



HAL
open science

Prise en charge thérapeutique des dépressions maternelles unipolaires sévères et de la suicidalité dans le post-partum

Pascale Coquard-Giustiniani

► **To cite this version:**

Pascale Coquard-Giustiniani. Prise en charge thérapeutique des dépressions maternelles unipolaires sévères et de la suicidalité dans le post-partum. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02314143

HAL Id: dumas-02314143

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02314143v1>

Submitted on 4 Nov 2019

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pascale COQUARD-GIUSTINIANI

Née le 11 Janvier 1988 à Ajaccio (Corse du Sud)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 SEPTEMBRE 2019

**Prise en charge thérapeutique des dépressions maternelles unipolaires sévères et de
la suicidalité dans le post-partum**

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Professeur Gisèle Apter

PRESIDENTE DU JURY : Madame le Professeur Priscille Gérardin

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur Merle Véronique

Madame le Docteur Terranova-Commessie Frédérique

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS :

Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie

Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique

Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

Mr Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition

Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie

Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie cellulaire

Mr Thomas **MOUREZ** (*détachement*) HCN Virologie

Mr Gaël **NICOLAS** HCN Génétique

Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail

Mr Mathieu **SALAUN** HCN Pneumologie

Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique

Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie

Mr David **WALLON** HCN Neurologie

Mr Julien **WILS** HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
--------------------------	-----------------------------

Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique

Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien*

Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

Liste des abréviations	21
Introduction	22
Partie I – Dépression du post-partum d'intensité sévère: connaissances actuelles et spécificités cliniques.....	24
1. Définition de la dépression du post-partum d'intensité sévère dans les classifications internationales.....	24
2. Spécificité et hétérogénéité cliniques de la dépression du post-partum d'intensité sévère.....	27
3. Prévalence de la dépression du post-partum d'intensité sévère	29
4. Caractéristiques évolutives.	29
5. Facteurs de risques de DPP.	30
5.1. Facteurs de risques psychiatriques.....	30
5.2. Facteurs de risques socio-économiques et démographiques.....	31
5.3. Facteurs de risques neuroendocriniens.....	31
5.4. Facteurs de risques gynéco-obstétricaux.....	32
6. Conséquence de la DPP sur les interactions mère-bébé et sur le développement de l'enfant.	32
6.1. Conséquences précoces sur la dyade mère-enfant.....	32
6.2. Conséquences sur le développement précoce du nourrisson.....	33
6.3. Conséquences sur le développement des enfants en âge scolaire et les adolescents.....	34
6.4. Conséquences sur le couple.....	35
7. Suicidalité dans le péripartum.....	36
7.1. Définition et données bibliographiques.....	36
7.2. Facteurs de risques.....	41
7.3. Facteurs protecteurs.....	43
7.4. Conséquences des conduites suicidaires.....	43
Partie 2 : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES DEPRESSIONS MATERNELLES SEVERES ET DE LA SUICIDALITE DANS LE POST PARTUM	44
1. La psychiatrie périnatale en France.....	44
1.1. Le cadre législatif.....	44
1.2. Les indications.....	45
1.3. Organisation de la psychiatrie périnatale.....	45
2. Données actuelles concernant la prévention des dépressions maternelles sévères et de la crise suicidaire dans le post partum.....	51
2.1. Recommandations générales de l'OMS, la HAS et l'INPES concernant la santé mentale des femmes durant le péripartum.....	51
2.2. Prévention de la DPP sévère et du risque suicidaire dans le post partum.....	52
2.2.1. Différents niveaux de prévention.....	52
2.2.2. Moments clés de la prévention.....	53
2.2.3. Dépistage des DPP sévères et de la crise suicidaire dans le post partum.....	56
2.4. Conclusion.....	59

3. Prise en charge médicamenteuse dans les DPP sévère avec ou sans intentionnalité suicidaire. ..	60
3.1. Généralités sur la modalité de prescription des psychotropes dans le post partum.	60
3.2. Prescription d'un traitement psychotrope chez une mère qui n'allait pas son enfant.	60
3.3. Prescription d'un traitement psychotrope chez une mère qui allaite son enfant.	61
3.4. L'électroconvulsivothérapie (ECT)	73
3.5. Prévention des DPP par les antidépresseurs.....	74
3.5. Conclusion.	74
4. Prise en charge non médicamenteuse.....	75
4.1. Soins psychothérapeutiques.	75
4.2. Interventions centrées sur le support social (hors psychothérapie).	80
Partie IV – Illustration clinique Mme L., 33ans	83
Conclusion	110
Annexes.....	111
BIBLIOGRAPHIE	123

Liste des abréviations

ATCD : Antécédent(s)

CDCP : Centers for Disease Control et Prevention

CHSR : Centre Hospitalier de Sotteville-Lès-Rouen

CIM : Classification internationale des maladies

CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes

DPP : Dépression du post partum

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Manuel Diagnostique et statistique des troubles Mentaux

ECG : Électrocardiogramme

EDC : Episode dépressif caractérisé

EPDS : Edinburg Postnatal Depression Scale

EVA : Echelle Visuelle Analogique

IDE : Infirmière diplômée d'état

IDS : Idées suicidaires

IRSNa : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

LP : Libération prolongée

UHME : Unité d'Hospitalisation Mère-Enfant

UnAcOr : Unité d'accueil et d'orientation

VAD : Visite à domicile

WHO/OMS : World Health Organization/Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

Grossesse et maternité représentent des valeurs positives et structurantes au sein des sociétés occidentales actuelles. Ces périodes complexes s'accompagnent néanmoins d'importantes modifications tant sur le plan physiologique dans l'organisme maternel, que sur le plan identitaire, familial et sociétal. Dès lors, grossesse et maternité peuvent générer des décompensations de pathologies psychiatriques antérieures ou déclencher la survenue d'un premier épisode. La psychiatrie périnatale relie deux spécialités médicales : la psychiatrie et la médecine périnatale. La psychiatrie est une spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales et des troubles psychopathologiques. La médecine périnatale quant à elle, a pour objet le soin durant la grossesse (mère et futur enfant), le soin du nouveau-né et par extension le soin du nourrisson jusqu'à l'âge d'un an environ. La psychiatrie périnatale serait alors celle de la femme enceinte, de la future mère et du nouveau-né. Ce sont ces nombreux personnages qui suscitent la survenue du caractère spécifique de ce que l'on peut désigner de « champ de la périnatalité » (1). La psychiatrie périnatale est donc une science pluridisciplinaire aux multiples objectifs : l'étude psychopathologique de la dynamique des échanges et de la triade mère-père-enfant, la prise en charge de la pathologie aiguë ou chronique de l'adulte (en général la mère), l'aide des parents dans le processus de parentalité, la surveillance des interactions précoces mère-enfant. On divise classiquement la psychiatrie périnatale en quatre étapes: du désir de conception jusqu'à la conception, la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Les premières évocations de troubles psychiatriques périnataux remontent à l'Antiquité avec la description de délires dans le post-partum. C'est en 1838 que le Docteur Esquirol, psychiatre français, décrit les troubles dépressifs survenant dans le post-partum, lesquels seront approfondis par son élève M. Marcé en 1858 (2). Celui-ci est considéré comme l'initiateur de la psychiatrie périnatale. Puis, au milieu du XXème siècle, principalement au Royaume-Uni, les travaux multidisciplinaires de psychanalystes telles M.Klein et H.Deutsch-Rosenbach, de neuro-psychiatres telle Grete Lehner Bibring, de pédiatres-psychanalystes tel D. Winnicott, ou d'éthologues tels K. Lorenz, H. Harlow de J. Bowlby (théorie de l'attachement), ont mené aux premières hospitalisations conjointes mères-enfants, puis à l'ouverture de la première unité dédiée à l'hospitalisation conjointe (2)(3). En France, c'est à Créteil au Centre Hospitalier Intercommunal en 1979 qu'est inaugurée la première unité mère-enfant (Service du Dr B.

Durand). Ainsi la surveillance de la mère, de son bébé, l'observation et la prévention de la qualité des interactions précoces mère-enfant se mirent en place.

La prévalence de DPP dans les pays occidentaux est estimée entre 6 à 10% des accouchées pour les formes mineures (4)(5)(8) et entre 2 et 6 % pour les formes sévères (6)(7)(9). Ce taux de morbidité élevé, associé aux conséquences à court et moyen termes font de cette pathologie une priorité de santé publique. En effet, pendant cette période, la souffrance psychique de la mère peut perturber les interactions précoces mère-enfant, le développement de l'enfant ainsi que les relations conjugales. Dans les formes sévères, elle peut aboutir au suicide, lequel constitue une des premières causes de décès maternels en France (10).

Cette thèse a pour objectif de mettre en évidence les questions qui se posent dans la prise en charge thérapeutique des dépressions sévères du post-partum, en particulier du risque de passage à l'acte auto agressif. Dans un premier temps, nous vous présenterons les connaissances actuelles de la DPP sévère et de la suicidalité dans le post-partum. La deuxième partie explorera, grâce à une revue de la littérature, les connaissances actuelles des prises en charges spécifiques des formes sévères de DPP en nous centrant sur la question du risque suicidaire. La présente thèse s'articulera principalement autour du premier épisode de dépression unipolaire du post-partum. La troisième partie illustrera notre travail par la prise en charge en psychiatrie périnatale de Mme L. souffrant de dépression maternelle du post-partum (DPP) d'intensité sévère compliquée d'un passage à l'acte auto-agressif. En conclusion, nous tenterons de faire des propositions de conduites à tenir dans cette période spécifique, en ouvrant sur des pistes de recherche pour ce problème majeur de santé publique.

Partie I – Dépression du post-partum d'intensité sévère: connaissances actuelles et spécificités cliniques.

1. Définition de la dépression du post-partum d'intensité sévère dans les classifications internationales.

Actuellement en psychiatrie, deux nosographies internationales font référence: La Classification Internationale des Maladies (CIM) issue de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM) édité par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Elles proposent une classification et une définition clinique des pathologies de l'être humain pour la CIM, et des troubles psychiatriques pour le DSM. Cela, afin d'élaborer un consensus international autour des diagnostics.

Contrairement aux anciennes classifications internationales (DSM IV et CIM-9), les nouvelles versions introduisent d'une part, le critère « avec début périnatal » pour le DSM V et d'autre part le terme de « troubles mentaux [...] associés à la puerpéralité » pour la CIM-10 (Annexe1).

Selon le DSM V (APA ,2013) la DPP sévère répond aux caractéristiques d'un EDC « avec début périnatal » et « d'intensité sévère ». Pour cela elle doit remplir les critères suivants :

A. Les symptômes 1 et/ou 2 sont obligatoires et il faut réunir 7 critères ou plus pendant une durée \geq deux semaines. Un symptôme ne peut être retenu que s'il représente un changement par rapport à l'état antérieur et s'il ne peut être imputé à une autre affection médicale.

1.Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, rapportée de façon subjective (sentiment de tristesse, de vide ...), ou par les observations de l'entourage.

2.Une réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes, ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.

3.Une perte de poids significative en l'absence de régime, ou gain de poids significatif (comme par exemple une variation supérieure ou égale à 5% de la masse corporelle en 1 mois ou moins), ou la réduction ou l'augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4.Une insomnie ou une hypersomnie présente presque tous les jours.

5.Une agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (objectivable par l'entourage, pas simple ressenti subjectif d'impatience ou de ralentissement).

7.Un sentiment d'indignité, ou de culpabilité excessive ou inappropriée, presque tous les jours.

8.Une réduction des capacités de réflexion, de concentration, ou indécision quasi quotidiennes.

9.Des pensées récurrentes autour de la mort, idéations suicidaires récurrentes avec ou sans élaboration d'un plan, ou tentative de suicide.

B. La symptomatologie est responsable d'une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères d'un trouble schizo-affectif, et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomane. NB : ce critère d'exclusion n'est pas valable si tous les épisodes maniaques ou hypomanes sont induits par une substance ou attribuables aux effets physiologiques d'une autre affection médicale.

Pour les DPP le critère « avec début périnatal » est rajouté. Ce critère regroupe les troubles du début de la grossesse jusqu'à quatre semaines après l'accouchement. Il est applicable à un EDC isolé ou récurrent, mais également à un trouble bipolaire de type I ou II, ou à un trouble psychotique bref.

Selon la CIM 10, la dépression du post partum d'intensité sévère rentre dans la catégorie F53-0 « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité non classé ailleurs ». Elle est considérée comme « sévère » si 3 symptômes majeurs et 4-5 symptômes mineurs sont présents et associés à des idées suicidaires ; en présence de symptômes psychotiques elle est qualifiée de « sévère avec symptômes psychotiques ». Ces troubles doivent apparaître dans les six semaines suivant l'accouchement.

L'exigence de standardisation à laquelle se soumettent ces classifications (DSM 5 et CIM10) impose des limites qui ne rendent pas compte de la spécificité clinique de la DPP:

-D'une part au niveau temporel :

Selon le dictionnaire des termes médicaux, le post-partum correspond à la période s'étendant de l'accouchement au retour de couches, lequel est de durée variable pour chaque femme. Cela sous entend que cette détermination devrait être adaptée à chaque femme. Or selon les classifications internationales (DSM V et CIM 10), seuls les troubles apparaissant entre quatre et six semaines du post-partum sont retenus, pour définir la DPP.

Cela met en évidence les limites induites par une standardisation temporelle trop restreinte en médecine clinique, ne s'appuyant pas sur des données empiriques.

Pourtant, de nombreuses études indiquent que le risque de DPP ne se limiterait pas à cette période de 4 à 6 semaines du post-partum. Ainsi, Pop et al. et Holt mettent en évidence dans leurs études un pic de prévalence de la DPP à respectivement 10 semaines et 9 mois du post-partum (11)(12). De ce fait, des sociétés scientifiques en santé périnatale telles la société Marcé

pour la psychiatrie, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou encore le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) étendent la période de survenue d'une DDP à un an du post-partum (13)(14).

-D'autre part au niveau sémiologique :

La spécificité clinique du post-partum n'est pas prise en compte. En effet la dépression maternelle du post-partum a souvent une expression clinique discrète qui ne remplit pas toujours les critères diagnostics d'un épisode dépressif caractérisé selon DSMV. De plus, des symptômes tels l'asthénie, l'anxiété ou les troubles du sommeil sont fréquemment attribués à une réaction adaptée du fait de l'arrivée du bébé.

Une autre spécificité de la DPP est cette sémiologie dyadique où les mères expriment plus facilement leur souffrance à travers les doléances qu'elles peuvent avoir à s'occuper de leur enfant. Ainsi, d'autres signes spécifiques au contexte du post-partum doivent impérativement être recherchés : culpabilité relative à l'absence de ressenti du bonheur attendu de la venue d'un enfant désiré, phobies d'impulsion, sentiment d'incapacité et inquiétudes inadéquates centrées sur les soins à donner au nourrisson, plaintes somatiques, tendance à l'isolement, ou encore crainte de sortir de leur foyer.

Ainsi, la DPP est une forme particulière de dépression possédant des caractéristiques cliniques spécifiques du fait du contexte post natal. De nombreuses DPP ne répondent pas au critère d'un épisode dépressif caractérisé du DSM V et de la CIM 10.

