissait prévoir cet état de choses : le couple se connaît bien, l'enfant était voulu. » Il n'y a pas de facteur de risque social de dépression chez Mme A, mais une absence de soutien moral de la part des familles et de son mari, peu disponible notamment du fait de ses horaires de travail.

L'étude de M. Grube (47) insiste sur l'effet compensatoire du père face aux éventuels manquements d'une mère ayant une DPN. Pour cela, il faut que le père soit un véritable soutien pour la mère, sur le plan conjugal et parental. L'étude de N. Séjourné (48) souligne en effet que le manque d'implication paternelle est un prédicteur significatif de l'intensité des symptômes dépressifs maternels. Et, que plus que la présence du père, c'est sa participation aux soins du nouveau-né qui semble importante à prendre en compte lors du dépistage et du traitement des dépressions postnatales.

### La DPP constitue une spirale : (49)

La DPP provoque des interactions dysharmoniques dans lesquelles le nourrisson se soumet ou proteste. La mère oscille entre penser qu'elle est mauvaise ou que l'enfant est mauvais. Les interactions sont donc appauvries et s'ensuit une alternance d'épisodes d'hyperstimulation ou d'hyper-protection compensatrices, ce qui conduit à des manifestations intrusives, voire d'hostilité et de rejet. **La relation est donc non-synchrone avec les besoins du nouveau-né.**

Le bébé exprime donc des affects négatifs :

- actifs : pleurs, inconsolabilité, irritabilité
- passifs : retrait, atonie. (quantitativement supérieurs à la moyenne observée chez des enfants de leur âge).

Les mères dépressives semblent être moins sensibles (*sensitive* en anglais), c'est-à-dire qu'elles semblent éprouver plus de difficultés à comprendre les signaux émis par l'enfant et à y répondre adéquatement. Elles ont plus de difficultés à être dans l'empathie, elles sont moins disponibles émotionnellement.

Les résultats ont montré que l'impact de la dépression maternelle était plus marqué dans la période préscolaire qu'en période du postpartum, à l'exception des associations avec des symptômes d'hyperactivité / inattention. Ainsi, l'âge préscolaire peut être une période de développement lorsque les enfants sont particulièrement sensibles aux conséquences de la santé mentale de leur mère. En outre, la dépression maternelle semble avoir un impact négatif sur le comportement des enfants même si les symptômes maternels de la dépression sont de niveau intermédiaire ou se produisent après la période du post-partum. (45)

Les enfants dont la mère souffre de dépression ont environ deux à trois fois plus souvent des difficultés précoces, et qui peuvent prédire la survenue de problèmes psychiatriques avérés ultérieurement. La dépression maternelle est liée à des problèmes émotionnels et comportementaux des enfants, en particulier si elle est persistante. De même, on a trouvé que le développement cognitif des enfants, tel que mesuré par le QI, suit la même tendance. À l'âge de 5,5 ans, les enfants de mères ayant des symptômes dépressifs élevés et persistants montrent des scores de QI verbal, QI de performance et QI total réduits par rapport aux enfants de mères jamais déprimées. (45)

Le lien postnatal mère-enfant fait référence au lien émotionnel précoce entre les mères et les nourrissons. L'étude de S. Nolvi (50) examine les effets des symptômes dépressifs et anxieux postnatals maternels et des traits de tempérament du nourrisson sur la liaison mère-enfant, en utilisant des rapports de la mère et du père sur le tempérament des nourrissons. Après avoir contrôlé les symptômes maternels de dépression et d'anxiété, les résultats montraient que l'émotivité positive du nouveau-né de la mère, mesurée par le sourire du nourrisson, était liée à une meilleure liaison mère-enfant. En revanche, l'émotivité négative du nourrisson, mesurée par la détresse du nourrisson par rapport aux limitations, était liée à une qualité inférieure de la liaison. En ce qui concerne le rapport entre le père et le nourrisson, seule la détresse du nourrisson par rapport aux limites (frustration / colère) était associée à une moindre qualité de la liaison mère-enfant. Ces constatations soulignent l'importance du tempérament des nourrissons comme un facteur contribuant aux relations précoces entre parents et nourrissons, et les professionnels conseillent les parents dans la compréhension et le soin des enfants ayant des traits de tempérament différents. L'étude de Murray (28) postulait également que les caractéristiques néonatales pouvaient accroître le risque de survenue d'une dépression maternelle.

Cependant ces dépressions semblent très insuffisamment diagnostiquées et traitées : certaines études (6) ont constaté qu'environ la moitié de ces dépressions ne sont pas reconnues par le médecin généraliste ou les autres professionnels de la santé intervenant

auprès de la mère et que, parmi les mères diagnostiquées, près d'un tiers ne suivent pas le traitement proposé.

La présence de dépression postnatale maternelle au cours de la première année de vie d'un enfant représente une période sensible et augmente le risque d'effets indésirables chez l'enfant. Les résultats suggèrent l'importance de l'identification, de la prévention et de l'intervention précoce. (46)

### 3.4 Les moyens d'amélioration : qui, quoi, où, quand ? [28 publications]

TITRE	AUTEURS	REVUE	DATE	TE	POP	RESULTATS
<i>Infants of "Depressed" Mothers Interact Better with Their Nondepressed Fathers</i>	Hossain, Z Field, T Gonzales, J Malphurs, J del Valle, C Pickens, J (51)	<i>Infant Mental Health Journal</i>	1994	étude contrôlée	26 triades	Le style « dépressif » que les enfants de mères dépressives adoptent dans l'interaction avec leurs mères ne se retrouve pas dans l'interaction avec leurs pères. <b>-&gt; effet compensatoire du père.</b>
<i>Comment la dépression influence-t-elle le décodage des émotions du bébé ?</i>	Chabrol H, Le Camus J (34)	<i>Enfance</i>	1995	étude cas-témoin	40 dyades/NN de 3 mois	Bénéfice des <b>thérapies mère-bébé.</b>
<i>Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample</i>	Wickberg B, Hwang CP (52)	<i>Journal of affective disorders</i>	1996	étude cas-témoin	41 femmes DPP	Intérêt significatif de l' <b>aide psychologique</b> des IDE suédois dans la DPP.
<i>Group Treatment for Postpartum Depression: A Pilot Study</i>	I Meager, J Milgrom (53)	<i>Australian &amp; New Zealand Journal of Psychiatry</i>	1996	étude cas-témoin	10 femmes DPP + groupe contrôle	Evaluation d'un programme de traitement en groupe de 10 semaines, comportant des éléments cognitivo-comportementaux, soutien social et éducation. -> amélioration significative (EPDS) de la DPP. --> <b>Programme de groupe cognitivo-comportemental</b> peut être efficace en tant que traitement d'une DPP.
<i>A group programme for postnatally distressed women and their partners</i>	Morgan M, Matthey S, Barnett B, Richardson C (54)	<i>Journal of Advanced Nursing</i>	1997	/		8 sessions: <b>stratégies psychothérapeutiques et cognitivo-comportementales</b> : Diminution de la détresse maternelle, augmentation du niveau d'estime de soi.