En conséquence, les classifications internationales ne semblent pas bien adaptées au diagnostic de la DPP, de part leur définition trop stricte elles peuvent induire une sous évaluation du diagnostic.

2. Spécificité et hétérogénéité cliniques de la dépression sévère du post-partum.

Contrairement aux DDP d'intensité légère ou modérée, le début des DDP d'intensité sévère n'est pas souvent insidieux, le tableau présente une symptomatologie franche pouvant être associée à des idées délirantes qui ont l'avantage de ne passer pas inaperçues dans la majorité des cas. Elles représentent moins de 10% des DPP, mais ont un risque de passage à l'acte auto-agressif plus important (7)(15). Les éléments sémiologiques spécifiques sont très hétérogènes et souvent centrés sur la relation à l'enfant.

Selon certaines études, il existe deux tableaux cliniques différents du point de vue de la sévérité symptomatique du trouble : les DPP précoces et les DPP tardives.

Les dépressions précoces apparaissent dans le 1^{er} mois du post-partum et sont le plus souvent des dépressions sévères. La sémiologie d'un syndrome dépressif franc et complet est caractérisée par une triade symptomatique (16):

- une humeur dépressive associant une tristesse, des pleurs « sans raison », une anhédonie, une vision pessimiste de soi, une péjoration de l'avenir ; une culpabilité d'être malade, de ne pas retirer de joie de la maternité, une alexithymie sur les performances parentales. Peuvent être retrouvées des idéations morbides ou suicidaires avec ou sans scénario précis ainsi qu'une symptomatologie confuso-déliante dans les formes les plus graves. Dans certains cas, la tristesse est au second plan, masquée par une irritabilité dirigée vers l'époux ou les autres enfants. Ces accès inhabituels et anormalement durables sont repérés par la patiente ou son entourage.
- un ralentissement psychomoteur important associant une bradypsychie, un trouble de l'attention ou de la concentration, une diminution des mimiques faciales ou de la gestuelle. Une anxiété massive peut mettre la mère dans un état d'hyper vigilance dans l'attente de la survenue d'une catastrophe imminente inévitable entraînant une agitation (allées et venues incessantes, activités désorganisées et improductives).
- des signes somatiques associés marqués par une asthénie à prédominance matinale, une perte ou un gain de l'appétit, des troubles du sommeil ainsi que des plaintes somatiques multiples, le plus souvent douloureuses.

Dans le cas des dépressions postnatales précoces, le diagnostic est classiquement assez aisé avec une symptomatologie sévère parfois accompagnée d'éléments psychotiques.

Les dépressions tardives du post-partum apparaissent fréquemment entre le 2^e et 12^e mois du post-partum. Leur diagnostic est plus délicat, la majorité de ces dépressions ne remplissant pas les critères diagnostic des classifications internationales. Elles sont le plus souvent d'intensité modérée et d'évolution traînante.

Des signes peu spécifiques peuvent être constatés :

- troubles du sommeil le plus souvent à type d'endormissement,
- troubles de l'orexie: à type d'anorexie majoritairement. Une perte de poids supérieure à celle observée dans ce contexte post natal doit alerter
- plaintes somatiques multiples (céphalées, douleurs abdominales...)
- tendance à l'isolement, crainte de sortir
- troubles de la mémoire et de la concentration
- baisse de la libido qui persiste plusieurs mois dans la DPP
- perte des intérêts habituels : difficilement évaluable étant donné le changement de vie qu'entraîne l'arrivée d'un enfant (15)(16)(17)(18).

A noter que dans les formes sévères ces symptômes peuvent être masqués par une censure maternelle mais surtout par des éléments persécutifs rendant le diagnostique plus difficile (cf. Partie 3-Discussion). En l'absence de définition consensuelle retrouvée, la censure maternelle peut être définie par la minimisation ou la dissimulation volontaire de symptômes pendant le post-partum, contrairement au déni qui relève du processus inconscient. La censure maternelle semble spécifique à la psychopathologie de la période périnatale, période considérée dans nos sociétés comme des événements de vie heureux et épanouissants pour les parents.

En 2014, le Lancet publie une étude sur l'hétérogénéité des symptômes dans la DPP dans le but d'identifier des sous types cliniques. Dans ces sous types les caractéristiques principales étaient la sévérité, la période d'apparition des symptômes, la comorbidité anxieuse et les IDS. Le modèle final mettait en évidence trois sous types avec des caractéristiques différentes (19):

Le sous type 1 : d'intensité légère avec un score moyen EPDS à 10,5 :

- absence de tristesse de l'humeur et/ou d'anxiété (92%)
- début des symptômes dans le post-partum (89%)
- présence de complication pendant la grossesse (67%)
- absence de complications obstétricales (77%)
- pas d'ATCD de troubles de l'humeur (53%)
- pas d'ATCD de troubles anxieux (85%)
- pas d'IDS (87%)

Sous type 2: D'intensité modérée avec un score moyen EPDS à 14,8 :

- présence d'une tristesse de l'humeur et/ou d'anxiété modérées
- début des symptômes quatre semaines dans le post-partum (62%)
- absence de complications obstétricales (74%)

- présence de complications pendant la grossesse (69%)
- ATCD de troubles de l'humeur (57%)
- absence d'ATCD de troubles anxieux (54%)
- pas d'IDS (80%)

Sous type 3: D'intensité sévère avec un score moyen EPDS à 20,1 :

- présence d'une tristesse de l'humeur et/ou d'anxiété d'intensité sévères
- début des symptômes pendant la grossesse (67%)
- absence de complications obstétricales (57%)
- présence de complications pendant la grossesse (29%)
- présence d'ATCD de troubles de l'humeur (83%)
- présence d'ATCD de troubles anxieux (61%)
- IDS très fréquentes (67%)

Les DPP échappent, pour la plupart, à l'investigation psychiatrique et donc au traitement. Leurs diverses dénominations ont longtemps reflété la difficulté de leur diagnostic : « dépression mineure », « atypique », « névrotique ». Cette étude descriptive du Lancet indique l'intérêt d'étudier l'hétérogénéité des symptômes de la DPP afin de définir des sous types cliniques de la DPP ; ceci dans le but de faciliter le diagnostic et leur prise en charge.

3. Prévalence de la DPP sévère

La prévalence se situe entre 2 et 6 % selon les études, avec un pic d'incidence entre la 6^e et 8^e semaine du post-partum (6)(7)(9). Sa variation est due à plusieurs paramètres :

- les critères diagnostics choisis tant au niveau sémiologique que temporel
- la date du dépistage par rapport au post-partum
- la méthode d'évaluation choisie.

4. Caractéristiques évolutives.

Elles sont mal connues, les résultats variant suivant la méthode et les conditions d'évaluations utilisées. Selon les études, les épisodes dépressifs caractérisés du post-partum évalués par un entretien selon les critères limités du DSM IV ou de la CIM 10 ont une évolution

péjorative avec 50 % des femmes qui présenteraient encore des symptômes dépressifs à un an, même si le nombre de critères est insuffisant pour retenir le diagnostic (6).

Le risque de récurrence dépressive en post-partum lors d'une grossesse ultérieure a été quant à lui évalué de 40 à 50 % par certaines études (17)(20)(21). Chez les patientes ayant présenté un EDC avec caractéristiques psychotiques lors d'une grossesse antérieure, il existe un risque très élevé de récurrence (50 %-70 %) sur le même mode (22). Ce chiffre à lui seul justifierait d'un repérage des antécédents de DPP à rechercher systématiquement en maternité.

5. Facteurs de risques de DPP.

Malgré les nombreuses études épidémiologiques réalisées sur les DPP, les facteurs de risques de développer une DPP sont souvent controversés. La controverse peut s'expliquer par les différentes méthodes d'évaluation et diagnostics choisies.

5.1. Facteurs de risques psychiatriques.

Les antécédents personnels de dépression postnatale ou à toute autre période de la vie et l'existence de manifestations anxieuses ou dépressives prénatales augmentent significativement le risque de survenue de DPP (23)(24). Un post-partum blues sévère pourrait annoncer une DPP(15)(25). Plusieurs méta-analyses ont confirmé que l'anxiété prénatale était un facteur prédictif de DPP, dont l'intensité apparaît corrélée à l'intensité des manifestations dépressives du post-partum(17).

Selon certains auteurs 10 à 33% des DPP « seraient la prolongation ou la récurrence d'une dépression déjà présente pendant la grossesse » (15)(17)(26).

Les troubles de la personnalité et les PTSD sont fréquemment associés aux DPP (27)(28).

Avec une prévalence qui varie entre 18,6 et 20,7%, le syndrome prémenstruel constituerait lui aussi un facteur de risque significatif de DPP dans la première année du post (18)(29).

Les études sur les antécédents familiaux de DPP montrent quelques discordances : O'Hara et al. ne les identifient pas comme des facteurs de risques formels (17) contrairement à deux études plus récentes :

- l'étude de Forty et al. se fonde sur l'étude sur 44 femmes et leurs jumeaux avec une dépression unipolaire a montré que 42% d'entre elles développaient une dépression à la première grossesse comparée à seulement 15% des femmes sans antécédents (30).

- l'étude de Murphy- Eberenz et al. : cette recherche portant sur 328 femmes dont au moins une sœur avait comme antécédent psychiatrique une DPP, a mis en évidence que ces femmes avaient un risque élevé de développer à leur tour une DPP (31).

5.2. Facteurs de risques socio-économiques et démographiques.

Ils font partie des facteurs d'influence, qui associés à d'autres, peuvent favoriser l'apparition de DPP. Selon une étude, les facteurs socio-économiques non favorables sont faiblement mais significativement associés à l'apparition d'une DPP, ce qui ne semble pas correspondre à la réalité (24).

Il a été mis en évidence que l'absence ou un faible soutien social et/ou conjugal, la précarité, une classe socio-économique défavorisée peuvent contribuer à l'apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive dans le post-partum. De même, les populations avec un niveau éducatif bas, semblent plus à risque de développer une DPP (17)(32)(33). Les grossesses chez les adolescentes, l'instabilité professionnelle, l'absence de reprise de l'activité après le congé maternité, peuvent favoriser l'apparition de troubles de l'humeur telle la DPP. En effet, il arrive que ces conditions engendrent une baisse de l'estime de soi et un isolement social, lequel constitue un facteur de vulnérabilité important (17).

Les antécédents de violence subies durant l'enfance, les événements de vie négatifs et les abus dans l'ensemble (carences et négligences sévères) montrent une association significative à l'apparition d'une DPP (34)(35).

5.3. Facteurs de risques neuroendocriniens.

Un certain nombre d'études se sont intéressées aux facteurs endocriniens, du fait du bouleversement hormonal en post natal. Cependant ces recherches, portant sur l'hypothèse neuroendocrinienne des DPP n'ont pas permis de retenir des résultats significatifs chez les femmes souffrant de DPP, hormis pour les dysfonctionnement thyroïdiens du post partum (36). En 2013, Buttner et al. s'intéressent au rôle des hormones ovariennes, en particulier de l'œstradiol, dans la modulation de la transmission de la sérotonine. A la fin de la grossesse, les taux d'œstradiol atteignent jusqu'à 50 fois le niveau maximal du cycle menstruel et chutent au cours des trois premiers jours du post-partum. Cette baisse rapide du taux d'œstradiol peut interagir avec la transmission de sérotonine, ce qui augmente le risque de dépression pendant le post-partum. Cette hypothèse est applicable également au syndrome prémenstruel (39).

5.4. Facteurs de risques gynéco-obstétricaux.

Les complications obstétricales semblent être considérées comme facteurs mineurs car significativement, mais faiblement associés à une augmentation du risque de DPP (17)(24)(37). Cependant, une grossesse pathologique ou à risque (par exemple, une suspicion d'anomalie fœtale) augmente considérablement le risque d'anxiété prénatale, laquelle est considérée comme un facteur de risque important de DPP (cf. « Facteurs de risques psychiatriques »).

Selon Stowe et al., la parité et l'allaitement n'apparaissent pas comme facteurs de risque survenue d'une DPP (38).

Une grossesse chez les adolescentes et/ou non planifiée et/ou l'absence de planification de la grossesse augmenterait le risque de survenue de DPP. Il en serait de même pour l'absence de séances de préparation à la naissance (32)(39).

Ainsi, de nombreuses études ont tenté d'identifier les facteurs de risques de DPP, afin d'améliorer les interventions de dépistage et de prise en charge pour mieux cibler les patientes à risques. L'entretien précoce maintenant théoriquement obligatoirement proposé (plan périnatalité), dit entretien « entretien du 4^{ème} mois » pourrait théoriquement aider à les repérer.

6. Conséquence de la DPP sur les interactions mère-bébé et sur le développement de l'enfant.

6.1. Conséquences précoces sur la dyade mère-enfant.

Généralement les mères souffrant de DPP sont moins sensibles aux besoins de leur enfant. Elles verbalisent une diminution des comportements intuitifs, une difficulté à répondre aux besoins de leur enfant, un manque d'envie, voire une incapacité à s'en occuper, de peur de mal faire. Ceci engendre une non-disponibilité de la mère pour son enfant avec pour conséquence une limitation des interactions. Celles-ci sont indispensables. Des patterns ou des configurations d'interactions avec un rythme et un « style » se construisent progressivement au cours de la première année de la vie. Elles détermineront le style d'Attachement que l'enfant internalisera. Selon J.Bowlby la notion d'attachement fait référence à une composante innée et acquise. Le sujet a un besoin primaire de s'attacher à sa figure d'attachement (en général sa mère), laquelle constitue une base de sécurité pour l'exploration. Le type d'attachement dépend de l'apprentissage des liens affectifs construits dans l'enfance auprès de sa figure d'attachement.

Les schèmes innés (Objets opérants internes ou Internal Working Models) consistent à rechercher la proximité affective et physique avec la figure d'attachement, tandis que les schèmes acquis consistent à s'adapter physiquement, émotionnellement et cognitivement aux réponses de la figure d'attachement. L'Attachement est nécessaire à la structuration de la personnalité de l'enfant (43)(44).

Deux modes d'interaction mère-enfant sont décrits:

- le mode « retrait »: elles sont désengagées, non réactives, affectivement neutres et soutiennent peu l'activité de leur nourrisson. Celui-ci est incapable de s'adapter à cet état négatif ou de l'autoréguler, et il devient passif, se replie sur lui-même et adopte des comportements autorégulés comme sucer son pouce de manière intensive.
- le mode « intrusif »: les mères affichent un affect hostile qui perturbe l'activité du nourrisson. Ce dernier ressent de la colère, met en place des conduites d'évitement il se détourne de sa mère pour limiter son intrusion (mode protecteur d'adaptation) (40)(42).

6.2. Conséquences sur le développement précoce du nourrisson.

L'on a vu précédemment que la DPP peut être source de distorsions interactives voire d'une paucité des interactions mère-enfant. De ce fait, des carences affectives peuvent se mettre en place, engendrant à leur tour de multiples conséquences négatives sur la personnalité et le développement cognitif, affectif et comportemental de l'enfant.

Certaines études tendent à mettre en évidence que les nourrissons de sexe masculin seraient plus vulnérables et perturbés par ses échanges de mauvaise qualité que les nourrissons de sexe féminin (43)(44)(156). Ceci serait en lien avec des capacités de régulation de moins bonne qualité chez les bébés de sexe masculin.

-Sur le plan cognitif :

Selon une étude princeps de Murray et al., on retrouve un risque plus élevé d'atteinte des fonctions cognitives chez les nourrissons de mères souffrant de DPP par rapport à la population générale (43). Les manifestations sont variées : communication interpersonnelle altérée tant au niveau de la fréquence de l'adresse verbale, de la qualité de la voix, du contact visuel, de la qualité de l'expression que des réponses émotionnelles (45)(46)(47)(48).

-Sur le plan affectif :

Les carences affectives entraînent une limitation des échanges vocaux ou visuels avec son environnement. Les nourrissons adoptent un comportement d'évitement, de fuite, sont moins souriants avec un certain repli sur eux-mêmes (49).

-Sur le plan comportemental :

On retrouve essentiellement des symptômes fonctionnels tels des pleurs prolongés et /ou des troubles du sommeil variables en fonction de l'âge. En 2013, une étude a démontré une association significative entre des pleurs quotidiens prolongés > 20 minutes et la DPP (EPDS >9 à 8 semaines du post partum). Bien que la causalité ne puisse pas être déterminée de manière certaine, la dépression maternelle s'aggrave-t-elle parce que faire face à un nourrisson en difficulté est source de stress et nécessite des ressources affectives importantes, ou est-ce que la dépression engendre une vulnérabilité de la régulation des cycles veille-sommeil chez le nourrisson ? Il semble exister une corrélation entre les deux qu'il faut appréhender. Les insomnies précoces du nourrisson sont reliées aux troubles du sommeil maternel et l'un et l'autre sont corrélés à la DPP maternelle. La période de réajustement du sommeil du nourrisson jusqu'à 4 mois, où les stimuli de faim et de satiété rythment le cycle du sommeil ne sont pas concernés et ont été exclus dans les recherches (50)(51). Les troubles du sommeil peuvent être un signal d'alarme en faveur d'une DPP. Leur fréquence et le risque de banalisation empêchent souvent de les considérer comme tels (Annexe 2).

6.3. Conséquences sur le développement des enfants en âge scolaire et les adolescents.

Sans vocation à être exhaustif, ce paragraphe a pour but de rappeler que les conséquences de la DPP sur l'enfant ne sont pas limitées à la première enfance, mais elles peuvent toucher les tout-petits, les enfants d'âge préscolaire et ceux d'âge scolaire. Une dépression qui se manifeste plus tard influe sur le développement de l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent (52). Ainsi Weissman et al. ont évalué 91 familles comptant 220 enfants âgés de six à vingt-trois ans sur une période de dix ans. Les résultats indiquent un taux plus élevé de dépression, de phobies, de troubles panique et de dépendance à l'alcool chez les enfants dont les parents étaient atteints de dépression comparé au groupe de parents ne souffrant pas de dépression. Contrairement à la petite enfance où les bébés de sexe masculin seraient plus vulnérables aux échanges de mauvaise qualité, le ratio fille/garçons s'inverse à l'adolescence (53)(54). Certaines études suggèrent toutefois que le risque induit par la DPP ne devient consistant qu'en association avec d'autres

facteurs dont la récurrence ou la chronicité des troubles dépressifs maternels (Longitudinal Study of Maternal Depressive Symptoms and Child Well-Being ; Effects of Maternal Depression on Cognitive Development of Children Over the First 7 Years of Life). L'annexe 2 résume les conséquences de la dépression maternelle à toutes les étapes, du fœtus jusqu'à l'adolescence (Annexe 2).

6.4. Conséquences sur le couple.

Nous avons vu précédemment, que les conflits conjugaux constituent un facteur de risque important de développement d'une DPP. Mais il existe également un lien significatif entre les DPP maternelles et la dégradation des relations conjugales du fait des symptômes de cette pathologie, notamment l'irritabilité. Ainsi les DPP peuvent aboutir à l'apparition ou à la majoration de conflits conjugaux pouvant aller jusqu'à la séparation des parents. De ce fait il est important de mener les investigations nécessaires afin de définir si la dégradation de la qualité du lien conjugal est antérieure ou pas à la survenue de la DPP. De plus, la dépression maternelle est corrélée au risque de dépression paternelle. En 2010, une revue de la littérature reprenant 20 études a mis en évidence l'augmentation de l'incidence de la dépression paternelle chez les pères ayant une conjointe déprimée pendant le post-partum comparée à la population générale dans la première année du post-partum (respectivement 24-50% vs 1,2-25,5%) (55).

7. Suicidalité dans le péripartum.

Plusieurs études montrent un taux de suicide moins élevé en période périnatale qu'à une autre période de la vie (56)(57). La prévalence du risque suicidaire serait évaluée entre 26,4 et 34,1% chez les patientes souffrant de dépression gravidique, et entre 18,4 et 30,6% chez les patientes souffrant de DPP d'intensité modérée à sévère (58). Appleby et al. montraient dans leur étude que les suicides maternels pendant la première année de vie de l'enfant étaient jusqu'à six fois moins nombreux que chez les femmes de même âge, ne venant pas d'accoucher (56). Ceci laissait à penser que la maternité aurait un rôle protecteur contre le passage à l'acte auto agressif chez les femmes en période périnatale (57). Selon Qin P. et al., avoir un enfant âgé de moins de deux ans serait un facteur protecteur de passage à l'acte auto agressif chez les femmes (57). Plus récemment, avec l'apparition de nouvelles définitions, particulièrement en ce qui concerne la mortalité maternelle, la place du suicide maternel a été reconsidérée. Une sous estimation de ce dernier a été mise en évidence. Le rôle protecteur de la maternité est alors remis en question (10).

Ainsi en 2003, selon Oates et al. l'incidence des suicides en période périnatale et en dehors de cette période était très proche (respectivement 3/100000 versus 3, 4/100000) (59).

7.1. Définition et données bibliographiques.

7.1.1. Crise suicidaire.

Dans la conférence de consensus française de 2000, la crise suicidaire « *constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. Elle est un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. (...) Ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents ; lorsqu'ils existent, ils se manifestent par des signes peu spécifiques et ne*

permettent pas de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Il n'y a pas un consensus international sur ces critères de définition » (60).

Lors de cette conférence de consensus nationale, il est intéressant de noter l'importance attribuée au « *caractère inapparent* » et « *aspécifique* » de la symptomatologie de la crise suicidaire. Les DPP se caractérisent également par l'aspécificité de leur sémiologie. Quant au caractère « *inapparent* » des troubles, il est aussi décrit dans les DPP, probablement en partie du fait de la censure maternelle. Ainsi dans la DPP, la crise suicidaire semble d'autant plus difficile à repérer.

7.1.2. Idéations suicidaires.

Selon le dictionnaire historique de la langue française, une idée suicidaire (IDS) est « *l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort* » (Dictionnaire historique de la langue française, 2000). Il ne semble pas y avoir de définition française consensuelle utilisée par les chercheurs. La définition anglo-saxonne d'O 'Carroll se limite seulement à l'intention suicidaire: « *Suicidal ideation : any self-reported thoughts of engaging in suiciderelated behavior* ». Cela peut être traduit en français par « *idée suicidaire : toute pensée de commettre un comportement suicidaire ou dans laquelle elle commet un acte suicidaire*» (61). De fait, peu d'études ont été réalisées sur les IDS dans le post-partum. Pourtant les IDS sont la première cause d'hospitalisation en psychiatrie pendant la période périnatale (62)(63).

Selon plusieurs études la prévalence des IDS serait comprise entre 3 et 4% à 6 semaines du post-partum, ces résultats sont légèrement supérieurs à la prévalence des IDS sur une année dans la population générale féminine qui est évaluée à 2% (64)(65)(66)(67). Il s'agit déjà d'un taux multiplié par deux. De plus si l'on regarde la population des femmes souffrant de DPP, en 2013, Pope et al. mettaient en évidence une prévalence d'IDS de 16, 9% chez les femmes déprimées dans le post-partum (68). Il s'avère donc important de ne pas sous-évaluer les IDS et de les rechercher systématiquement dans les DPP.

7.1.3. Conduites suicidaires.

Selon l'expertise collective de 2004 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM), les conduites suicidaires sont « *une variété de comportements qualifiés soit de tentatives de suicide, soit de suicide, à classer selon différents paramètres :*

- *intentionnalité suicidaire (désir de fuite, de vengeance, suicide altruiste, prise de risque, comportement ordalique, auto sacrificiel) ;*
- *idéation suicidaire ;*
- *moyen utilisé (violent ou non) ;*
- *degré de létalité (nécessité ou non d'une hospitalisation en soins intensifs) ;*
- *importance des altérations du fonctionnement cognitif (agressivité, impulsivité) ;*
- *circonstances aggravantes ou précipitantes (confusion mentale, intoxication, contexte sociodémographique particulier) ;*
- *présence de comorbidités psychiatriques et/ou médicales » (69).*

« *Ces paramètres étant subjectifs il semble difficile d'établir une classification précise des comportements suicidaires » (69).*

7.1.4. Tentatives de suicide.

L'OMS définit une tentative de suicide comme « *tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique.*».(70)

Pour l'ANAES, la tentative de suicide est « *la conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir* ». La menace de passage à l'acte auto agressif est « *une conduite faisant craindre la réalisation à court terme d'une tentative de suicide* » (60).

La définition anglo-saxonne d'O'Carroll est la suivante : « *Suicide attempt : a potentially self-injurious behavior with a non-fatal outcome, for which there is evidence (explicit or implicit) that the person intended at some level to kill himself/herself* » (61). Cela peut être traduit en français par : « *Tentative de suicide : comportement potentiellement auto agressif dont l'issue n'est pas fatale, et pour lequel il existe des preuves explicites ou implicites de l'intention suicidaire* ».

Tout comme pour les IDS, peu d'études ont été réalisées sur les tentatives de suicide dans le post-partum. Selon l'étude d'Haley et al., un ATCD de DPP était retrouvé chez 24 à 49% des patientes ayant fait une tentative de suicide dans le post-partum. Les tentatives de suicide

seraient plus fréquentes dans les 12 premiers mois du post-partum (72). On retrouve une recherche publiée en 1995 par Appleby, spécialiste de la DPP qui recense les consultations aux urgences pour des tentatives de suicide dans la première année du post-partum ; ces consultations seraient deux fois moins importantes qu'à une autre période de la vie (71). En 2006, plus de dix ans plus tard, Schiff MA et al. retrouveront dans leur étude une prévalence de passage à l'acte auto-agressif encore moins importante dans le post-partum de 43,9 pour 100000 naissances (72). Ainsi, le risque de passage à l'acte auto-agressif serait plus faible dans le post-partum selon ces études. De ces résultats, peut se poser la question d'une sous-estimation ou du rôle protecteur de la maternité.

7.1.5. Suicides et mortalité maternels.

Le suicide est, selon la définition de l'OMS, « *un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale* » (70). L'OMS définit la mort maternelle comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite* » (73). Ce n'est qu'en 1993 avec la 10^{ème} révision de la CIM 10, que la place du suicide maternel a été repensée en introduisant la notion de « *mort liée à la grossesse* » en intégrant les décès maternels de toutes causes. En effet, dans l'ancienne version de la classification internationale des maladies (CIM 9, 1975), les « *suicides* » étaient considérés comme décès accidentels et n'étaient peu, ou pas du tout pris en compte dans les morts maternelles entraînant une sous estimation, une méconnaissance de la question du suicide en période périnatale.

En 2012, l'OMS émet de nouvelles recommandations pour la classification des morts maternelles concernant le suicide : il est maintenant recommandé de classer en mort maternelle directe tout suicide de femme survenant pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de celle-ci, et en mort maternelle tardive tout suicide survenant entre 43 et 365 jours après la fin de la grossesse. Ces recommandations visent à diminuer la sous estimation des suicides en période périnatale (74).

Cette nouvelle règle n'a pas pu être appliquée dans le rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle de l'enquête nationale sur les morts maternelles 2007-2009, effectuée sous la directive de la Haute Autorité de Santé. Cependant, il est possible de calculer le nombre

de suicides qui auraient été inclus dans la mortalité maternelle si la règle de 2012 avait été suivie (74).

Entre 2007-2009, sur 254 décès maternels 62 suicides sont survenus en France chez les femmes enceintes ou ayant accouché dans l'année précédente :

- 4 suicides pendant la grossesse
- 1 suicide dans les suites une IVG
- 4 suicides dans les 42 jours suivant une naissance
- 47 suicides entre le 43^{ème} et 365^{ème} jour après une naissance
- 6 suicides à un moment non précisé.

Le délai médian de survenu d'un suicide après une naissance était de 179 jours soit environ six mois.

Si ces nouvelles recommandations avaient été appliquées le taux global de mortalité maternelle pour 2007- 2009 aurait été de 12,8/100 000NV (vs 10,3/100000 NV), et les suicides représenteraient 20 % des morts maternelles. Le suicide deviendrait alors la première cause de décès maternel, la 2^e et 3^eme place étant respectivement occupée par les hémorragies de la délivrance (18,1%) et les maladies thromboemboliques (11,8%).

Des études réalisées dans d'autres pays retrouvent elles aussi le suicide comme première cause de décès maternels : aux Pays Bas, 30,7% de suicide dans les morts maternelles indirectes (75) ; au Royaume uni : 28% de suicides dans les morts maternelles (59) ; en Australie (Cliffe, Black, Bryant, & Sullivan, 2008) et aux Etats Unis (76) c'est la première cause de mort maternelle.

Ainsi d'après les données de la bibliographie, le suicide semble occuper le premier rang de la mortalité maternelle en période périnatale. En ce qui concerne les modalités de passage à l'acte suicidaire, une forte intentionnalité suicidaire apparaît du fait de l'utilisation de moyens létaux très violents tels que la précipitation ou la pendaison (56)(59)(75).

7.2. Facteurs de risques.

7.2.1. Facteurs de risques psychiatriques.

Ils semblent être les plus importants (86). Une pathologie mentale sévère a un impact majeur sur le risque de suicide. Ainsi Appleby et al. estimaient un risque de suicide multiplié par 70 chez les patientes hospitalisées en psychiatrie, dans la première année du post-partum (78). Selon les études, les antécédents personnels d'IDS ou de TS sont des facteurs de risques à long et à court terme d'un passage à l'acte auto-agressif. Toujours selon les études de Oates M., plus de deux tiers des femmes décédées par suicide pendant la période périnatale souffriraient d'une pathologie psychiatrique (59). Les antécédents d'hospitalisation en service de psychiatrie multiplieraient le risque de passage à l'acte auto-agressif dans le post partum par vingt sept (79). La majorité des études retrouvées traite de la dépression du péripartum et montrent une association significative avec le risque de passage à l'acte auto agressif avec cette dernière. On peut évoquer l'isolement, une anxiété, secondaires à l'arrivée du bébé ou le manque d'accès à de l'aide médico-psychologique comme causes potentielles. Selon ces études les femmes présentant une DPP sévère auraient plus de risques d'avoir des IDS ou d'avoir un passage à l'acte auto - agressif pendant le post-partum (65)(80)(81). Le risque suicidaire serait d'autant plus élevé que l'intensité de la dépression serait sévère (64)(65)(82). Dans une étude de Mauri et al. environ une femme sur quatre présentant une DPP avaient des IDS (58). Et selon Healey et al. 24 à 49% des femmes présentant une DPP feraient une tentative de suicide (82). Aucune association significative n'est retrouvée pour les troubles psychotiques (83).