<i>Dépression postnatale : Facteurs de risque et modalités de prévention</i>	Bastien V, Braconnier M, De Tychev C (3)	<i>L'Evolution Psychiatrique</i>	1999	/		<p>*Travailler à <b>améliorer le vécu de la grossesse</b> et accompagner la naissance de l'enfant -&gt; devancer survenue d'une éventuelle DPP.</p> <p>*Prise en charge <b>précoce</b> de la décompensation dépressive ou de ses manifestations mineures -&gt; <b>aider la mère à verbaliser sa souffrance</b> afin de préserver des relations précoces mère-enfant de qualité.</p>
<i>Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan</i>	Chen CH, Tseng YF, Chou FH, Wang SY (55)	<i>Journal of Psychosomatic Research</i>	2000	étude randomisée contrôlée	60 femmes (Taiwan)	<b>Avantages psychosociaux des groupes de soutien</b> pour les femmes souffrant de DPP.
<i>Research report: Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression</i>	K Onozawa, V Glover, D Adams, N Modi, R. C Kumar (56)	<i>Journal of affective disorders</i>	2001	/	34 primipares DPP	Apprendre la <b>pratique du massage du NN</b> par les mères est un traitement efficace pour améliorer les interactions mère déprimée-NN.
<i>Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée</i>	Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B (6)	<i>Revue "Devenir"</i>	2003	étude contrôlée		<b>Intérêt de l'EPDS dans le dépistage.</b> Identification des mères à risque et prévention des DPP / moyens de dépistage et traitements efficaces.
<i>Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners</i>	Grube M (47)	<i>Archives of Women's Mental Health</i>	2005	/	31 partenaires de 34 femmes DPP (hospitalisées en unité mère-enfant)	Le <b>père</b> , pendant la période du post-partum, sera le <b>soutien principal de la mère</b> et pourra compenser les éventuels «manquements» de celle-ci en cas de dépression en la soutenant, tant sur le plan conjugal que parental.
<i>Review of interventions to prevent or treat postnatal depression</i>	Morrell CJ (57)	<i>Clinical Effectiveness in Nursing</i>	2006	essai pragmatique randomisé é cas-témoin	4084 femmes suivies sur 18 mois	Efficacité du rôle des "visiteurs de santé" dans la détection de la DPP et l'offre d'une <b>aide psychologique</b> .

<p><i>Research Report: Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression</i></p>	<p>Jardri, R Pelta, J Maron, M Thomas, P Delion, P Codaccioni, X Goudemand, M (58)</p>	<p><i>Journal of affective disorders</i></p>	<p>2006</p>	<p>/</p>	<p>815 femmes</p>	<p>But de l'étude: valider l'utilisation de l'EPDS au début du post-partum, et identifier les marqueurs pour le risque de DPP.</p> <p><b>L'utilisation de l'EPDS entre le 3e et le 5e jour post-partum est valide.</b></p> <p><u>Les facteurs de risque identifiés</u> (antécédents de dépression, chômage, accouchement prématuré ou arrêt de l'allaitement au cours du premier mois pour des raisons non médicales) sont des <u>indices cliniques</u> qui peuvent être utilisés en première ligne pour le dépistage précoce, par des professionnels de santé non psychiatriques.</p>
<p><i>Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant</i></p>	<p>Dugravier R, Degueney A Saias T, Greacen T, Tubach F (59)</p>	<p><i>Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence</i></p>	<p>2009</p>	<p>étude longitudinale randomisée simple insu</p>	<p>440 dyades +/--conjoint</p>	<p>Effet important et durable d'une <b>action de prévention intensive, précoce</b> (<u>professionnels formés et supervisés</u>)</p>
<p><i>Incidence de la dépression périnatale sur le développement des enfants : une perspective développementale</i></p>	<p>Goodman S, PH D, Roose M, M.A (29)</p>	<p><i>Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants</i></p>	<p>2010</p>	<p>/</p>	<p>Les <b>prestataires de services</b> qui <b>travaillent auprès de femmes enceintes ou ayant nouvellement accouché</b> jouent un <b>rôle clé</b>: peuvent aider à dépister la dépression, mais aussi faciliter <u>l'accès rapide à des soins efficaces</u>. Interventions préventives chez les femmes avec atcd de dépression: reconnaissance des 1ers signes par la famille -&gt; réduire les obstacles et les préjugés.</p>	
<p><i>Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant</i></p>	<p>Gerardin P (12)</p>	<p><i>Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence</i></p>	<p>2012</p>	<p>étude prospective longitudinale cas-témoin</p>	<p>220 mères</p>	<p>Vulnérabilité émotionnelle -&gt; risque pour la mère et le bébé --&gt; <b>politique de prévention, repérage et PEC précoce.</b></p>

<p><i>Article original: Effets du congé de paternité sur la dépression du post-partum maternelle</i></p>	<p>Séjourné N, Beaumé M, Vaslot V, Chabrol H (48)</p>	<p><i>Gynécologie Obstétrique &amp; Fertilité</i></p>	<p>2012</p>	<p>/</p>	<p>51 couples</p>	<p>Etude à 2-5 jours puis à 2 mois. Le congé de paternité n'a pas d'effet sur les scores de l'EPDS mais le <b>manque d'implication paternelle est un prédicteur significatif de l'intensité des symptômes dépressifs maternels.</b></p> <p>-&gt; Plus que la présence du père, c'est sa <u>participation aux soins au bébé</u> qui semble importante à prendre en compte lors du dépistage et du traitement des dépressions postnatales.</p>
<p><i>Bad thoughts: Brazilian women's responses to mothering while experiencing postnatal depression</i></p>	<p>Santos H, Sandelowski M, Gualda D (60)</p>	<p><i>Midwifery</i></p>	<p>2013</p>	<p>étude descriptive</p>	<p>15 femmes brésiliennes DPP</p>	<p><b>Les professionnels de la santé (dont les SF) devraient évaluer ces pensées dépressives tôt dans le PP</b> pour PEC et protéger la mère et l'enfant.</p>
<p><i>The Mother and Baby Interaction Scale: a valid broadband instrument for efficient screening of postpartum interaction? A preliminary validation in a Norwegian community sample</i></p>	<p>Høivik MS, Burkeland NA, Linaker OM, Berg-Nielsen TS (61)</p>	<p><i>Scandinavian Journal Of Caring Sciences</i></p>	<p>2013</p>	<p>/</p>	<p>76 femmes</p>	<p>Etude examinant la fiabilité interne de l'échelle d'interaction mère-bébé et ses corrélations avec le Postpartum Bonding Questionnaire et l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS).</p> <p>-&gt; Le score total de l'échelle d'interaction mère-bébé est une mesure prometteuse pour le <u>dépistage précoce</u> de la qualité de la relation mère-enfant et convient aux <u>sages-femmes</u> et autres travailleurs de la santé qui s'occupent des femmes du post-partum et de leurs enfants.</p>
<p><i>CAPEDP : une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d'une population de femmes présentant des critères de risque psychosociaux.</i></p>	<p>R Dugravier (62)</p>	<p><i>Thèse de doctorat de neurosciences</i></p>	<p>2014</p>	<p>étude longitudinale randomisée</p>	<p>440 femmes</p>	<p>Si on veut prendre en charge la DPP de manière efficace dans le cadre de VAD: <b>former des intervenants de première ligne à identifier les symptômes de la DPP:</b> Intervention centrée sur la DPP par des professionnels spécifiquement formés -&gt; notamment les <u>sages-femmes</u>.</p>
<p><i>Haute Autorité de Santé - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés</i></p>	<p>HAS (9)</p>	<p><i>Recommandations de bonnes pratiques</i></p>	<p>2014</p>	<p>/</p>	<p></p>	<p><b>Intervention de soutien au domicile.</b> (les femmes trouvent qu'il existe un manque d'accompagnement, jugé insuffisant, lors de leur sortie de maternité et de leur retour à domicile).</p>