Coté addictions, peu d'études traitent de l'association entre IDS, suicide, addictions et DPP ; les résultats divergent (79). Ces données récentes semblent importantes à étudier, devant une consommation de cannabis qui ne cesse d'augmenter en France y compris chez les femmes enceintes.

Les études s'intéressant aux conduites suicidaires chez les patientes souffrant de DPP et ayant des ATCD familiaux de suicide et de tentative de suicide ne retrouvent pas d'association significative entre ces deux items (81)(83)(84).

7.2.2. Facteurs de risques socio-économiques.

Les facteurs de risques socio-économiques auraient un plus grand impact pendant la grossesse que dans le post-partum selon les études citées ci-dessous.

- le célibat : seulement deux études sur neuf établissent un lien entre le célibat et le risque suicidaire. En conséquence il paraît difficile d'en conclure un lien significatif, d'autant plus que ces études ne prennent pas en compte un éventuel étayage familial et/ou amical (65)(85).
- un faible niveau éducatif : celui-ci semble peu probable avec seulement deux études sur six qui montrent une association significative (79)(85).
- les antécédents de maltraitance dans l'enfance : une seule étude est retrouvée dont les résultats ne sont pas significatifs (87). Or, on constate dans la pratique clinique que les ATCD de maltraitance sont souvent cachés par les patients, peu recherchés par les médecins, donc mal ou sous évalués. Cette sous évaluation pourrait expliquer ce résultat.
- la parité : sur sept études, seulement deux mettent en évidence que la multiparité pourrait être un facteur de risques d'IDS ou de passage à l'acte auto agressif pendant le post partum(64)(72).

7.2.3. Facteurs de risques gynéco obstétricaux et néonataux.

Le désir de maternité associé à un investissement affectif de qualité semblent importants dans le péripartum, puisque selon les études de Pinheiro et al., et Tavares et al., une grossesse non planifiée et des antécédents d'idées d'avortement montrent une augmentation significative du risque suicidaire à cette période(84)(85).

Le risque suicidaire augmenterait de manière significative dans le post-partum en cas de facteurs de risques gynéco-obstétricaux : après une IVG, le taux de suicide serait multiplié par six par rapport au taux de suicide après une naissance vivante ; et après une FCS, le taux de suicide serait multiplié par trois par rapport au taux de suicide après une naissance vivante (88) ; enfin l'accouchement d'un bébé mort né augmenterait aussi le taux de suicide de six fois par rapport au taux de suicide général en post-partum (56).

Quant à l'âge maternel, les résultats sont controversés ; sur huit études analysant l'âge maternel comme facteur de risque de suicidalité dans le post-partum quatre concluent à une significativité notamment chez les patientes mineures (64)(79)(84)(87). Cette dernière étude peut être critiquée dans le sens où un âge maternel avancé est un facteur de risque de complications gynéco-obstétricales, et le risque suicidaire augmentant de façon significative dans le post-partum en cas de survenue de complications gynéco-obstétricales (26)(88).

7.3. Facteurs protecteurs.

Selon les études, les jeunes mères se suicideraient de 2 à 6 fois moins lors de la première année de vie de l'enfant que les femmes de même âge ne venant pas d'accoucher (56). Avoir un enfant de moins de deux ans constituerait un facteur protecteur du suicide chez la femme (57). Ceci serait expliqué par la présence du bébé, l'investissement, le sentiment d'utilité et de responsabilité envers celui-ci (57)(56). Le taux plus faible de suicide dans le post-partum pourrait être également expliqué par l'étayage relativement important, aussi bien par les proches que par les professionnels de santé, dont bénéficient les femmes durant cette période.

7.4. Conséquences des conduites suicidaires.

En 2014, Sockol et al. s'intéressent aux interactions mère-enfant grâce à une étude rétrospective incluant 180 patientes souffrant de DPP. Il conclue que les patientes présentant des IDS développeront des interactions de mauvaises qualités (rejet à leur égard), et seraient plus à risque de maltraitance que le groupe contrôle (89). Une autre étude conclue que les mères souffrant de DPP sévères à haut risque suicidaire ont une baisse de l'estime de soi, de plus grands doutes sur leurs capacités maternelles et leur lien avec l'enfant. Leurs enfants semblent présenter moins d'affects positifs et de volonté à interagir avec leur mère.

Dans cette première partie nous avons pu constater que les DPP d'intensité sévère, d'autant plus si elles sont associées à un risque suicidaire peuvent avoir de graves conséquences comme le suicide. Nous allons explorer dans la deuxième partie les connaissances actuelles des prises en charges spécifiques des formes sévères de DPP en nous centrant sur la question du risque suicidaire.

Partie 2 : PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES DEPRESSIONS MATERNELLES SEVERES ET DE LA SUICIDALITE DANS LE POST PARTUM

Une dépression du post-partum non traitée peut avoir de graves répercussions sur la mère et au sein de la famille. Il est donc impératif de mettre en place une stratégie de soin adaptée pour la patiente et son entourage afin d'éviter ses répercussions.

1. La psychiatrie périnatale en France.

1.1. Le cadre législatif.

Le cadre législatif se construit à partir de la fin du XXème siècle. Dans la circulaire n° 70 du 11 décembre 1992, le ministère de la Santé met l'accent sur l'importance de la prévention maternelle, des troubles mentaux et la nécessité de privilégier des prise en charge mère-enfant, notamment via les unités d'hospitalisation mère-enfant. En 1993, un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « Rapport sur les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes », attire l'attention sur « l'importance des troubles psychiatriques gravido-puerpéraux et sur l'impérieuse nécessité de conduire des recherches dans ce domaine pour proposer des mesures préventives ». La circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 met en place le cadre nécessaire à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. La circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006, relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité, fournit une proposition de l'entretien prénatal précoce pour toutes les futures mères, et une organisation de l'accompagnement psychosocial. Ces circulaires et rapports sont à mettre en perspective avec le Plan d'actions psychiatrie et santé mentale 2003 (proposition n° III-05 et n° III-06) qui soulignait la nécessité de la mise en place d'une structure médico-psychologique dans toutes les maternités. De plus, les différents plans de périnatalité, notamment le « plan périnatalité 2005-2007 » soulignent l'importance de recrutement de psychologues qui seraient en lien avec les équipes d'obstétrique, de médecine néonatale, de psychiatrie de l'enfant et de l'adulte. Cela a pour objectif la réalisation de prises en charge de proximité lors des situations à haut risque psychique et/ou social, le développement d'un travail en réseau en périnatalité avec l'instauration d'un entretien

individuel dit « du quatrième mois » qui doit être proposé systématiquement aux femmes en début de grossesse (90).

1.2. Les indications.

Les missions de ce service sont doubles : une mission de soins autour de la prise en charge préventive et curative, ainsi que le suivi des pathologies psychiatriques maternelles de la grossesse et du post-partum, associée à une prévention des troubles précoces du lien parents-enfant, et une mission de formation et de recherche (91). Les indications sont nombreuses. De manière générale la psychiatrie périnatale prend en charge tous les troubles psychiques pouvant avoir un retentissement chez la future mère ou le futur bébé, du désir de conception jusqu'à 1 an après l'accouchement. En voici quelques exemples :

- Prise en charge des pathologies spécifiques de la période périnatale (baby blues, DPP, dépression gravidique, psychose puerpérale...)
- Prise en charge des patientes présentant un risque de décompensation : l'existence d'une pathologie psychiatrique préexistante doit être méthodiquement recherchée (troubles anxieux, trouble bipolaire, EDC récurrents, trouble de la personnalité, addiction...)
- Deuil : fausse couche spontanée (FCS)/mort fœtale in utero (MFIU), interruption volontaire de grossesse (IVG), interruption médicale de grossesse (IMG) ou enfant mort né;
- Souffrance liée à un accouchement traumatique ;
- Complications de la grossesse : menace d'accouchement prématuré (MAP) ;
- Trouble des interactions entre la mère et son enfant, carences de soin, maltraitance ;
- Contexte de précarité sociale ou familiale ; déficience mentale.

1.3. Organisation de la psychiatrie périnatale.

1.3.1. Les intervenants.

Cette organisation diffère selon les régions et les moyens mis à disposition. En général une équipe de psychiatrie périnatale est composée par des psychiatres et/ou pédopsychiatres, des assistantes sociales, des IDE, des psychologues, des secrétaires. Son champ d'action est multi sites : activités dans les services hospitaliers (service de gynécologie, de grossesse pathologique, de suites de couches, de psychiatrie générale...), activités dans le cadre des consultations externes (CMP, clinique etc..), activités au domicile des patientes et lors de temps institutionnels

(réunions de synthèse, liens téléphoniques...). En France, des équipes de liaison périnatale ou d'équipes mobiles se développent, permettant de diminuer le nombre nécessaire de lits en temps plein. L'équipe de psychiatrie périnatale a pour objectif commun l'amélioration de l'accès au soin et la coordination du réseau (92)(93).

1.3.2. Modalités institutionnelles.

L'équipe de psychiatrie périnatale peut donc intervenir dans différents lieux de soin. Cependant dans le cas d'une pathologie psychiatrique grave, la question d'une hospitalisation se pose. Plusieurs modalités d'hospitalisation peuvent être envisagées notamment au sein d'unités d'hospitalisation mère-enfant (UHME) à temps plein ou en hospitalisation de jour. Dans les régions où de telles structures n'existent pas, une demande de transfert peut être envisagé ; en l'absence de disponibilité, l'hospitalisation est souvent réalisée en unité de psychiatrie ouverte ou fermée selon l'intensité de la symptomatologie. Certains services de pédopsychiatrie, pédiatrie ou d'addictologie peuvent avoir des chambres pour accueillir des patientes souffrant de cette pathologie (92)(93)(94)(95)(96).

Les UHME

La prise en charge des patientes en hospitalisation conjointe est centrée sur des situations cliniques aiguës du post-partum en limitant l'admission à la première année de vie de l'enfant. Les indications d'hospitalisation sont variées allant de la prise en charge d'une décompensation psychique maternelle aiguë (psychose puerpérale, dépression du post-partum sévère, troubles anxieux envahissant) jusqu'à la prise en charge des dysfonctionnements interactifs précoces majeurs.

Les UHME permettent :

- une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse optimale,
- une réassurance institutionnelle et une protection physique notamment en cas d'idées suicidaires,
- un maintien du contact avec son enfant, contact qui permet un travail d'observation, de soutien et d'amélioration du lien mère-enfant,
- la conservation d'une image de soi positive en raison de la spécificité de la prise en charge,
- des soins spécialisés au bébé avec une adaptation quotidienne à ses besoins affectifs et développementaux.

Selon l'étude de T. Martin et al en 2003, les causes d'admission les plus fréquemment retrouvées dans les UHME en France sont : les rechutes ou épisode aigu d'un trouble psychiatrique connu (28%), une demande d'évaluation des capacités maternelles chez des patientes ayant un trouble psychiatrique (25%), les troubles des interactions mère-bébé sans autre trouble associé (10%) et une évaluation des capacités maternelles sans trouble associé (7%) (95). Selon les données de la littérature les DPP seraient à l'origine de 13 à 43% des hospitalisations en UHME en France (94).

Pourcentage d'admission des DPP dans les UHME françaises selon les études

	Pourcentage de patientes souffrant d'une dépression majeure du post partum admises dans les UHME (en dehors d'un trouble bipolaire).
Cazas et al.(1990) : 52 mères/ étude monocentrique.	13%
Durand et al.(1994) : 130 mères/ étude monocentrique	22,3 à 42%
Salmon et al. (2004) :1081 mères/ étude multicentrique	43%
Glangeaud et al. (2004) : 176 mères/ Etude multicentrique	22%
Freudenthal et al. (2010) : 869 mères/étude multicentrique	18%
Glangeaud-Freudenthal et al. (2013) : 1018 mères/étude multicentrique	18%

Une étude réalisée en France et en Belgique a recueilli des données auprès de 11 UHME entre 1999 et 2000 (176 dossiers), puis entre 2002 et 2003 (278 dossiers) afin de répondre à la question. Les résultats ont montré que 85% des femmes sortaient d'hospitalisation avec leur enfant et étaient significativement améliorées sur le plan psychiatrique. Même si plusieurs études montrent leur efficacité, on ne compte aujourd'hui que quinze UHME à temps plein et 10 unités de jours, cela ne permet pas de répondre à toutes les demandes (94)(97)(Annexe 5). Les contre-indications d'hospitalisation dans une UHME sont liées à la sévérité de la symptomatologie de la mère au moment de la demande, principalement des troubles du comportement maternel susceptibles de mettre en péril la santé de l'enfant. Le dispositif de soins en psychiatrie périnatale comprend d'autres structures tels les hôpitaux de jour ou les centres de soins ambulatoires (94).

Soins mère-enfant en hospitalisation de jour

L'hospitalisation de jour peut se faire aussi bien en amont ou en aval d'une hospitalisation complète que dans les suites d'une prise en charge en psychiatrie de liaison à la maternité ou, comme modalité de soin en tant que tel. Les hôpitaux de jour présentent de nombreuses similitudes institutionnelles avec les unités temps plein autonomes : locaux et équipe de soin spécifique, médecin responsable pédopsychiatre. L'objectif principal de la prise en charge est l'évaluation et l'amélioration des interactions mère-bébé.

Unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie « générale »

La plupart de ces unités dépendent de la psychiatrie adulte. Les modalités d'admissions doivent être adaptées au contexte puerpéral (visite de l'enfant à sa mère dans le service etc.). Leurs indications d'hospitalisation sont principalement les décompensations psychiatriques maternelles aiguës, un risque de passage à l'acte auto-agressif ou d'infanticide élevé. Très peu d'unités acceptent les demandes d'admissions pour évaluation des interactions mère-bébé (95).

Ainsi différents types d'hospitalisations sont possibles pour les patientes souffrant de DPP. L'indication de la structure dépend de l'intensité du trouble psychiatrique maternel ; de la chronicité du trouble et de son retentissement sur les interactions mère-enfant avéré ou potentiel pour une prise en charge spécifique et durable.

1.3.3. Un travail en réseau.

Plusieurs corps de métier interviennent dans la prise en charge d'une DPP. Pour une prise en charge adaptée de la patiente, un lien doit se faire entre l'équipe de psychiatrie périnatale et ces différents professionnels de santé. L'information partagée est utile à la prise en charge des patientes et doit se faire tout en respectant le secret médical. L'accord du patient est indispensable.

L'équipe médicale

Lors d'une grossesse, la future mère est en contact avec de nombreux professionnels qui pourront diriger la patiente vers une prise en charge en psychiatrie périnatale si nécessaire. Le travail en réseau de ces différents professionnels de santé est capital.