<i>Dépressivité maternelle au post-partum et symptomatologie du bébé à trois mois : l'effet modérateur de l'alliance familiale et de la satisfaction conjugale</i>	Favez N, Tissot H, Frascarolo F, Fivaz-Depeursinge E (11)	<i>Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence</i>	2014	étude longitudinale entre les 3 et 18 mois de l'enfant	68 familles	Prise en compte du <b>niveau conjugal et familial/triadique</b> dans le travail avec les mères déprimées.
<i>RPC</i>	CNGOF (2)	<i>RPC</i>	2015	/		<b>"rencontre clinique"</b> , dépistage précoce et traitement sont essentiels.
<i>Dépression maternelle : facteurs de risque, conséquences sur le développement des enfants et interventions de prévention</i>	J. Van Der Waerden, A.L. Sutter-Dallay, R. Dugravier, M. Bales, S. Barandon, M.A. Charles, C. Bois, N. Glangeaud, H. Verdoux, M. Melchior (63)	<i>European psychiatry</i>	2015	/		Prévention de la DPP devrait être un <b>objectif de santé publique prioritaire</b> .
<i>Dépression maternelle : facteurs de risque, conséquences sur le développement des enfants et interventions de prévention</i>	M. Balès, S. Barandon, E. Pambrun, M. Melchior, N. Glangeaud-Freudenthal, H. Verdoux, A.L. Sutter-Dallay (63)	<i>European psychiatry</i>	2015	/	Cohorte ELFE (L'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance) 1643 mères	Prévention des difficultés psychologiques des mères: <b>EPP et PNP en anté-natal</b> .
<i>Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant</i>	Dugravier R, Guedeney N, SaOas T, Tereno, S, Greacen T, Guedeney A, Tubach, F (63)	<i>European psychiatry</i>	2015	étude randomisée cas-témoin	Etude CAPEDP 440 mères primipares	CAPEDP n'a pas démontré d'efficacité pour prévenir la DPP à 3 mois. L'intervention peut être efficace pour des femmes moins vulnérables.
<i>Post-partum: Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations</i>	S Bydlowski (64)	<i>Postpartum psychological disorders: Screening and prevention after birth. Guidelines for clinical practice (English)</i>	2015	étude biblio		La <b>question du dépistage</b> et de la <b>prévention</b> des troubles psychiques du post-partum est <b>fondamentale</b> (pour le fonctionnement familial et la relation parents-enfant) et nécessite une <u>implication de l'ensemble des professionnels de terrain</u> recevant parents et bébés dans les suites de la naissance.

<p><i>The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review</i></p>	<p>AF Bell, E Andersson (65)</p>	<p>Midwifery</p>	<p>2016</p>	<p>Regroupement de 1536 résumés en langue anglaise entre 2000 et 2015, réduits en 112 études</p>	<p>Association significative entre l'expérience de la naissance et la DPP.  -&gt; <b>Promouvoir une expérience positive de la naissance</b> : soins de soutien favorisant la confiance des femmes, le respect, le partage de décisions et le sentiment de sécurité.  -&gt; Une <b>politique de soins de santé</b> qui favorise la prestation de <b>soins de qualité</b> peut réduire le risque de dépression postnatale.</p>
<p><i>Review article: Perceptions and experiences of interventions to prevent postnatal depression. A systematic review and qualitative evidence synthesis</i></p>	<p>Scope, A Booth, A Morrell, C J Sutcliffe, P Cantrell, A (66)</p>	<p>Journal of affective disorders</p>	<p>2017</p>	<p>Revue de la littérature : dans 12 bases de données bibliographiques majeures -&gt; 22 études incluses.</p>	<p><b>Le soutien et la responsabilisation par l'éducation</b> ont été identifiés comme particulièrement utiles aux femmes DPP. Il est important que les interventions individuelles ou collectives soient soigneusement adaptées aux besoins ou aux préférences des femmes; et que celles-ci soient conscientes du <u>rôle des professionnels de santé</u> et du fait qu'elles peuvent accéder au soutien requis.</p>

Dans notre étiquette clinique (13) :

Il y a une véritable urgence : une prise en charge [dans ce cas, c'est une thérapie mère-enfant] est à proposer à Mme A, qu'elle accepte avec soulagement. Le traitement est conjoint parents-bébé et, dans ce cas clinique, dure 3 mois, avec pour conséquence une amélioration notable des rythmes de Julien. Mme A découvre peu à peu ses compétences maternelles et ne reste plus isolée. Un établissement d'une communication par la voix, l'écoute, l'échange de regards (et non plus seulement par la contenance physique) s'organise : Mme A reprend confiance dans ses capacités ainsi que dans celles de Julien. Le bébé est éveillé et confiant dans les séances, il différencie le dialogue avec sa mère d'avec celui de la thérapeute.

Le traitement prend fin au moment où la relation entre le bébé et sa mère est devenue harmonieuse (au bout d'une durée de 3 mois). Mme A demande un congé parental d'un an pour s'occuper de Julien (rythmes contraignants de travail, elle ne pourrait plus « suivre le développement » de son fils) et elle souhaite ainsi mieux « profiter » de lui. Elle choisit pour un temps son « rôle de mère ». L'épanouissement du bébé est spectaculaire et les interactions mère-enfant sont harmonieuses.

Mme A met fin à la thérapie dans un souci de conformité aux attentes de son mari (qui n'est jamais venu aux séances et n'est « pas très favorable aux psys » même s'il reconnaît que « cela nous [les] a aidés »). Cet empressement à arrêter le traitement pour retrouver un statut

de « normalité » est donc dû aux idées de son mari... Mais elle assure qu'elle reviendrait « si quelque chose n'allait pas ». Julien est remarquablement adapté à ses longues journées à la crèche.

Les différentes études nous montrent le nombre important de moyens mis en œuvre et étudiés pour soutenir les femmes souffrant de DPN et aider à améliorer le lien mère-enfant.

L'aide psychologique apparaît comme un véritable soutien pour ces mères. Dans les études de Wickberg, Chen et Morrell (52,55,57), les visites à domicile de professionnels de santé auprès des femmes souffrant de DPN apparaissent bénéfiques et rentables, comparativement aux groupes témoins bénéficiant des « soins de routine ». Tout comme les groupes de soutien (comprenant des temps de discussions sur la transition vers la maternité, la gestion du stress postnatal, les compétences en communication, la planification des journées...) qui offrent des avantages psychosociaux quantifiables chez les femmes déprimées. La HAS (9) prône aussi les « interventions de soutien au domicile ».

Meager et Morgan (53,54) nous expliquent les bienfaits des thérapies cognitivo-comportementales, qui consistent en un soutien auprès des femmes pour arrêter leurs pensées irrationnelles, les extraire de leur isolement et augmenter leurs relations sociales et améliorer la communication.

Le dépistage précoce (3,12,64) et la formation des professionnels de santé (42,60–62,67) à la DPN (notamment les sages-femmes) sont aussi fortement mis en lumière : il faut former les intervenants de première ligne aux symptômes des difficultés psychologiques du postpartum, que ce soit à domicile mais aussi en maternité. Tous les professionnels de soins prenant en charge la dyade mère-enfant sont concernés : les sages-femmes, les médecins, les auxiliaires de puériculture etc., car plus le dépistage sera précoce, plus la prise en charge sera « facile » et plus les mères se sentiront aidées, comprises et soutenues.

L'étude de 2016 de Bell (65) insiste sur l'importance de l'expérience vécue et ressentie de la naissance sur la réduction du risque de DPN. Le respect, le partage des décisions, le « care » en alliance avec le « cure » et les soins de soutien auprès des femmes dans l'accompagnement du suivi de grossesse ainsi qu'à l'accouchement, sont des éléments qui promeuvent une expérience positive pour les femmes et qui peuvent réduire le risque de DPN. L'étude de Scope (66) en 2017 identifie l'adaptation des professionnels aux besoins et aux préférences des femmes souffrant de DPP comme positive et utile pour ces dernières. Les femmes doivent être conscientes du soutien que les professionnels peuvent leur apporter.

**Ainsi, les résultats nous ont ainsi montré l'intérêt de :**

- ❖ **Moyens déjà disponibles par les sages-femmes (mais pas assez utilisés... ?) pour *identifier et prévenir* :**
  - **L'Entretien Périnatal Précoce (63,68)**
  - **La Préparation à la Naissance et à la Parentalité (63)**
  - **L'EPDS (6,8,58,61)**
  - **Dépistage et prévention des troubles psychiques (pendant la grossesse et pendant le postpartum) (29,59,60,64)**
- ❖ **Moyens disponibles et à améliorer pour *intervenir* :**
  - **Soutien à domicile et rencontre clinique (2,9)**
  - **Soutien et responsabilisation par l'éducation (66)**
  - **Aide psychologique, thérapies mère-enfant (34,52–55)**
- ❖ **Autres moyens favorisant le lien mère-enfant :**
  - **Massage du nouveau-né (56,69)**
  - **Expérience positive de la grossesse et de la naissance (3,65)**

Après avoir présenté et analysé nos résultats, nous allons les discuter.

## 4. DISCUSSION

### 4.1 Généralités :

#### 4.1.1 Choix méthodologique :

Nous avons eu l'idée de ce sujet de mémoire car la DPP est un problème actuel de santé publique (2), tabou (70) et faisant partie d'un contexte socio-culturel majeur. La réduction du séjour en maternité, est passé de cinq, à quatre, à trois, voire même parfois à deux jours. Cela oblige les mères à opérer une véritable « course contre la montre » (70) pour réussir dès le début leur allaitement, connaître leur nouveau-né, acquérir toutes les compétences de soins envers ce dernier, associer toutes les informations entendues, alors qu'elles sont dans un véritable climat psychologique et hormonal particulier.

Ainsi, le temps d'observation des enfants nés en maternité s'est réduit, alors que l'adaptation à la vie extra-utérine s'étend sur un minimum de 5 jours. (9)

Actuellement, en France, le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en post-partum serait relativement important (de 15 à 35 % en fonction des études), du fait, a priori, d'une mauvaise préparation à la sortie de la maternité. Cependant, ces difficultés ne seraient pas directement imputables à la durée du séjour, puisque près des trois quarts des femmes interrogées jugeaient leur durée d'hospitalisation à la maternité adéquate (9).

Souvent, le baby-blues n'est pas dépisté en maternité et donc non pris en charge. On sait (71) qu'un baby-blues (80% des mères) peut, s'il est intense et durable, devenir une dépression postnatale.

L'évolution et l'expansion du travail en libéral des sages-femmes, ainsi que les sorties de plus en plus précoces de maternité amènent les sages-femmes à revoir très rapidement et à suivre des dyades mère-enfant qui se retrouvent, pour certaines, perdues et seules à la maison. Elles sont donc en première ligne pour détecter des signes d'alerte, dépister précocement des troubles d'interactions, des difficultés psychologiques des mères, poser un diagnostic, les écouter, les accompagner et les orienter vers des professionnels spécialisés.

Nous avons préféré réaliser une étude bibliographique devant la difficulté (en termes d'éthique notamment) de recruter et interroger directement des patientes ayant eu une dépression du post-partum, ainsi qu'en termes d'autorisations éthiques, de compétences et de temps pour analyser les conséquences que cela avait eu sur leur enfant. L'étude bibliographique était donc la seule solution envisageable dans le temps imparti.

#### 4.1.2 Points forts

Nous avons trouvé de nombreux articles dans la littérature mondiale. Beaucoup d'articles sont récents (une cinquantaine de sources datent d'après 2000, et 80% d'entre-elles ont été publiées après 2008).

Cela montre combien le sujet est d'actualité.

#### 4.1.3 Difficultés et limites

Suivant les articles, la langue et donc la traduction, nous pouvons comprendre et exploiter les données de manière différente.

De plus, cela a été difficile de trouver une étiquette clinique avec l'enfant en tant que sujet « étudié ». Il y a de nombreux témoignages de mères sur leur DPN, mais sans aucune information sur leur nouveau-né.

### **4.2 Signes d'alerte pédiatriques et mise en lien avec la DPP :**

Pour Lussier et al. (3): *« qu'il soit ancré dans la réalité ou non, le mythe de la jeune mère parfaitement heureuse, entourée, épanouie, rayonnante et adulée, qui ne connaît ni le doute ni l'ambivalence, n'est pas tombé en désuétude : il survient dans l'imaginaire des femmes qui s'inquiètent dès qu'elles ne collent pas à cette image ».*

La sage-femme, de part sa profession médicale mais aussi sociale, est à la fois dans le « care » et dans le « cure ». Elle doit être attentive aux signes somatiques mais aussi aux signes psychologiques, qui apparaissent comme des clignotants : un nouveau-né irritable, en retrait, dépressif dans ses interactions, en insuffisance pondérale ; ainsi qu'à une absence de regard de la mère vers son nourrisson, une absence de gestes...

La période de suites de couches en maternité est un moment-clé de dépistage clinique, que ce soit pour les sages-femmes mais aussi pour les auxiliaires de puériculture qui passent beaucoup de temps avec la dyade et qui peuvent être alertées par d'éventuels dysfonctionnements : le rapport au corps de l'enfant par la mère (et le père), le degré d'implication dans les soins, la façon de tenir l'enfant, de le regarder... L'enfant, spontanément, ne pourra pas cacher son malaise, contrairement à la mère qui peut parfois « masquer » son désarroi. Cette expectative bienveillante de l'ensemble des professionnels de santé en maternité doit être surtout à l'égard de la patiente vulnérable. Ainsi, la prévention des difficultés passe aussi par les conditions d'accompagnement et d'étayage en sortie de maternité.

**Nous pouvons penser à quelques phrases-clés que la sage-femme peut poser à la mère :**

- **Est-ce que vous ressentez de la tristesse, de l'angoisse ?**
- **Comment se passent les soins et l'alimentation avec votre enfant ?**
- **Est-ce que vous pensez à certaines idées qui vous font peur et dont vous n'osez pas parler ?**
- **Est-ce que vous ressentez de la déception, de l'incompétence voire du désespoir dans la relation que vous avez avec votre enfant ?**

**Ainsi que quelques détails important que les SF peuvent s'attacher à saisir :**

- **La posture du nouveau-né**
- **Son degré de consolabilité**
- **Sa réactivité à la voix maternelle (et paternelle)**

### **4.3 Moyens d'amélioration : quoi, qui, où, quand ?**

Différentes enquêtes montrent que les femmes trouvent qu'il existe un manque d'accompagnement, jugé insuffisant, lors de leur sortie de maternité et de leur retour à domicile. (9). Or, différents professionnels de santé qualifiés peuvent assurer le suivi et l'accompagnement de la mère et de l'enfant en période postnatale et notamment les sages-femmes :

- **libérales** : interviennent à domicile ou dans leur cabinet, qu'elles soient choisies par la femme durant sa grossesse, sollicitées dans le cadre d'une organisation définie par l'établissement ou identifiées dans le cadre du PRADO ;
- **de PMI** : selon les ressources disponibles au sein du département, elles peuvent se rendre au domicile ou assurer des consultations dans les centres de PMI ;
- **hospitalières** : détachées, elles peuvent se rendre au domicile des parents (dans un périmètre défini autour le l'établissement de santé), voire assurer des consultations dans l'établissement même ou dans un centre périnatal de proximité.

Le repérage des parents déprimés par les professionnels de périnatalité (obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, puéricultrices...) est donc une véritable urgence (49). Pourtant, très peu d'articles sont retrouvés dans des revues scientifiques spécifiques aux obstétriciens, sages-femmes... La très grande majorité des publications de mon mémoire proviennent de revues de psychologie ou de psychiatrie.

Selon Revault d'Allones (3) il arrive que : « *des mères, des belles-mères condamnent leurs filles à la difficulté en émettant (ouvertement ou implicitement) des doutes sur leurs capacités maternelles et ne les soutiennent pas quand elles vacillent.* »

Souvent, en effet, les mères parlent *a minima* car elles craignent d'encourir des risques de rejet, de banalisation, d'anxiété maladroite, d'impuissance des professionnels face à elles. Elles ne pensent pas avoir droit d'être entendues et comprises dans leurs pensées terrifiantes. Dans le moment particulier du postpartum dans la vie d'une femme, cette dernière a besoin de se sentir entourée, protégée, « contenue ». Pour S. Bydlowski (3) : « *la mère doit avoir une enveloppe sociale et familiale maternelle. Car le repli sur elle-même, qui lui permet une identification à son bébé la rend vulnérable et l'expose aux blessures de la vie habituelle* ».

On peut d'ailleurs envisager une intervention en trois temps : prévention, thérapie brève, complétée par une prise en charge thérapeutique adaptée si l'évolution montre la récurrence de la dépression ou des troubles de la relation mère-enfant ou un trouble du développement ou un symptôme significatif chez l'enfant.