- Le médecin traitant : sa proximité avec une patiente qu'il suit en général depuis plusieurs années en fait un acteur clé, notamment dans la prévention et la prise en charge des DPP. Connaissant les antécédents médico-sociaux de la patiente il pourra la diriger vers les structures de psychiatrie périnatale si des facteurs de risques ou des symptômes précoces évoquent un risque DPP.
- Le gynécologue-obstétricien/la sage-femme : ils sont en première ligne ayant un contact direct avec la patiente au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couche. Une collaboration est indispensable. Ils pourront par exemple nous renseigner sur le déroulement de la grossesse, ou sur d'éventuels problèmes somatiques qui peuvent avoir un impact psychologique sur nos patientes.
- Le psychiatre/pédopsychiatre/ psychologue : en cas de suivi antérieur ou en cours
- La pédopsychiatrie et/ou la psychiatrie générale de liaison, si possible spécialisées en périnatalité : trois indications principales : la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la dyade mère-enfant, incluant parfois le père et la fratrie. La psychiatrie de liaison permet d'établir un lien avec les soignants de première ligne qui la sollicitent en cas de suspicion de troubles psychiatriques. Les lieux d'intervention sont variés allant du lit du patient aux unités de soins intensifs (98).
- Le néonatalogiste/le pédiatre : il surveille le développement du nouveau-né, mais aussi la relation mère-enfant, qui se met en place. Certains comportements de la mère et de l'enfant peuvent s'avérer révélateurs de DPP.

L'équipe sociale et protection de l'enfance

- Elle comprend les assistants de service social de la maternité ou de l'hôpital et les assistants de service social de secteur. Leur médiation avec les instances sociales, politiques et juridiques permet d'aider les patientes confrontées à des problèmes d'ordre familial, professionnel, médical, financier, etc.
- La protection maternelle et infantile (PMI) : La PMI a été créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945, 5 100 centres de PMI exercent aujourd'hui en France des missions de prévention et de protection sanitaire et sociale destinées aux femmes enceintes, aux parents et à leurs enfants de 0 à 6 ans. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, sages-femmes, puéricultrices ...) qui dépend du Conseil Départemental. La Caisse d'Allocations Familiales (CAF) envoie toutes les déclarations de grossesse à la PMI, laquelle sélectionne les futures mères susceptibles de développer une DPP afin de leur envoyer une mise à disposition. Si une future mère à risque ne se manifeste pas, une sage-femme peut prendre contact avec elle pour évaluer son état et l'orienter vers des dispositifs tels que des visites à domicile par un personnel soignant (99)(100).
- L'aide sociale à l'enfance (ASE). Ses missions sont définies par l'article L 221-1 du code de l'action sociale et des familles :
 - apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;
 - organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation en facilitant l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles.
 - mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs en difficulté
 - pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;
 - mener, à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs, organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à leur protection.

La Haute Autorité de santé

La HAS : Il s'agit d'une autorité publique indépendante à caractère scientifique qui développe la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social. Elle vise à assurer aux personnes un accès pérenne et équitable à des soins et des accompagnements pertinents, sûrs et efficaces. Dans le domaine de la santé périnatale, un de ses objectifs principaux est l'amélioration de l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant. Ainsi, dans un souci de mettre en place précocement un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents, elle recommande de proposer systématiquement un « entretien du 4^{ème} mois » et la possibilité de mettre en place d'une « Préparation à la Naissance et à la Parentalité » (cf chapitre 2.2.2.)

Le système judiciaire

Le système judiciaire peut faire partie de la prise en charge, notamment lorsque des mesures judiciaires sont en cours concernant l'enfant (placement, AEMO= Aide Educative en Milieu Ouvert) mais aussi lorsqu'un signalement judiciaire a été réalisé dans le cadre de la protection de l'enfant (Procureur de la République).

2. Données actuelles concernant la prévention des dépressions maternelles sévères et de la crise suicidaire dans le post-partum.

2.1. Recommandations générales de l'OMS, la HAS et l'INPES concernant la santé mentale des femmes durant le péripartum.

En 2008, un bulletin destiné au corps médical sur le thème de la santé mentale des femmes, la santé et le développement des enfants dans les pays à bas ou moyens revenus a été réalisé par l'OMS et le "United Nations Population Fund" (UNFPA). Dans ce rapport ont été reprises les principales recommandations de l'OMS concernant la santé mentale maternelle durant la période périnatale (101)(102) :

- L'amélioration de l'identification des problèmes de santé mentale durant la grossesse et durant la période post-natale, cela à l'aide d'instruments de dépistage, et afin de proposer des interventions précoces appropriées.
- Le développement des compétences des professionnels de santé pour la conduite d'un « entretien de dépistage ».
- Le développement de services de santé proposant une prise en charge appropriée des besoins des femmes vulnérables durant la période périnatale.

En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007. Ces recommandations ont pour objectif de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé. Cette démarche vise à préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de parent ; repérer précocement les difficultés du couple ; et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, cela par des dispositifs :

- qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant ;
- qui soutiennent la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux ;
- qui informent sur les ressources matérielles, éducatives et affectives qui permettent à l'enfant de grandir ;
- qui favorisent une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte et du couple, de l'anténatal au postnatal.

Ces recommandations mettent en avant la nécessité d'une prise en charge des situations à haut risque durant la grossesse, et proposent un soutien précoce de la parentalité (100) (annexe 4).

2.2. Prévention de la DPP sévère et du risque suicidaire dans le post partum.

2.2.1. Différents niveaux de prévention.

Selon l'OMS, la prévention se définit comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (73)(101). Trois types de prévention sont généralement décrits : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

- La prévention primaire pour notre sujet, correspond à l'ensemble des actions mises en place pour limiter l'incidence d'une DPP ou du passage à l'acte auto-agressif au sein d'une population saine, en prenant en charge les causes et les facteurs de risques propres à chaque patiente.

Ce sont les professionnels de santé intervenant auprès de la future mère pendant la grossesse et le post-partum, qui vont pouvoir jouer un rôle dans la prévention primaire. Pour cela, ils doivent être sensibilisés à ces pathologies, être attentifs et à l'écoute des patientes, afin de repérer et prendre en charge les facteurs de risques de DPP/passage à l'acte auto-agressif.

- La prévention secondaire correspond à l'ensemble des actions mises en place pour dépister un DPP ou un risque suicidaire à son stade le plus précoce, afin de mettre en place un traitement rapide et efficace. Ceci, dans l'intention de limiter leurs impacts sur l'enfant et la famille. Elle correspond donc au dépistage.
- La prévention tertiaire correspond à l'ensemble des mesures visant à limiter et/ ou réduire la progression, les rechutes, les complications, mais aussi à améliorer la qualité de vie des patientes. A ce moment de la prise en charge la maladie est déclarée. La prévention tertiaire va reposer sur les soins médicaux (traitement médicamenteux/non médicamenteux), paramédicaux et de réhabilitation.

2.2.2. Moments clés de la prévention.

Quand une femme exprime son désir d'être mère, un suivi et une orientation des femmes enceintes doivent être mis en place en fonction des facteurs risque identifiés (100). Pendant la période périnatale la future mère va avoir un contact permanent avec divers personnels de santé lors de consultations obligatoires, mais aussi lors d'entretiens non obligatoires qui peuvent être proposés à la patiente. Lors de ces rencontres les professionnels de santé ont un rôle de prévention primordial. Il s'agit :

- de l'entretien pré-conceptionnel : peu utilisé, il reste un atout dans la prévention et dans le dépistage des facteurs de vulnérabilité, indispensable si disponible en cas de pathologies psychiatriques antérieures connues.
- de l'entretien prénatal précoce : « Le plus tôt possible après la confirmation de la grossesse, un entretien spécifique devrait permettre d'anticiper les difficultés qui pourraient advenir et d'apporter une réponse adaptée et coordonnée aux besoins de la femme ou du couple. Cet entretien précoce serait, de plus, une aide pour le médecin lui permettant d'ajuster sa vigilance grâce aux transmissions interprofessionnelles d'informations. Cet entretien serait également

l'occasion de définir pour chaque femme et couple, les contenus essentiels à aborder lors des séances proprement dites de Préparation à la Naissance et à la Parentalité » (100).

- du suivi de grossesse : 7 consultations prénatales sont obligatoires et remboursées à 100% par la CPAM. La consultation supplémentaire dite « du 4^{ème} mois » par la HAS est facultative.

- de la préparation à l'accouchement.

- de la «Préparation à la Naissance et à la Parentalité», pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007. Il s'agit d'une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé qui vise à: préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant, au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père; repérer précocement les difficultés du couple ; accompagner chaque couple, en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité ; soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ; favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal. A noter que cette prise en charge n'est pas obligatoire (100).

- des consultations post natales : une consultation obligatoire pour la maman doit être effectuée dans les 6 à 8 semaines du post-partum. Elle peut être réalisée par son médecin ou par sa sage-femme. Cette consultation est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans la limite des tarifs de base. La mère peut également bénéficier à la naissance, d'un suivi avec une sage-femme dans le cadre du service de retour à domicile « PRADO ». Au cours de ces visites, la sage-femme accompagne la patiente dans la réalisation des premiers soins du bébé, conseille sur l'alimentation de l'enfant et sur ce qui peut faciliter la vie quotidienne familiale. Ces visites sont prises en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie (103).

- des consultations pédiatriques de l'enfant.

Tous ces moments clés ont un rôle capital dans le dépistage des symptômes précoces de la DPP, et sous entend l'importance de sensibiliser tous les professionnels de santé à cette pathologie.

L'INPES propose plusieurs axes d'interventions possibles autour de la prévention des difficultés maternelles (104):

a) Favoriser l'expression/proposer une écoute :

Encourager l'expression de la mère sur les éventuelles difficultés et insatisfactions rencontrées : au cours de la grossesse (recours à la PMA, dépistage T21, échographie avec signe d'appel) ; pendant la naissance (pratiques des soignants, accompagnement et vécu de la douleur, accueil de l'enfant) ; pendant les premiers jours de vie de l'enfant (sentiment d'incompétence, d'insuffisance). Ceci par le dialogue, la formulation de questions ouvertes telles que « *Comment*

avez-vous vécu cette grossesse/cette naissance ? Comment est-ce que ça se passe avec votre bébé depuis le retour de la maternité ? ».

b) Aborder/évaluer une situation :

Il est important de repérer les signes d'alerte tels que : les plaintes somatiques, anxiété/angoisse, troubles du sommeil persistants, inquiétudes/doutes quant à ses capacités maternelles ou au développement du bébé, manque de confiance, maternage hésitant, hyperactivité maternelle, crainte d'être perçue comme une mauvaise mère, sentiment d'avoir raté son accouchement, etc. Il convient d'être particulièrement vigilant vis-à-vis des mères qui consultent fréquemment, sans motif apparent ou pour des troubles liés à l'enfant. La mise en évidence des principaux facteurs majorant le risque de décompensation psychiatrique maternelle : antécédents de dépression et de passage à l'acte auto agressif, difficultés conjugales, événements stressants récents, faible soutien social, etc. Chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente, sont à rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum (utiliser par exemple l'EPDS).

c) Informer/expliciter

Il est important d'informer la patiente des difficultés qu'elle peut rencontrer avant et après l'accouchement comme par exemple des émotions inattendues, des difficultés d'ordre psychique, non systématiques mais fréquentes, de durée et de gravité variables. *« La grossesse, l'accouchement et l'arrivée de l'enfant s'accompagnent de profonds bouleversements psychiques. Certains parents se trouvent en difficulté face à des émotions nouvelles pour eux ».* Détailler les formes de soutien possibles pour le couple. *« Devenir parents procure beaucoup de joie mais aussi des difficultés. On peut avoir parfois une baisse de moral, être angoissé(e) : n'hésitez pas à demander de l'aide à vos proches (famille, amis) et aux professionnels de santé. Ces derniers pourront vous indiquer des lieux et des personnes vers qui vous tourner en cas de difficultés ».*

d) Accompagner la réflexion des parents

L'objectif est d'aider le couple à se préparer au fait de devenir parents, mais aussi de leur apprendre à mobiliser leurs propres ressources, interne ou externe.

e) S'engager

Il est nécessaire d'informer le couple de sa disponibilité après la grossesse pour parler de ces difficultés. *« Surtout n'hésitez pas à venir me voir si vous ne vous sentez pas très bien après la naissance. Nous pourrions prendre du temps pour discuter de ce que vous ressentez ».* Afin de proposer un soutien psychologique ou orienter la mère vers un professionnel plus spécialisé. Une psychothérapie associée ou pas à un traitement médicamenteux peut s'avérer utile dans les

formes les plus sévères d'effondrement maternel. Il est important de prendre en compte la présence du père et le soutenir également.

f) Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage)

Dans la mesure du possible, le soutien des membres de l'entourage et en particulier du père doit être sollicité. L'existence des associations de soutien au rôle parental doit être mentionnée. Elles permettent de rencontrer d'autres mères/d'autres couples en difficulté. Les associations peuvent être utiles en prévention et parfois dans la prise en charge (entretiens individuels par des psychologues, orientation vers un psychiatre...).

La prévention primaire dans les DPP commence donc dès le désir de grossesse et semble être une alternative des plus intéressantes de manière à limiter son incidence d'une part, et ses conséquences comme les conduites suicidaires d'autre part. Nous allons maintenant nous intéresser à la prévention secondaire de ces pathologies à travers les différents moyens de dépistages qui existent.

2.2.3. Dépistage des DPP sévères et de la crise suicidaire dans le post-partum.

Le péripartum est une période de vulnérabilité pour les femmes. Elle peut être source d'apparition ou de décompensation de pathologies psychiatriques antérieures et requiert un dépistage adapté. Son objectif est de repérer précocement la pathologie de manière à mettre en place un traitement efficace afin d'éviter/limiter les complications.

Dépistage des DPP

Dans le cadre d'une DPP, le dépistage précoce va permettre de limiter l'impact sur le nouveau-né et au sein de la famille. Toute la difficulté du dépistage des DPP réside d'une part dans l'hétérogénéité des symptômes et d'autre part dans la similitude de certains symptômes qui peuvent être considérés comme normaux et naturellement consécutifs à l'arrivée du bébé (asthénie, troubles du sommeil...). Très peu d'échelles d'évaluation existent pour l'aide au dépistage de la DPP. La plupart ne sont pas validées. La plus utilisée est l'EPDS qui est spécifiquement construite et adaptée pour le péripartum. Il est intéressant de souligner que l'EPDS ne semble pas prendre comme modèle les critères des classifications internationales tant au niveau temporel que sémiologique. Cette différence peut s'expliquer de part la fonction de dépistage et non de diagnostique de l'EPDS, mais aussi par la spécificité sémiologique propre

aux EDC pendant la période périnatale, cela contrairement aux classifications internationales. Cet auto-questionnaire d'origine anglo-saxonne, mis au point par M. Cox en 1987, est validé comme outil de dépistage et de suivi de l'intensité des DPP. Une version française a été validée par Mme Guedeney et M. Fermanian (Annexe 3). Elle se compose de 10 items cotés de 0 à 3, avec un score total variant de 0 à 30. En France, un score-seuil de 10,5 est recommandé pour étayer le diagnostic de DPP, avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 92%. L'EPDS a pour objectif l'aide à l'appréciation de l'état psychique pendant la période post natale et son amélioration éventuelle. Selon les pays et les cultures, le score seuil peut varier, aussi des études de validation dans chaque pays sont indispensables. L'EPDS peut être utilisée en anténatal, dans les premiers jours du post-partum chez les personnes présentant un risque de DPP, ou chez les (futurs) mères souffrant de DPP. S'agissant d'un outil de dépistage, le diagnostic de DPP est posé au cours d'une consultation psychiatrique par la clinique. Il peut être objectivé par des hétéro-questionnaires, dont la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ou l'Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Celles-ci ne sont pas spécifiques de la DPP mais bénéficient d'une bonne validation pour la dépression (105)(106).