D'un point de vue pratique, la conclusion selon laquelle la sévérité des symptômes à quatre mois peut prédire quelles sont les mères et les enfants les plus à risque pourrait permettre aux travailleurs de la santé de cibler le groupe le plus à risque de mères au début de la vie de l'enfant. (24)

La formation des professionnels de la périnatalité à l'approche et à la compréhension de ces difficultés maternelles s'avère indispensable. Il y a une réelle prise de conscience de la nécessité de savoir repérer et aider, mais, au-delà, se pose aussi le délicat dilemme de vouloir « tout repérer » dans l'idée de mieux faire (68). Devrait-on donc envisager quelques questions ciblées qui éveilleraient l'attention de la sage-femme ou du professionnel ?

Cependant il faut être attentif à ne pas stigmatiser. Soulé et Noël (72), en 1985, parlent des « clignotants » ou indicateurs de risque en périnatalité et considèrent que « la frontière est étroite entre une prévention bien tempérée et une investigation suspicieuse aliénante ».

Missonnier (73) souligne que lors de la consultation périnatale, il faut savoir reconnaître, « outre les demandes d'aide verbalisées, les demandes d'aide masquées ».

Pour Bayle (74), un repérage « implicite » ou « explicite » paraît bien adapté, laissant à l'intuition, la délicatesse, les possibilités de reconstruction d'une anamnèse ne se transformant pas en « interrogatoire serré ».

Le travail en équipe pluridisciplinaire est indispensable. Ce travail de collaboration dans un réseau clinique de périnatalité, comme il a été encouragé par le plan périnatalité 2005-2007 (75), doit permettre non seulement d'améliorer le repérage de ces situations difficiles, mais aussi d'orienter efficacement et rapidement les femmes vers le professionnel « ressource ». Il s'agit d'un réel soin de prévention favorisant le bon déroulement de la

grossesse, la santé psychologique de la femme et le développement psychoaffectif de l'enfant (68).

Un arbre décisionnel pour « prévenir et accompagner les femmes souffrant de DPN » a d'ailleurs été élaboré par l'EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) Lille Métropole, très récemment, afin d'aider les professionnels de santé à dépister et référer les femmes ayant une DPN. (Annexe I).

## 5. CONCLUSION

Les troubles psychiatriques révélés par une femme au moment de la maternité sont connus depuis l'Antiquité, mais en France ils sont reconnus seulement depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. Les premiers travaux de P. Racamier marquent le début d'une prise en charge thérapeutique de ces troubles vers 1960 et les années 1980 signent l'avènement de la psychologie périnatale. (70)

Nos résultats confirment l'importance de l'identification précoce et du traitement pour les mères souffrant de dépression postnatale, compte tenu de la probabilité de dépression persistante et de relation avec des problèmes ultérieurs de comportement de l'enfant.

Le troisième trimestre de grossesse semble être un moment idéal pour informer les femmes et les couples sur les suites de couches et les potentielles difficultés lors du retour à domicile, et notamment les difficultés psychologiques qui peuvent être importantes. En effet cela permettrait aux couples d'être plus à même d'anticiper le moment de la naissance et du retour à la maison.

Le degré de vigilance des professionnels doit être argumenté en fonction des facteurs de risque (de la femme et du nouveau-né).

La prévention de la dépression chez les femmes qui ont des enfants en bas âge est donc un objectif de santé publique prioritaire.

Delassus (76) parle d'impératif maternel. Selon lui, il préexiste toujours : « [...] ce à quoi nous nous attendons quand nous voyons une mère, quand nous pensons à la mère. La mère est toujours précédée de l'idée que nous nous en faisons. Nous ne la percevons pas d'abord telle qu'elle est, mais telle qu'elle doit être. Il y a une image préalable. Si par hasard la mère ne correspondait pas à cette image, l'inquiétude, le soupçon, le jugement, la condamnation auraient tôt fait de se manifester. »

Il serait intéressant de réaliser une étude auprès des professionnels sages-femmes afin de se rendre compte de leurs expériences en terme d'accompagnement, de multidisciplinarité, de prise en charge d'une patiente ayant une DPN, ainsi que leur rapport à ce sujet. (Sont-elles à l'aise ? Hésitent-elles à en parler ? Savent-elles quoi mettre en place concrètement ?).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Winnicott DW, Stronck-Robert A. L' enfant et sa famille. [Texte imprimé] : les premières relations. Paris : Payot & Rivages, 2009; 2009. (Petite bibliothèque Payot: 50).
2. RPC [Internet]. [cited 2016 Nov 7]. Available from: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE>
3. Bastien V, Braconnier M, de Tychev C. Dépression postnatale Facteurs de risque et modalités de prévention. *L'Évolution Psychiatr.* 1999 Apr;64(2):289–307.
4. Gorwood P, Kessler V. La psychose puerpérale: un modèle du concept de vulnérabilité génétique? *Devenir.* 2002;14(1):17–26.
5. Lienhardt JF, Toursnel F. CL078 - Existe-t-il une relation entre le risque de dépression post natale (DPN) et l'état de santé du bébé ? Résultat d'une étude de la naissance à 2 ans, intérêt du dépistage précoce de la DPN. *Arch Pédiatrie.* 2010 Jun;17(6, Supplément 1):22.
6. Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. *Devenir.* 2003;15(1):5–25.
7. Cooper PJ, Murray L. Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Arch Dis Child.* 1997 Aug 1;77(2):97–9.
8. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 1998;13(2):83–9.
9. Haute Autorité de Santé - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. In [cited 2016 Nov 7]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes)
10. Bydlowski S, Lalanne C, Apter G, Golse B, Vaivre-Douret L. Construction des premières interactions mère-bébé de la naissance aux deux mois de l'enfant. Quels liens avec le blues postnatal ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2015 Jan;63(1):1–8.
11. Favez N, Tissot H, Frascarolo F, Fivaz-Depeursinge E. Dépressivité maternelle au post-partum et symptomatologie du bébé à trois mois : l'effet modérateur de l'alliance familiale et de la satisfaction conjugale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2014 Jun;62(4):203–11.
12. Gerardin P. Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2012 Mar;60(2):138–46.
13. Marty F. Psychopathologie de l'enfant: 10 cas cliniques. In Press; 2010.
14. Glatigny-Dallay E, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Sutter A-L. Évaluation des interactions précoces. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2005 Jul;163(6):535–40.
15. Bowlby J, Kalmanovitch J. Attachement et perte. [Texte imprimé]. Paris : Presses Universitaires de France, 2006; 1978. (Le Fil rouge).
16. Lebovici S, Stoléro S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interractions précoces. [Livre]. Paris : Le Centurion, 1983; 1983. (Paidos).

17. M. Maury AL D Sauvage, JP Visier, JP Raynaud. Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance [Internet]. 2008. Available from: [http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/08.DEVELOPPEMENTAFFECTIF\(3-3\).pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/08.DEVELOPPEMENTAFFECTIF(3-3).pdf)
18. Bachollet M-S, Marcelli D. Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy.* 2011 Feb 22;(49):14–9.
19. Field T, Healy BT, Goldstein S, Guthertz M. Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Dev Psychol.* 1990 Jan;26(1):7–14.
20. Abrams SM, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. Newborns of depressed mothers. *Infant Ment Health J.* 1995 Sep 1;16(3):233–9.
21. Durand B, Libert C. Perturbations précoces des interactions mère-bébé et troubles envahissants du développement. L'apport de l'hospitalisation conjointe mère-bébé. *Arch Pédiatrie.* 2003 May;10, Supplement 1:s126–9.
22. Cornish AM, McMahon CA, Ungerer JA, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behav Dev.* 2005 Dec;28(4):407–17.
23. Ayissi L, Hubin-Gayte M. Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2006 Apr;54(2):125–32.
24. Fihrer I, McMahon CA, Taylor AJ. The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. *J Affect Disord.* 2009 Dec;119(1–3):116–23.
25. Nasreen H-E, Nahar Kabir Z, Forsell Y, Edhborg M. Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: Results from a population based study in Bangladesh. *J Affect Disord.* 2013 Apr;146(2):254–61.
26. Hervé M-J, Jaussent A, Paradis M, Rattaz C, Lopez S, Evrard V, et al. Troubles du comportement et troubles fonctionnels du nourrisson : caractéristiques, interactions mère-enfant, alliance et évolution après une psychothérapie brève parent-enfant. Étude pilote. *L'Encéphale.* 2013 Feb;39(1):29–37.
27. Valla L, Wentzel-Larsen T, Smith L, Birkeland MS, Slinning K. Association between maternal postnatal depressive symptoms and infants' communication skills: A longitudinal study. *Infant Behav Dev.* 2016 Nov 1;45(Part A):83–90.
28. Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The Role of Infant Factors in Postnatal Depression and Mother-Infant Interactions. *Dev Med Child Neurol.* 1996 Feb 1;38(2):109–19.
29. Sherryl H. Goodman, Ph.D., Matthew H. Rouse, M.A., M. Serv. soc. Incidence de la dépression périnatale sur le développement des enfants : une perspective développementale. *CEDJE.* 2010 Juin;
30. Masson E. Dépressivité maternelle au post-partum et symptomatologie du bébé à trois mois : l'effet modérateur de l'alliance familiale et de la satisfaction conjugale [Internet]. *EM-Consulte.* [cited 2016 Nov 7]. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/903003/depressivite-maternelle-au-post-partum-et-symptoma>
31. Murray L. The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992 Mar 1;33(3):543–61.

32. Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R. Depressed Mothers' Speech to Their Infants and its Relation to Infant Gender and Cognitive Development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993 Oct 1;34(7):1083–101.
33. Carro MG, Grant KE, Gotlib IH, Compas BE. Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Dev Psychopathol*. 1993 Oct;5(4):567–79.
34. Chabrol H, Camus JL. Comment la dépression influence-t-elle le décodage des émotions du bébé ? *Enfance*. 1995;48(3):337–55.
35. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome. *Child Dev*. 1996 Oct 1;67(5):2512–26.
36. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Dev Psychol*. 1999 Sep;35(5):1297–310.
37. Pawlby S, Sharp D, Hay D, O'Keane V. Postnatal depression and child outcome at 11 years: The importance of accurate diagnosis. *J Affect Disord*. 2008 Apr;107(1–3):241–5.
38. Sutter-Dallay A-L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois M-L, Verdoux H. Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans. *Devenir*. 2008 Mar 14;20(1):47–63.
39. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JAO. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *J Affect Disord*. 2008 May;108(1–2):191–3.
40. Bagner DM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR. Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Jul;49(7):699–707.
41. Stein A, Arteche A, Lehtonen A, Craske M, Harvey A, Counsell N, et al. Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behav Dev*. 2010 Jun;33(3):273–8.
42. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011 Mar 1;14(1):1–27.
43. Tissot H, Frascarolo F, Despland J-N, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr Enfance*. 2011 Dec 28;54(2):611–37.
44. Zárata-Guerrero G, Devouche E, Espinosa-Gómez MC, Apter G. Évaluer les difficultés interactives entre une mère déprimée et son bébé de 3 mois au moyen de l'échelle GRMII de Fiori-Cowley et Murray. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2014 Jan;62(1):47–52.
45. Van Der Waerden J, Galéra C, Sutter-Dallay AL, Saurel-Cubizolles MJ, Bernard JY, De Agostini M, et al. Dépression maternelle et développement de l'enfant : résultats de la cohorte EDEN. *Eur Psychiatry*. 2015 Nov;30(8):S35.
46. van der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles M-J, Sutter-Dallay A-L, Melchior M. Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years. *J Pediatr*. 2015 Jun;166(6):1440–1448.e1.
47. Grube M. Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Sep;8(3):163.
48. Séjourné N, Beaumé M, Vaslot V, Chabrol H. Article original: Effets du congé de paternité sur la dépression du post-partum maternelle. *Eff Paternity Leave Matern Postpartum Depress Engl*. 2012 Jun 1;40:360–4.

49. Nestour AL. Consulter précocement, voire avant. *Enfances Psy*. 2006 Mar 1;no 30(1):9–19.
50. Nolvi S, Karlsson L, Bridgett DJ, Pajulo M, Tolvanen M, Karlsson H. Maternal postnatal psychiatric symptoms and infant temperament affect early mother-infant bonding. *Infant Behav Dev*. 2016 May;43:13–23.
51. Hossain Z, Field T, Gonzales J, Malphurs J, del Valle C, Pickens J. Infants of “Depressed” Mothers Interact Better with Their Nondepressed Fathers. *Infant Ment Health J*. 1994 Winter;15(4):348.
52. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord*. 1996 Jul 29;39(3):209–16.
53. Meager I, Milgrom J. Group Treatment for Postpartum Depression: A Pilot Study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996 Dec 1;30(6):852–60.
54. Morgan M, Matthey S, Barnett B, Richardson C. A group programme for postnatally distressed women and their partners. *J Adv Nurs*. 1997 Nov 1;26(5):913–20.
55. Chen C-H, Tseng Y-F, Chou F-H, Wang S-Y. Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res*. 2000 Jan 1;49:395–9.
56. Onozawa K, Glover V, Adams D, Modi N, Kumar RC. Research report: Infant massage improves mother–infant interaction for mothers with postnatal depression. *J Affect Disord*. 2001 Jan 1;63:201–7.
57. Morrell CJ. Review of interventions to prevent or treat postnatal depression. *Clin Eff Nurs*. 2006 Jan 1;9(Supplement 2):e135–61.
58. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Research Report: Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord*. 2006 Jul 1;93:169–76.
59. Dugravier R, Guedeney A, Saias T, Greacen T, Tubach F. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère–enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2009 Sep;57(6):482–6.
60. Santos HPO, Sandelowski M, Gualda DMR. Bad thoughts: Brazilian women’s responses to mothering while experiencing postnatal depression. *Midwifery*. 2014 Jun;30(6):788–94.
61. Høivik MS, Burkeland NA, Linaker OM, Berg-Nielsen TS. The Mother and Baby Interaction Scale: a valid broadband instrument for efficient screening of postpartum interaction? A preliminary validation in a Norwegian community sample. *Scand J Caring Sci*. 2013 Sep;27(3):733–9.
62. Dugravier R. CAPEDP : une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d’une population de femmes présentant des critères de risque psychosociaux. [Internet]. 2015. Available from: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127646/document>
63. Van Der Waerden J, Sutter-Dallay AL, Dugravier R, Bales M, Barandon S, Charles MA, et al. Dépression maternelle : facteurs de risque, conséquences sur le développement des enfants et interventions de prévention. *Eur Psychiatry*. 2015 Nov;30(8):S33–4.
64. Bydlowski S. Post-partum: Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *Postpartum Psychol Disord Screen Prev Birth Guidel Clin Pract Engl*. 2015 Dec 1;44:1152–6.

65. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016 Aug;39:112–23.
66. Scope A, Booth A, Morrell CJ, Sutcliffe P, Cantrell A. Review article: Perceptions and experiences of interventions to prevent postnatal depression. A systematic review and qualitative evidence synthesis. *J Affect Disord*. 2017 Mar 1;210:100–10.
67. Dugravier R, Guedeney N, SaÔas T, Tereno S, Greacen T, Guedeney A, et al. S17C: Prévenir la dépression postnatale. Les résultats de la recherche CAPEDP. *Eur Psychiatry*. 2015 Nov 1;30(Supplement):S35–6.
68. Rainelli C, Orliaguet M-H, Villars M-L. Article original: Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance. *Child Sex Abuse Pregnancy Could Be New Traumatism Engl*. 2012 Jul 1;60:356–61.
69. O'Higgins M, St. James Roberts I, Glover V. Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage. *J Affect Disord*. 2008 Jul;109(1–2):189–92.
70. Do Dang P. Conférence « La dépression post-natale: en quoi le contexte socio-culturel actuel en favorise l'éclosion ? ». 2017.
71. Poinso F, Samuelli J-C, Delzenne V, Huiart L, Sparrow J, Rufo M. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *Psychiatr Enfant*. 2001;44(2):379–413.
72. Soule M, Noël J. La prévention médico-psychologique précoce. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Sous la direction de Lebovici S, Diatkine R, Soule M. Paris: PUF. 1985.
73. Missonnier S. Mr Prevention, I presume ? *Vie L'enfant*. 2012 Apr 1;75–90.
74. Bayle B. 9. Faut-il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse ? [Internet]. Presses Universitaires de France; 2015 [cited 2017 Apr 12]. Available from: [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=PUF\\_MISSO\\_2004\\_01\\_0495](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_MISSO_2004_01_0495)
75. Plan Périnatalité Humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007 [Internet]. [cited 2017 Apr 12]. Available from: <https://pro.perinatalite.org/fichs/11055.html>
76. Delassus J-M. *Le corps du désir: Psychanalyse de la grossesse*. Dunod; 2010. 334 p.