En 2003, H. Chabrol, F. Tessèdre, M. Saint-Jean et B. Rogé, réalisent une étude contrôlée randomisée afin d'évaluer un programme de dépistage, de prévention et de traitement des dépressions du post-partum. L'EPDS a été utilisée pour dépister les mères à risque de développer une DPP. Cette échelle a été utilisée dans le post partum précoce pour que les participantes puissent recevoir une prévention précoce. 859 mères ont été incluses en clinique obstétricale. Les participantes avec une EPDS > 9 (prédictif d'une évolution vers une DPP) ont été réparties de manière aléatoire en deux groupes :

- Groupe contrôle (n=128)
- Groupe prévention (n=113) intégrant une composante de soutien, d'éducation et une prise en charge cognitivo-comportementale.

Une passation de L'EPDS a ensuite été pour la seconde fois réalisée entre la 4ème et 6ème semaine. Les résultats ont montré une réduction significative de la fréquence des DPP définies par un score > 11 à l'EPDS (30,2 % vs 48,2 %, p = 0,0067). La plupart des mères qui avaient un score initial < 9 mais un score > 11 à la deuxième passation de l'EPDS (83,3 %) ont refusé l'intervention au domicile, ce qui montre l'intérêt de l'entretien initial dans l'établissement afin de mettre en place une alliance thérapeutique ainsi qu'une démarche éducative qui peut porter le repérage de difficultés maternelles, le choix pour la femme de se faire aider ou de parler de ses difficultés (107).

Bien que l'EPDS soit reconnu comme un outil d'aide au dépistage des DPP, il ne doit pas prévaloir sur examen clinique par un médecin expérimenté.

Dépistage de la crise suicidaire dans le péripartum

La plus grave complication d'une DPP est le suicide maternel. Ils sont plus fréquents dans les formes sévères. Le dépistage de l'intentionnalité suicidaire avec la recherche d'IDS pendant la période périnatale, est donc indispensable, afin d'identifier et de prendre en charge les femmes à risque de passage à l'acte auto agressif ; d'autant plus si la patiente présente une symptomatologie dépressive sévère. A ce jour, aucune échelle ou conférence consensus sur l'évaluation du risque suicidaire dans le péripartum n'existent. Le praticien pourrait éventuellement s'appuyer sur les recommandations de dépistage de la crise suicidaire ou d'échelles validées en population générale, tout en tenant compte du contexte puerpéral.

Ainsi en 2000, une conférence de consensus intitulée « crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » est organisée à la demande de Fédération Française de Psychiatrie. Un des objectifs principaux était le repérage d'une crise suicidaire. Ainsi ils recommandent :

- La recherche systématique des facteurs de risques dans le cadre d'une appréciation globale de l'ensemble du contexte psychopathologique. On peut classer ces facteurs de risque en :
 - facteurs primaires : les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité ;
 - facteurs secondaires : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs ; ils sont observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge et n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ;
 - facteurs tertiaires : appartenant au sexe (masculin), à l'âge (grand âge et jeune âge), à une période de vulnérabilité (phase prémenstruelle), ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires.
- L'évaluation de la dangerosité et de l'urgence en explorant six éléments :
 - le niveau de souffrance
 - le degré d'intentionnalité
 - les éléments d'impulsivité
 - un éventuel élément précipitant
 - la présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.
 - la qualité du soutien de l'entourage proche.

Ainsi les membres du jury ont mis en évidence trois niveaux d'urgences vis-à-vis du passage à l'acte auto-agressif (faible, moyen et élevé) (108)(annexe 6).

Dans le cadre des dépressions du post-partum, le médecin devra tenir compte en plus des spécificités sémiologiques, épidémiologiques, évolutives et des facteurs de risques spécifiques au contexte puerpéral ainsi que leurs conséquences (Partie I).

Bien que l'évaluation soit basée sur l'entretien clinique avec un interrogatoire minutieux comprenant le dépistage des facteurs de risques, le praticien pourra éventuellement s'aider d'échelles utilisées en population générale, telles l'échelle d'idéation suicidaire de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation ou BSS), l'échelle d'intention suicidaire (Suicide Intent Scale ou SIS) ou encore le questionnaire sur les comportements suicidaires (Suicidal Behaviors Questionnaire ou BSO). Cependant aucune étude, à ce jour, n'a évalué leur efficacité dans le post-partum.

2.4. Conclusion.

Actuellement il n'existe pas de recommandations spécifiques sur la prévention des DDP sévères et du passage à l'acte auto-agressif dans le post-partum. Cependant l'expérience clinique avec le recueil minutieux des facteurs de risques des pathologies psychiatriques et de la suicidalité dans le post-partum sont les outils essentiels du psychiatre pour déterminer la sévérité de la DPP et le niveau de risque suicidaire associé.

L'EPDS est la seule échelle d'aide au dépistage des DPP et validée dans péripartum ; il est important de souligner qu'il s'agit d'un outil de dépistage et non d'un outil diagnostique. Aucune aide spécifique au dépistage du risque suicidaire dans les DPP n'est retrouvée dans la littérature. Des recommandations en population générale sont disponibles ; le praticien pourrait les utiliser mais en tenant compte impérativement du contexte puerpéral.

La prévention peut également se faire par une prise en charge médicamenteuse ou non médicamenteuse. Nous développerons cette prise en charge dans les prochains chapitres.

3. Prise en charge médicamenteuse dans les DPP sévère avec ou sans intentionnalité suicidaire.

3.1. Généralités sur la modalité de prescription des psychotropes dans le post partum.

De nos jours, il existe peu de consensus ou de recommandations définitives quant aux modalités de prescription des traitements psychotropes pendant la période périnatale. La stratégie thérapeutique doit être choisie au cas par cas, en tenant compte du risque éventuel de malformation chez le fœtus, le syndrome de sevrage chez le nouveau-né, du type d'allaitement et du risque potentiel de la maladie chez le nouveau né (109). Le médecin doit en mesurer la balance bénéfice risque, informer la patiente et respecter si possible son désir de poursuivre ou non l'allaitement du bébé. En effet, il est conseillé de privilégier si cela est possible, la mise en place d'un traitement compatible avec l'allaitement maternel dès la grossesse si besoin, et si la patiente le désire activement. La surévaluation du risque tératogène et fœtotoxique a longtemps conduit à l'abstention thérapeutique pendant la grossesse et l'allaitement. Cependant les modalités de prescription ont aujourd'hui été largement modifiées grâce aux données épidémiologiques permettant un examen plus objectif de cette balance bénéfice/risque tant pour la mère que pour le nouveau-né. Une tendance à l'abstention thérapeutique ou à la réduction des posologies favorisent aggravation et récidives (7).

L'indication d'allaitement pour une femme traitée par antidépresseur doit être discutée en fonction du rapport bénéfices/risques pour la mère et l'enfant (100). Le choix du traitement psychotrope dépendra de la pathologie et de sévérité, du dernier épisode aigu, des ATCD de la patiente, éventuellement de l'historique des traitements antérieurs et de la nature de l'allaitement (7)(109)(157)(158)(159)(160).

3.2. Prescription d'un traitement psychotrope chez une mère qui n'allait pas son enfant.

En l'absence de désir ou devant l'impossibilité d'un allaitement maternel, la stratégie thérapeutique médicamenteuse sera abordée comme une prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé et se fera en dehors du contexte puerpéral. Cependant la prise en charge non médicamenteuse principalement axée sur la dyade mère-enfant reste fondamentale. Elle permet de traiter et d'évaluer : l'évolution de la DPP, les interactions mère-bébé et le développement de l'enfant.

3.3. Prescription d'un traitement psychotrope chez une mère qui allaite son enfant.

Dans le cas DPP sévères avec une symptomatologie productive importante et/ou un risque suicidaire associé, les patientes auront besoin d'un traitement efficace et approprié à leur trouble de l'humeur. Ainsi, contrairement aux DPP d'intensité moindre chez les mères allaitantes, la question est de savoir si l'allaitement au sein est possible et non si la mère doit être traitée. Dans ce contexte, la prescription d'un traitement médicamenteux est indispensable pour contrôler la pathologie et l'allaitement parfois arrêté.

Dans le cas de DPP sévère sans éléments psychotiques/sans risque suicidaire élevé et si la patiente désire activement poursuivre son allaitement, le praticien devra choisir la molécule la plus adaptée pour la mère et l'enfant. Les médicaments ayant un faible passage dans le lait maternel et un profil de toxicité moindre sont recommandés. De plus il est important de tenir compte des paramètres pharmacocinétiques de chaque molécule, des conditions d'allaitement (mixte ou exclusif) et des facteurs du nourrisson (prématurité, immaturité de son métabolisme hépatique ...). En effet plus la $\frac{1}{2}$ vie d'un médicament est longue, plus le risque d'accumulation chez l'enfant allaité est important. La durée du traitement est de 6 mois minimum, après une rémission clinique. En cas d'antécédents d'EDC, de symptômes psychotiques, d'une résistance au traitement, de comorbidités psychiatriques ou d'antécédents de rechute après un l'arrêt d'un traitement antidépresseur, la durée du traitement sera plus longue.

En présence de nombreux traitements psychotropes mis sur le marché, nous vous présenterons de manière simplifiée les médicaments les plus utilisés dans le traitement des DPP et autorisés par trois sources :

- Deux sources de recommandations françaises :
 - Le dictionnaire Vidal 2019 95^{ème} édition
 - Le centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT).
- Un article scientifique réalisé en 2018 par Bègue A, Garez V, Apter G. « Les médicaments psychotropes en pré- et postnatal : mise au point et actualités. »
- Une revue de la littérature réalisée en 2015 par C. Bascoul et al. « Psychotrope pendant la grossesse et l'allaitement : mise au point pratique » (109). Cette revue a la particularité d'avoir inclus des sources de données internationales sur le bon usage des psychotropes chez les mères allaitantes. A savoir :
 - La National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ;
 - TERIS®, REPROTOX®, MICROMEDEX Healthcare: Il s'agit de trois systèmes d'information américains qui tiennent à jour les dernières études concernant chaque médicament ;

- et, un ouvrage « Drugs in pregnancy and lactation : a reference guide ti fetal and neonatal risk » de Briggs et al (110).

3.3.1. Antidépresseurs

Les antidépresseurs que nous allons citer sont à privilégier car leur passage dans le lait est faible, les concentrations plasmatiques chez les enfants allaités sont faibles ou indétectables, les effectifs d'enfants allaités sous ces traitements maternels sont importants et aucun événement indésirable particulier n'est retenu à ce jour parmi ces enfants (111). Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et autres traitements antidépresseurs non cités sont déconseillés car nous avons moins de recul et peu de données scientifiques à leur sujet (112).

Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)

Deux ISRS seront prioritairement ceux prescrits chez une mère allaitante : Paroxétine et Sertraline.

PAROXETINE (DEROXAT®)	
Vidal	-Faibles quantités excrétées dans le lait maternel. -Aucun signe d'un effet du médicament n'a été observé chez les nourrissons.
CRAT	-Parmi près de 230 enfants allaités par une mère sous Paroxétine, aucun événement particulier n'est retenu à ce jour. - Faibles quantités excrétées dans le lait maternel.
Etude de A. Bègue et al.	A privilégier
Etude de C.Bascoul et al.	Possible
Demi-vie	<u>Environ 24 heures</u>
Allaitement	<u>Possible</u>

SERTRALINE (ZOLOFT®)	
Vidal	<p>- Faibles quantités de son métabolite, la N-desméthylsertraline, excrétées dans le lait maternel.</p> <p>- A ce jour, aucun effet indésirable sur la santé des nourrissons allaités par des mères utilisant la sertraline n'a été rapporté, mais un risque ne peut être exclu.</p> <p><u>Conclusion : L'utilisation chez la mère allaitante est déconseillée sauf si, selon l'avis du médecin, les bénéfices l'emportent sur les risques.</u></p>
CRAT	<p>- Parmi plus de 250 enfants allaités de mère sous sertraline, aucun événement particulier n'est retenu à ce jour.</p> <p>- Faibles quantités excrétées dans le lait maternel.</p>
Etude de A. Bègue et al.	A privilégier
Etude de C. Bascoul et al.	Possible
Demi-vie	<u>Environ 26 heures</u>
Allaitement	<u>Déconseillée selon le Vidal ; Possible selon le CRAT et les études de C. Bascoul et al et A. Bègue et al.</u>

Les tricycliques

De part leur ancienneté, de nombreuses études rassurantes ont été réalisées avec un recul important. Les mieux connus sont amitriptyline, clomipramine et imipramine (109)(113).

AMITRIPTYLINE (ÉLAVIL® - LAROXYL®)	
Vidal	-Le passage dans le lait est mal connu mais probablement faible ; néanmoins, par mesure de précaution, l'allaitement est à éviter pendant la durée du traitement.
CRAT	- Faibles quantités excrétées dans le lait maternel: l'enfant reçoit environ 2% de la dose maternelle (en mg/kg). -Chez les enfants allaités, les concentrations sanguines d'amitriptyline et de son métabolite principal (nortriptyline) sont inférieures au seuil de détection. -Par ailleurs, aucun événement particulier n'est retenu à ce jour chez les enfants allaités.
Etude de A. Bègue et al.	Possible
Etude de C.Bascoul et al.	Possible en monothérapie
Demi-vie	<u>22-40 heures</u>
Allaitement	<u><i>A éviter selon le Vidal- Possible en monothérapie selon le CRAT ainsi que les études de C.Bascoul et al et A. Bègue et al.</i></u>

CLOMIPRAMINE (ANAFRANIL®)	
Vidal	-Le passage dans le lait est mal connu mais probablement faible ; néanmoins, par mesure de précaution, l'allaitement est à éviter pendant la durée du traitement.
CRAT	-La quantité de clomipramine ingérée via le lait est faible . -Chez les enfants allaités, les concentrations sanguines de clomipramine atteignent 3,4% de la concentration plasmatique maternelle (dosage réalisé chez une dizaine d'enfants allaités de mère traitée par 75 à 150 mg/j de clomipramine par voie orale). -Aucun événement majeur n'est signalé à ce jour chez des enfants allaités par des mères sous clomipramine.
Etude de A. Bègue et al.	Possible
Etude de C.Bascoul et al.	Possible en monothérapie
Demi-vie	<u>22-40 heures</u>
Allaitement	<u>A éviter selon le Vidal- Possible selon le CRAT et l'étude de A. Bègue et al.; en monothérapie selon l'étude de C.Bascoul et al.</u>

IMIPRAMINE (TOFRANIL®)	
Vidal	-Le passage dans le lait est mal connu mais probablement faible ; par mesure de précaution, l'allaitement est à éviter pendant la durée du traitement.
CRAT	-La quantité d'imipramine et de son métabolite actif (désipramine) ingérée via le lait est faible. -Chez les enfants allaités, les concentrations sanguines d'imipramine et de son métabolite atteignent 2,9% de la concentration plasmatique maternelle. -Par ailleurs, d'une manière générale, aucun événement particulier n'est signalé à ce jour chez des enfants allaités par des mères sous imipramine.
Etude de A. Bègue et al.	Possible
Etude de C.Bascoul et al.	Possible en monothérapie
Demi-vie	<u>9-20 heures</u>
Allaitement	<u>A éviter selon le Vidal- Possible selon le CRAT ; en monothérapie selon les études de C.Bascoul et al et A. Bègue et al.</u>

3.3.2. Les antipsychotiques.

Selon la molécule choisie, ils peuvent avoir en plus de leur activité antipsychotique, une action :

- Antidépressive
- Anxiolytique/sédative
- Anti-impulsive
- De potentialisation d'un traitement antidépresseur.