# ANNEXE I

## Annuaire des structures existantes sur la ville de Lille.

### UTPAS :

UTPAS de Lille-Moulins (Lille Est)	UTPAS de Lille-Sud	UTPAS d'Hellemmes
49 boulevard de Strasbourg BP 167 - 59017 LILLE Tél : 03 59 73 78 00	2 rue Saint-Bernard 59000 LILLE Tél : 03 20 85 32 40	22 rue de l'Innovation 59260 HELLEMES Tél : 03 59 73 96 60
UTPAS de Lille-Vauban (Lille Nord)	UTPAS de Lille-Fives	UTPAS Lomme Lambersart
11 rue Desmazières BP 4 - 59004 LILLE Cedex Tél : 03 59 73 88 00	108/112 rue Pierre-Légrand CS 70511 59022 Lille Cedex Tél : 03 59 73 92 70	257 rue Auguste Bonte BP 155 59132 LAMBERSART CEDEX Tél : 03 59 73 78 20

### CMP adultes

<b>CMP Lille Nord 59G22</b> 9-11 rue du Barbier Maës 59000 Lille Tél : 03 20 87 96 41	<b>CMP Lille Est 59G24</b> 239 rue du Faubourg de Roubaix 59000 Lille Tél : 03 20 12 17 30	<b>CMP Lomme Lambersart 59G20</b> 4 rue de l'Abbé Desplanques 59130 Lambersart Tél : 03 20 08 17 50
<b>CMP Lille Sud 59G23</b> 12 rue de Cannes 59000 Lille Tél : 03 20 16 86 60	<b>CMP Antonin Artaud Hellemmes 59G21</b> 43 rue Faidorbe 59260 Hellemmes Tél : 03 20 19 12 50	

### CMP enfants et adolescents

<b>CMP infanto-juvénile Lille Nord 59104</b> 234 rue de Paris 59000 Lille Tél : 03 20 21 94 50	<b>CMP infanto-juvénile Lille Est 59104</b> 5 rue Louis Blanc 59800 Lille Tél : 03 28 80 04 69	<b>CMP infanto-juvénile Montebello 59105</b> 41 rue Van Herde 59000 Lille Tél : 03 20 44 48 49
--	--	--

### Unité de Soins Psychothérapeutiques Précoces à Domicile USPPAD (59104)

234 rue de Paris, 59000 Lille  
Tél : 03 20 21 94 50

### CHRU de Lille 59105

<b>Unité d'Hospitalisation Mère-Enfant Marcé</b> Service de psychiatrie adulte 6, rue Emile Verhaeghe 59037 LILLE Cedex Tél : 03 20 44 65 68	<b>Unité périnatale (Lydéric)</b> Tél : 03 20 44 42 53 <b>Accueil Hôpital Fontan</b> Tél : 03 20 44 42 15	<b>Centre d'accueil et de Crise (CAC)</b> Tél : 03 20 44 43 83 <b>Consultations de Psychiatrie</b> Tél : 03 20 44 44 60
---	--	--

### GHICL Hôpital Saint-Vincent de Paul

#### Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Tél : 03 20 87 76 06  
• Consultations de psychiatrie parents-bébé, de l'enfant et de l'adolescent.  
• Interventions pédiatriques en périnatalité.  
• Hôpital de jour "Oiseau Lyre" (parents-nourissons, enfants).

#### Psychiatrie adulte

Accueil médico-psychologique Tél. 03 20 87 45 77  
Centre de psychothérapie Tél. 03 20 87 74 40  
Psychiatrie Tél. 03 20 87 74 36  
Unité d'Accueil médico-psychologique Tél. 03 20 87 45 77

### Le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission (CPAA)

Numéro d'appel 24h/24 - 03 20 78 22 22 - 2 rue Desaix, 59000 Lille  
Accueil aux urgences de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul de 2h30 à 7h.

### CAMSP

Espace Labovic  
199/201 rue Colbert - Immeuble Rocherfort - Rez-de-chaussée 59 000 LILLE  
Tél : 03 28 14 10 31

### CMPP

**CMPP Decroly Lille**  
49 rue de Bourgogne 59800 LILLE  
Tél : 03 20 54 82 58

**CMPP Alfred Binet**  
76 boulevard Vauban 59000 LILLE  
Tél : 03 20 57 10 03



## Prévenir et accompagner les femmes souffrant de Dépression Postnatale (DPN) sur la ville de Lille par les professionnels de premier recours

### Proposition d'Arbre Décisionnel

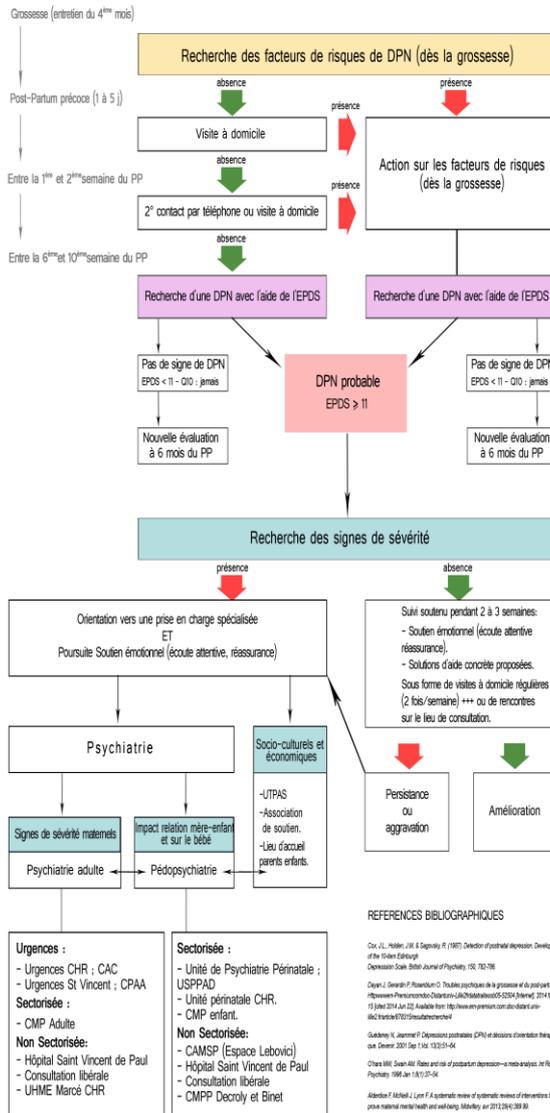
La dépression postnatale (DPN) est définie comme tout événement dépressif survenant dans la première année suivant l'accouchement. Sa prévalence est estimée à 10 à 20 %. On note deux pics de survenue, les DPN précoces entre six et douze semaines du post-partum et les DPN tardives lors du deuxième semestre.

#### Éléments du tableau clinique

Signes de dépression chez la mère	Signes de souffrance chez le bébé	Altération des interactions mère-enfant
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pleurs quasi-quotidiens et ordinairement cachés.</li> <li>• Labilité émotionnelle.</li> <li>• Sentiment d'épuisement.</li> <li>• Perte d'estime en ses capacités maternelles.</li> <li>• Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé.</li> <li>• Perte de plaisir à prodiguer les soins au bébé.</li> <li>• Intolérance ou parfois franche agressivité généralement dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie.</li> <li>• Phobies d'impulsion.</li> <li>• Aggravation symptomatique le soir, difficultés d'endormissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les troubles à expression somatique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles durables du comportement alimentaire (refus, vomissements, myocisme).</li> <li>- Troubles du sommeil persistants.</li> <li>- Pleurs inconsolables.</li> <li>- Spasmes du sanglot.</li> <li>- Manifestations somatiques entraînant des consultations répétées.</li> </ul> </li> <li>• <b>Les troubles émotionnels et de la relation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contact visuel difficile, voire absent.</li> <li>- Visage immobile, triste et figé.</li> <li>- Retrait relationnel, pauvreté interactive.</li> <li>- Difficultés dans la séparation.</li> <li>- Bébé trop sage.</li> <li>- Désintérêt pour le jeu.</li> <li>- Absence de recherche de l'objet disparu.</li> </ul> </li> <li>• <b>Les troubles du développement :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retard d'acquisition dans les principaux secteurs.</li> <li>- Particularités tonico-motrices (hypertonie, hypotonie, défaut d'équilibre tonico-postural).</li> <li>- Particularités dans le contact (indifférence au monde sonore et aux personnes, absence de portage et d'attention conjointe à 18 mois).</li> <li>- Mouvements stéréotypés.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactions visuelles : peu de regards partagés, de sourires, visages figés de la mère et de l'enfant.</li> <li>• Interactions corporelles : réactions motrices ralenties et pas toujours adaptées.</li> <li>• Interactions vocales : peu de verbalisations, peu de vocalisations.</li> <li>• Stimulation : peu de stimulations tactiles et kinesthésiques ; stimulations à connotations négatives peu d'engagements, peu d'ajustements au bébé, peu de sensibilité.</li> <li>• Accordage : asynchronie, interactions peu prolongées, difficultés de régulation.</li> </ul>

Travail réalisé par Marie ANTOINE dans le cadre de sa Thèse de Médecine Générale intitulée, "États des lieux de la prise en charge de la DPN sur la ville de Lille par les professionnels de premier recours" sous la direction du D.P. DO DANG, Pédiopsychiatre, Chef du pôle 59104 de l'EPSM de l'agglomération lilloise pour la Journée du CLSM (Conseil Lillois de la Santé Mentale) du 9 Décembre 2014

## Prévenir et accompagner la Dépression Post-Natale par les professionnels de premier recours



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ou L, J, Hildebrand J, et al. (2017). Direction of postnatal depression. Development of the 15-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 210, 782-788.

Chen J, Gao J, et al. (2017). Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, 63(1), 1-10.

Guibaud N, Jaussent P. (2017). Dépression postnatale (DPN) et direction thérapeutique. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, 63(1), 1-10.

Chen J, Gao J, et al. (2017). Risk and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 1-10.

Alford D, Mitchell J, Lyle F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and wellbeing. *Mind*, 2012;121(10):189-98.

Quellier L, Hildebrand J, Maffre M, Mouchet P. Efficacité comparative des interventions préventives des troubles psychiques et dépressifs après l'accouchement. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, 2017;63(1):1-10.

## Les facteurs de risques

Psychiatriques	Relationnels	Socio-économiques	Obstétricaux	Biologique	Liés au bébé
-Antécédents Dépression Post-Natale. -Antécédents dépression. -Manifestations anxiées ou dépressives pendant la grossesse. -Antécédents d'autres pathologies psychiatriques. -Conduites addictives.	-Faible soutien social (informationnel, social, émotionnel). -Isolement (social, culturel). -Carences affectives. -Violences et abus sexuels dans l'enfance. -Mésentente conjugale. -Relations conflictuelles et/ou de dépendance à la mère.	-Faible niveau d'éducation. -Absence d'emploi ou emploi peu valorisant. -Faible statut social. -Événements de vie négatifs survenant pendant la grossesse ou durant le postpartum.	-Complications de la grossesse (prééclampsie, vomissements incoercibles, accouchement prématuré). -Complications liées à l'accouchement (césarienne, extraction instrumentale, accouchement prématuré, hémorragie de la délivrance).	Rchercher une dysfonction thyroïdienne.	-Bébé difficile (irritabilité, inconséquence, incompréhensibilité). -Pathologie néonatale du bébé. -Troubles de l'alimentation et du sommeil.

## Auto-Questionnaire : EPDS (Echelle de Dépression Post-natale d'Edimbourg)

Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les items ayant un astérisque sont notés inversement (i.e. 3, 2, 1, et 0). Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items. Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure. Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée. Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression post-partum et/ou vont bénéficier de services de soutien.

Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :**
  - Aussi souvent que d'habitude.
  - Pas tout à fait autant.
  - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci.
  - Absolument pas.
- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**
  - Autant que d'habitude.
  - Plutôt moins que d'habitude.
  - Vraiment moins que d'habitude.
  - Pratiquement pas.
- Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal\* :**
  - Oui, la plupart du temps.
  - Oui, parfois.
  - Pas très souvent.
  - Non, jamais.
- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :**
  - Non, pas du tout.
  - Presque jamais.
  - Oui, parfois.
  - Oui, très souvent.
- Je me suis sentie éffrayée ou paniquée sans vraiment de raisons\* :**
  - Oui, vraiment souvent.
  - Oui, parfois.
  - Non, pas très souvent.
  - Non, pas du tout.
- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements\* :**
  - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.
  - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.
  - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.
  - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.
- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil\* :**
  - Oui, la plupart du temps.
  - Oui, parfois.
  - Pas très souvent.
  - Non, pas du tout.
- Je me suis sentie triste ou peu heureuse\* :**
  - Oui, la plupart du temps.
  - Oui, très souvent.
  - Pas très souvent.
  - Non, pas du tout.
- Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré\* :**
  - Oui, la plupart du temps.
  - Oui, très souvent.
  - Seulement de temps en temps.
  - Non, jamais.
- Il m'est arrivé de penser à me faire du mal\* :**
  - Oui, très souvent.
  - Parfois.
  - Presque jamais.
  - Jamais.

## Les signes de sévérité

Dépression maternelle	Impact sur la relation mère-enfant et sur le bébé	Facteurs de risques associés	Absence de facteurs protecteurs
- Score élevé à l'EPDS (>13). - Idées suicidaires. - Ralenissement psychomoteur important.	- Difficultés à assurer les besoins du bébé. - Troubles importants des interactions mère-enfant. - Signes de souffrance chez l'enfant.	- Relations conflictuelles avec le partenaire. - Isolement. - Statut socio-économique bas.	- Absence de support familial. - Absence d'aide concrète. - Absence de figures substitutives pouvant s'occuper du bébé.

# MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2017

TITRE : Dépression postnatale maternelle et conséquences sur le nouveau-né et le nourrisson.

AUTEUR : TAUPIAC Marie  
Sous la Direction du : Pr. CONVAIN

MOTS-CLES : Dépression post-natale maternelle / Troubles psychiques postnataux maternels / Développement du nouveau-né / Interactions mère-enfant / Dépression du nouveau-né.

RESUME : La dépression postnatale et ses conséquences sur le nouveau-né et nourrisson est un véritable enjeu de santé public encore trop méconnu. Quelles sont les conséquences néonatales d'une dépression postnatale maternelle et leur expression ?

Une étude bibliographique a été faite. Au total, 76 articles ont été retenus.

Trouble des interactions et du comportement, troubles cognitifs et psychomoteurs, irritabilité, troubles digestifs et du sommeil sont des signes d'alerte pédiatriques d'une DPN.

La DPN engendre une spirale ayant pour conséquence une relation non-synchrone avec les besoins du nouveau-né.

Entretien prénatal précoce, préparation à la parentalité, soutien, amélioration du vécu de la grossesse, thérapies mère-enfant sont des solutions de prévention et de soin nécessaires pour ces femmes.

La prévention, le dépistage et l'accompagnement des femmes à risque, ainsi que de la dyade mère-enfant est donc un objectif de santé prioritaire.