La mise en place est possible si l'enfant est bien portant au moment de la mise sous traitement de sa mère et si la survenue éventuelle de symptômes chez l'enfant peut être rapidement détectée.

Une surveillance régulière de l'enfant est souhaitable. Elle comprend : un examen clinique (effets sédatifs, cutanés ...).

OLANZAPINE (ZYPREXA® -ZYPADHERA® - ZYPREXA VELOTAB® - ZALASTA® - ONEZYP®)	
Vidal	-Dans une étude chez des femmes volontaires qui allaitaient, l'olanzapine a été retrouvée dans le lait maternel. L'exposition moyenne des nouveau-nés à l'état d'équilibre (en mg/kg) a été estimée à environ 1,8 % de la dose d'olanzapine reçue par la mère (en mg/kg).
CRAT	-La quantité d'olanzapine ingérée via le lait est très faible : l'enfant reçoit environ 1% à 2% de la dose maternelle. -Chez les enfants allaités, les concentrations plasmatiques d'olanzapine sont le plus souvent indétectables (une dizaine d'enfants prélevés). -Un enfant allaité était somnolent alors que sa mère prenait 10 mg/j d'olanzapine. Après diminution de la posologie à 5 mg/j, l'examen clinique s'est normalisé. il n'a pas été réalisé de dosage chez cet enfant. -Dans la littérature, aucun autre événement particulier n'est à retenir parmi une centaine d'enfants allaités de mères sous olanzapine (posologies essentiellement de 2.5 à 10 mg/j).
Etude de A. Bègue et al.	A privilégier ≤ 10 mg/J
Etude de C.Bascoul et al.	Envisageable
Demi-vie	<u>30-50 heures</u>
Allaitement	<u>Déconseillée selon le Vidal ; Envisageable selon l'étude de C.Bascoul et al. ; Possible en monothérapie à dose ≤ 10mg/J selon le CRAT et l'étude d' A. Bègue et al.</u>

CHLORPROMAZINE (LARGACTIL®)	
Vidal	-En raison du passage de la chlorpromazine dans le lait maternel, l'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.
CRAT	-La quantité de chlorpromazine ingérée via le lait est très faible : l'enfant reçoit moins de 1% de la dose maternelle. -La concentration plasmatique de chlorpromazine chez l'enfant allaité est indétectable ou atteint 3 % de la concentration maternelle (mesure effectuée chez 2 enfants). -Parmi environ 20 enfants allaités de mères sous chlorpromazine (entre 150 et 200 mg en moyenne), un cas de somnolence et de léthargie a été rapporté chez un enfant dont la mère prenait une dose non déterminée de chlorpromazine.
Etude de A. Bègue et al.	Possible dose $\leq 150\text{mg/J}$
Etude de C.Bascoul et al.	Possible
Demi-vie	<u>Environ 30 heures</u>
Allaitement	<u>Déconseillée selon le Vidal ; Possible en monothérapie à dose $\leq 200\text{mg/J}$ selon le CRAT ; possible selon l'étude de C.Bascoul et al.</u>

HALOPERIDOL (HALDOL® - HALDOL® DECANOAS)	
Vidal	-L'halopéridol est faiblement excrété dans le lait maternel. -De faibles quantités d'Halopéridol ont été détectées dans le plasma et l'urine de nouveau-nés allaités par des mères traitées par halopéridol. -Il n'existe pas de données suffisantes concernant les effets de l'halopéridol chez les nouveau-nés allaités.
CRAT	-La quantité d'halopéridol ingérée via le lait est très variable : l'enfant reçoit entre 0,2 et 10% de la dose maternelle. -Chez les enfants allaités les concentrations plasmatiques d'halopéridol sont également très variables (4 enfants prélevés). -Aucun événement indésirable n'est retenu parmi une douzaine d'enfants de mères sous halopéridol.
Etude de A. Bègue et al.	Possible $\leq 10\text{mg/J}$
Etude de C.Bascoul et al.	Possible
Demi-vie	<u>Environ 24 heures</u>
Allaitement	<u>Arrêt de l'allaitement ou du ttt en prenant en compte le bénéfice du traitement pour la mère selon le Vidal ; Possible en monothérapie à dose $\leq 10\text{mg/J}$ selon le CRAT et l'étude d' A. Bègue et al.; selon l'étude de C.Bascoul et al.</u>

RISPERIDONE (RISPERDAL® - RISPERDALCONSTA® - RISPERDALORO®)	
Vidal	- Faibles quantités de rispéridone et de 9-hydroxy-rispéridone excrétées dans le lait maternel. -Il n'y a pas de données disponibles sur les effets indésirables chez le nourrisson allaité.
CRAT	-La quantité de rispéridone ingérée via le lait est faible : l'enfant reçoit jusqu'à environ 5% de la dose . -Chez les enfants allaités les concentrations plasmatiques de rispéridone et de son métabolite actif (9-hydroxy-rispéridone) sont le plus souvent indétectables (petit effectif d'enfants prélevés). -Aucun événement majeurs n'est signalé chez des enfants allaités de mères traitées.
Etude de A. Bègue et al.	A privilégier $\leq 6\text{mg/J}$
Etude de C.Bascoul et al.	Possible
Demi-vie	<u>Environ 3-24 heures</u>
Allaitement	<u>Au cas par cas selon le Vidal ; Possible à dose $\leq 6\text{mg/J}$ selon le CRAT et l'étude d' A. Bègue et al. ; possible selon l'étude de C.Bascoul et al.</u>

QUETIAPINE (XEROQUEL®)	
Vidal	-D'après des données très limitées issues de rapports publiés sur l'excrétion de la quétiapine dans le lait maternel, l'excrétion de la quétiapine à des doses thérapeutiques ne semble pas constante.
CRAT	-La quantité de quétiapine ingérée via le lait est très faible : l'enfant reçoit moins de 1% de la dose maternelle. -La concentration plasmatique de quétiapine chez les enfants allaités atteint 1 à 7 % de la concentration maternelle (dosage effectué chez trois enfants allaités). -Parmi environ 20 enfants allaités de mères sous quétiapine, un cas de somnolence a été rapporté chez un enfant dont la mère prenait également une benzodiazépine.
Etude de A. Bègue et al.	Possible
Etude de C.Bascoul et al.	Envisageable
Demi-vie	<u>Environ 5-12 heures</u>
Allaitement	<u>Au cas par cas selon le Vidal ; Possible en monothérapie à dose $\leq 6\text{mg/J}$ selon le CRAT ; envisageable selon l'étude de C.Bascoul et al.</u>

3.3.3. Les thymorégulateur (hors antipsychotiques)

Ils sont particulièrement indiqués dans les dépressions bipolaires du post partum, mais peuvent être également utilisés dans une stratégie de potentialisation du traitement antidépresseur. Ils peuvent également avoir une action anti suicidaire comme le lithium.

LAMOTRIGINE (LAMICTAL®)	
Vidal	<p>-Il a été rapporté que la lamotrigine passe dans le lait maternel à des concentrations fortement variables, entraînant chez les nourrissons des taux en lamotrigine totaux allant jusqu'à environ 50 % de ceux de la mère.</p> <p>-Par conséquent, chez les nourrissons allaités, les concentrations sériques de lamotrigine peuvent atteindre des taux auxquels des effets pharmacologiques peuvent survenir.</p>
CRAT	<p>-La conduite à tenir n'est pas univoque</p> <p>-Arguments en faveur de l'allaitement chez une femme traitée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Près de deux cents nouveaux-nés allaités de mère sous lamotrigine sont rapportés et semblent bien portants. ○ A l'âge de 6 ans, le développement psychomoteur d'une trentaine d'enfants exposés in utero et allaités pendant 6 mois semble légèrement supérieur à celui d'enfants exposés in utero mais non allaités. <p>-Arguments en défaveur de l'allaitement chez une femme traitée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La quantité de lamotrigine ingérée via le lait est importante et peut s'accumuler chez le nouveau-né allaité en raison de l'immaturité de son métabolisme hépatique. Ceci est majoré chez le prématuré. ○ Même à posologie maternelle faible, l'enfant allaité « reçoit » autant de lamotrigine par le lait maternel que sa mère directement traitée. ○ Parmi 28 enfants allaités chez qui les enzymes hépatiques ont été dosées, 5 enfants ont présenté une augmentation des transaminases, régressive à l'arrêt de l'allaitement. ○ La lamotrigine a des effets indésirables, dont notamment une somnolence, une hépatotoxicité et une toxicité cutanée.
Etude de A. Bègue et al.	A éviter
Etude de C.Bascoul et al.	A éviter
Demi-vie	<u>Environ 33 heures</u>
Allaitement	<u>Au cas par cas selon le Vidal ; associée à une surveillance régulière de l'enfant selon le CRAT ; à éviter selon l'étude de C.Bascoul et al et l'étude d' A. Bègue et al..</u>

LITHIUM (TERALITHE®)	
Vidal	-Passage du lithium dans le lait maternel et d'effets rapportés chez les nouveau-nés allaités (hypotonie, hypothermie, cyanose).
CRAT	-Dans la littérature on retrouve une trentaine d'enfants allaités de mère sous lithium. -Les lithiémies de ces enfants peuvent atteindre 50%, voire plus, de celles de leurs mères. Parmi ces enfants allaités, plusieurs effets réversibles à l'arrêt de l'allaitement ont été signalés (Troubles neurologiques ; TSH élevée, hypotonie, cyanose, souffle cardiaque ; urémie augmentée). -Rappelons que le lithium est un médicament à marge thérapeutique étroite et que la lithiémie peut augmenter notamment en cas de déplétion sodée ou de prise d'AINS. Ces situations sont courantes chez les nourrissons et augmentent la toxicité du lithium ingéré par voie lactée.
Etude de A. Bègue et al.	A éviter
Etude de C.Bascoul et al.	Déconseillé
Demi-vie	<u>Environ 24 heures</u>
Allaitement	<u>Contre-indiqué selon le Vidal ; A éviter selon le CRAT et les études de C.Bascoul et al et CRAT et A. Bègue et al.</u>

A noter :

Tous les produits dérivés du valproate sont contre-indiqués pendant la grossesse du fait d'une augmentation des malformations congénitales majeures, d'une altération des fonctions cognitives et neurocompartementales (163). Ainsi les dérivés du valproate ne doivent pas être prescrits chez les patientes en âge de procréer (159)(161)(162).

Concernant les sels de Lithium, des études récentes tendent à mettre en avant une surestimation des cardiopathies congénitales chez les patientes sous Lithium pendant la grossesse. Une surveillance échographique étroite, notamment cardiaque est recommandée pendant la grossesse, de même qu'un arrêt du traitement 48h avant l'accouchement avec reprise immédiate dans le post-partum. Cependant si les sels de Lithium sont autorisés pendant la grossesse, ils sont fortement déconseillés pendant l'allaitement du fait d'un intervalle thérapeutique qui varie en fonction de la volémie, de l'hydratation pouvant entraîner un risque important de surdosage chez l'enfant (159)(164)(165).

Ainsi une réflexion continue du clinicien est indispensable dans la prise en charge des pathologies psychiatriques du péripartum.

3.3.4. Les anxiolytiques

Les benzodiazépines

Les benzodiazépines ne doivent pas être banalisées car il s'agit d'un traitement symptomatique et non un traitement de fond. De plus, elles sont responsables de nombreux effets indésirables aux conséquences parfois graves pour la mère et l'enfant. Leur utilisation doit respecter la dose minimum utile, la durée minimale d'utilisation et dans tous les cas une prescription maximale de 12 semaines (HAS 2018). La prise d'anxiolytique sera préconisée juste après la tétée pour éviter une éventuelle sédation de l'enfant. En 2012, une étude rétrospective de cohorte est réalisée afin d'évaluer les effets indésirables sur les enfants allaités par une mère sous benzodiazépine. Ces effets indésirables, en particulier la sédation, ont été identifiés chez 1.6% des enfants (114).

Selon le CRAT l'anxiolytique de choix en cours d'allaitement est l'oxazépam (Séresta®), si possible dans la limite de 10 mg trois fois par jour et pour la durée la plus courte possible.

Il est préférable de ne pas utiliser les autres anxiolytiques en cours d'allaitement ou de ne pas allaiter si leur usage s'avère indispensable:

- soit leur passage dans le lait n'est pas négligeable, avec parfois des effets indésirables signalés chez des enfants allaités ;
- soit leur passage dans le lait n'est pas évalué, et leurs caractéristiques pharmacologiques ne permettent pas d'écarter un risque pour l'enfant allaité.

OXAZEPAM (SERESTA®)	
Vidal	Déconseillé
CRAT	- La quantité d'oxazépam reçue par l'enfant via le lait est très faible, de l'ordre de 1% de la dose maternelle. -A ce jour, il n'a pas été rapporté d'effet inquiétant chez des enfants allaités par des mères sous oxazépam.
Etude de A. Bègue et al.	A privilégier
Etude de C.Bascoul et al.	Possible
Demi-vie	<u>Environ 8 heures</u>
Allaitement	<u>déconseillé selon le Vidal ; possible selon le CRAT et l'étude d' A. Bègue et al.</u>

Les antihistaminiques

Ils sont utilisés comme anxiolytique mais aussi comme hypnotiques.

HYDROXYZINE (ATARAX®)	
Vidal	-En l'absence de données sur le passage de l'hydroxyzine dans le lait maternel, et compte tenu des propriétés sédatives et atropiniques de cette substance, l'allaitement est déconseillé.
CRAT	-Il n'y a pas de donnée publiée sur hydroxyzine et allaitement. -Hydroxyzine à des propriétés sédatives et atropiniques.
Etude de A. Bègue et al.	A éviter
Etude de C.Bascoul et al.	-Il peut exister des réactions paradoxales chez l'enfant, d'où une certaine prudence.
Demi-vie	<u>Environ 20 heures</u>
Allaitement	<u>déconseillé selon le Vidal et le CRAT ; possible mais avec prudence selon l'étude de C.Bascoul et al. ; déconseillé selon l'étude d' A. Bègue et al.</u>

3.3.5. Les hypnotiques

La prescription d'un hypnotique ne doit pas être banalisée. A ce jour, deux hypnotiques sont utilisables pendant l'allaitement (dans le respect des indications) sont la [zopiclone](#) et le [zolpidem](#) (111).

ZOLPIDEM (STILNOX®)	
Vidal	Déconseillé
CRAT	-La quantité de zolpidem ingérée via le lait est très faible : l'enfant reçoit moins de 1% de la dose maternelle (en mg/kg). -Aucun événement particulier n'a été signalé à ce jour chez des enfants allaités par des mères sous zolpidem.
Etude de C.Bascoul et al.	Possible
Demi-vie	<u>Environ 2,4 heures</u>
Allaitement	<u>déconseillé selon le Vidal ; possible selon le CRAT et l'étude de C.Bascoul et al.</u>

ZOPICLONE (IMOVANE®)	
Vidal	Déconseillé
CRAT	-La quantité de zopiclone ingérée via le lait est très faible : l'enfant reçoit en moyenne 1,2% de la dose maternelle. -Aucun événement particulier n'a été signalé à ce jour chez des enfants allaités par des mères sous zopiclone.
Etude de C.Bascoul et al.	Possible
Demi-vie	<u><i>Environ 5 heures</i></u>
Allaitement	<u><i>Déconseillé selon le Vidal et possible selon le CRAT et l'étude de C.Bascoul et al.</i></u>

3.4. L'électroconvulsivothérapie (ECT).

L'ECT est un traitement de référence dans le champ des troubles thymiques sévères. Lors d'une séance d'ECT, le psychiatre induit chez le patient une crise convulsive tonico-clonique généralisée à visée thérapeutique via un courant électrique appliqué par voie transcrânienne. Cette technique est réalisée sous anesthésie générale. L'EDC sévère, notamment en présence de caractéristiques psychotiques, d'une altération grave de l'état général, d'un risque suicidaire imminent, d'une résistance ou d'une mauvaise tolérance aux traitements pharmacologiques sont des indications à l'ECT. Ceci, en raison de son efficacité et de sa rapidité d'action supérieure à celles des antidépresseurs. Selon l'American Psychiatric Association (APA), l'ECT est un traitement possible et efficace pendant la grossesse et le post-partum. Elle pourrait être une alternative thérapeutique de la dépression sévère avec des caractéristiques psychotiques, ou résistante au traitement ceci en l'absence de contre-indication à l'ECT et dans le cadre d'une surveillance régulière et multidisciplinaire. D'autres alternatives de techniques de stimulation cérébrale représentées aujourd'hui principalement par la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS), la stimulation électrique à courant continu et la stimulation cérébrale profonde existent, mais semblent moins efficaces dans le cadre des dépressions sévères (145)(146)(147).

3.5. Prévention des DPP par les antidépresseurs.

Devant le risque important de récurrence de DPP évalué entre 40 et 50 % , et le risque suicidaire élevé chez les patientes aux ATCD de DPP à fortiori de tentative de suicide, la question de mettre en place ou non un traitement antidépresseur en prévention se pose(20)(21)(82)(115).

En 2005, Howard et al. s'intéressent au sujet et mettent en avant deux études randomisées sur l'utilisation d'antidépresseurs pour prévenir la DPP chez des patientes aux ATCD de DPP. Seule, la SERTRALINE semble réduire la récurrence de la DPP (20). Les auteurs concluent que les antidépresseurs ne peuvent pas être recommandés pour la prévention des DPP et que des études plus importantes sur des plus grands échantillons sont nécessaires. A ce jour, aucune recommandation à ce sujet n'existe.

3.6. Conclusion.

L'initiation d'un traitement psychotrope chez une femme allaitante est une problématique majeure. De nos jours, il n'existe pas de recommandations claires, avec des conclusions souvent différentes. La stratégie de soin doit être choisie au cas par cas en mesurant la balance bénéfice risque, en accord avec la patiente et en respectant si possible son désir éventuel de poursuivre l'allaitement du bébé. Cependant la règle en périnatalité est de toujours chercher le consensus entre les différents professionnels autour de la patiente, pour arriver à une décision thérapeutique pluridisciplinaire concertée et sécurisante pour les futurs parents (7)(109).

Au vu de ces données, si l'allaitement est entrepris, une surveillance régulière de l'enfant est souhaitable. Ceci s'applique d'autant plus que l'enfant est prématuré et/ou présente une pathologie sous-jacente. La réévaluation de la poursuite de l'allaitement si l'enfant présente des signes de sédation est indispensable (sommolence, mauvaise prise de poids liée à des troubles de la succion...).

Plusieurs services d'informations tel le CRAT ou le Vidal sont mis à disposition des professionnels de santé, pour les informer sur les risques des médicaments, vaccins et de dépendance pendant la grossesse et l'allaitement. Ils permettent de vérifier en temps réel les risques de prescription encourus. Cependant, ils ne donnent pas les risques liés à l'absence de traitement et laisse toute latitude et responsabilité au clinicien.

4. Prise en charge non médicamenteuse.

4.1. Soins psychothérapeutiques.

Depuis plusieurs années nous assistons à un développement de nombreuses méthodes psychothérapeutiques avec des approches théoriques différentes. Selon P. une psychothérapie est une pratique qui a pour objet le psychisme individuel et qui se donne les moyens techniques pour agir directement sur lui ou sur ses effets dans les conduites. Elle trouve sa légitimité si la technique est intégrée à l'ensemble de la connaissance sur le psychisme, y compris dans ses organisations pathologiques. La pratique psychothérapeutique se différencie de toutes les pratiques normatives, rééducatives, ou d'inspiration religieuse. Elle ne vise pas à normaliser, ni à endoctriner. La pratique psychothérapeutique se fonde sur l'existence d'une relation interpersonnelle au travers de laquelle une mobilisation du psychisme est possible. Une telle entreprise s'effectue dans des conditions précises et elle a pour but d'amener une meilleure santé psychique. Elle produit un remodelage au niveau des investissements affectivo-relationnel et au niveau du fonctionnement cognitivo-représentationnel (116).

4.1.1. Les thérapies interpersonnelles.

La thérapie interpersonnelle (TIP) se développe dans les années 70 par G.Klerman et M.Weissman. Il s'agit d'une thérapie brève, pragmatique, centrée sur la mère, codifiée qui vise à réduire les symptômes dépressifs de la patiente en augmentant son estime de soi et en l'aidant à modifier ses relations interpersonnelles et/ou ses attentes vis-à-vis de ses relations. Son objectif est donc d'identifier les situations interpersonnelles qui déséquilibrent la mère et qui peuvent être à l'origine de la DPP (117).

Plusieurs études ont évalué la thérapie interpersonnelle et ont montré son efficacité en comparaison avec des groupes placebo (118)(119)(120)(121). En 2014 Claridge et al. ont réalisé une méta-analyse avec pour objectif d'examiner l'efficacité de la thérapie interpersonnelle sur la dépression pendant la grossesse et le post-partum. Cette méta-analyse inclus 24 études et conclue à un effet bénéfique de ce type de psychothérapie dans les DPP (122). D'autre part plusieurs études ont suggéré que la mise en place d'une thérapie interpersonnelle de groupe pourrait agir sur l'amélioration des symptômes dépressifs des mères souffrant d'une DPP (118)(123)(124)(125).

4.1.2. Les thérapies cognitivo-comportementales.

Une TCC est une thérapie brève, centrée sur la mère, validée scientifiquement qui porte sur les interactions entre pensées, émotions et comportements. Selon une étude randomisée réalisée en 1996 par Meager et Milgrom, la mise en place d'un programme de groupe TCC améliore significativement l'humeur des patientes souffrant de DPP comparé au groupe contrôle (patientes mises sur liste d'attente). Les principales limites de cette étude sont le nombre restreint de patientes incluses (10 participantes pour chaque groupe) et la prise d'un traitement antidépresseur par 40 % des femmes (126). En 2001, Prendergast et Austin ont réalisé une étude randomisée et contrôlée incluant 38 mères souffrant de DPP. Deux groupes ont été créés : un groupe a bénéficié de six séances de TCC hebdomadaires à domicile par une puéricultrice formée à la TCC et un groupe qui a bénéficié des soins classiques du post-partum. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre ces deux groupes après la prise en charge ou à 24 semaines de suivi (107)(125) .

En 2008, Austin et al. réalise un étude randomisée dont l'objectif est évaluer l'efficacité d'une TCC en anténatal chez les patientes à risque de développer une dépression pendant la grossesse ou dans le post-partum. Ils concluent à une diminution des symptômes mais de manière non significativement différente à la prise en charge sans TCC. Les auteurs font l'hypothèse d'un trop petit nombre d'inclusions ou d'une prise en charge trop courte. On note aussi 50% de perdues de vue sur l'ensemble des inclusions ce qui questionne les résultats (126).

A notre connaissance, aucune étude n'a pu valider l'intérêt de la TCC de manière formelle dans le cadre de la périnatalité.

4.1.3. Thérapie psycho-dynamique ou psychothérapie d'inspiration analytique.

La thérapie psycho-dynamique est une thérapie brève centrée sur la mère et son enfant contrairement aux TCC et aux IPT. Créée par B.Cramer et F.Palacio Espasa elle met en évidence le rôle des projections parentales sur le comportement de l'enfant. Le soutien et l'interprétation du transfert de la mère sur son enfant sont les deux éléments essentiels de ces thérapies afin de modifier les projections, les représentations et les attentes de la mère envers son enfant. Les projections maternelles peuvent être à l'origine des dysfonctionnements relationnels précoces et sont le centre de la thérapie psychanalytique du post-partum (129). Il s'agit d'un travail sur le lien entre la mère et l'enfant (130). Plusieurs études concluent à une efficacité la thérapie psycho-dynamique sur les DPP (107)(131)(132).

4.1.4. Thérapie de soutien.

La thérapie de soutien ou encore appelée soutien psychologique non-directif, trouve son origine dans la psychanalyse. Dans le contexte périnatal, elle a comme objectif un renforcement des capacités d'adaptation ainsi qu'un accompagnement psychologique de la mère face à l'accès à la parentalité. Pour cela le psychiatre écoute, conseille, et encourage la patiente pour la mettre en confiance dans son nouveau rôle de mère. Selon Weyeneth et al. la thérapie de soutien ou encore appelée soutien psychologique non-directif serait basée sur trois dimensions interdépendantes et pourtant différentes (133):

- une dimension technique spécifique, associant des interventions de provenance diverse, ayant des effets de soutien agissant sur certains aspects du fonctionnement psychique ;
- une dimension stratégique, orientée vers des buts, le soutien étant un objectif ou le moyen utilisé pour les atteindre en fonction d'une définition du changement psychique visé ;
- et une dimension relationnelle, attachée en partie à la notion de facteurs communs, portant sur des attitudes et techniques non spécifiques qui ont des effets de soutien sur la relation thérapeutique et l'alliance.

La thérapie de soutien a fait l'objet de plusieurs études dans la prise en charge non médicamenteuse de la DPP.

En 1989, une étude randomisée incluant 50 patientes souffrant de DPP, conclue que huit visites hebdomadaires de puéricultrices brièvement entraînées à la thérapie de soutien ont bénéficié à 69% des femmes du groupe intervention une guérison complète versus 38% des patientes du groupe contrôle (134).

En 1996, une étude randomisée incluant 41 patientes souffrant de DPP, a étudié l'impact que pouvait avoir six visites hebdomadaires avec thérapie de soutien réalisées par des IDE. Les résultats de l'étude décrivent une guérison complète chez 80% des patients du groupe traitement contre 25% des patients du groupe contrôle (135).

4.1.5. Méthodes alternatives.

Très peu d'études sont répertoriées concernant l'utilisation de l'hypnose, du mindfulness de l'acupuncture, de la luminothérapie, ou des massages dans le traitement de la DPP. La majorité ne permettant pas de conclure à un intérêt de cette pratique, mais ne rapporte aucun effet indésirable (125)(136)(137)(138).

4.1.6. Etudes comparant les différents types de psychothérapie.

En 2004, Teissèdre et Chabrol proposent une étude incluant 45 femmes souffrant de DPP à 4-6 semaines du post-partum. Les participantes ont été réparties soit dans un groupe « TCC/psycho-dynamique » (n=21) soit dans un groupe « Thérapie de soutien » (n=24). Les patientes ont été évaluées à l'aide d'un entretien structuré. Dans le groupe « TCC/psycho-dynamique » les participantes ont bénéficié de huit visites à domicile hebdomadaires de 60-90 minutes. Les participantes du groupe comparaison ont reçu huit visites à domicile hebdomadaires de 60-90 minutes de psychothérapie de soutien. Après la prise en charge psychothérapeutique, les taux de rémission basés sur les scores au BDI < 4 étaient significativement plus importants dans le groupe thérapie « TCC/psycho-dynamique » que dans le groupe « thérapie de soutien » (81% vs 0%). Quant aux scores-moyens à l'EPDS, ils étaient significativement plus bas dans le groupe « TCC/psycho-dynamique » (EPDS=5) que dans le groupe « Thérapie de soutien » (EPDS : 11) (107).

Quatre méta-analyses majeures ont examiné les différentes prises en charge psychothérapeutiques pouvant être utilisées dans la DPP. Sockol et coll. incluaient des femmes pendant la grossesse et le post-partum. Les données ont été analysées à partir de 27 études (neuf essais ouverts, deux essais quasi randomisés et 16 randomisés); dans toutes les études, les symptômes dépressifs ont été significativement réduits après la prise en charge (taille d'effet globale 0,65). La thérapie individuelle était significativement plus efficace que la thérapie de groupe. Parmi l'ensemble des thérapies, la TCC et l'IPT avaient les plus grandes tailles d'effet par rapport aux conditions de contrôle, avec un léger avantage pour l'IPT. Malgré le grand nombre de points de données, les comparaisons étaient insuffisantes pour séparer avec fiabilité les effets relatifs à la psychothérapie des effets relatifs à la prise en charge médicamenteuse (139).

Plusieurs études ont montré les effets bénéfiques d'une psychothérapie à court terme mais qu'en est-il sur les effets à long terme ? Deux études randomisées publiées en 2013 tentent de répondre à cette question. Pour cela elles ont comparé l'effet à long terme de trois prises en charge psychothérapeutiques avec, l'effet de soins habituels. L'étude incluait 193 mères primipares souffrant de DPP, assignées par randomisation dans 4 groupes :

- Groupe contrôle bénéficiant des soins habituels (n = 52),

- Groupe TCC, bénéficiant d'une TCC centrée sur des problèmes et interactions mère-enfant (n = 43),
- Groupe psychothérapie dynamique, centrée sur la compréhension des représentations maternelles et de sa relation avec l'enfant à travers l'exploration de son propre attachement précoce (n = 50),
- Groupe thérapie de soutien (n = 48)

Les différentes prises en charge se déroulaient à domicile entre la 8^{ème} et 18^{ème} semaine du post-partum. Plusieurs évaluations ont été réalisées après le traitement (à 4,5 mois) et à 9, 18 et 60 mois du post-partum.

Résultats: En comparaison avec le groupe contrôle, trois traitements ont eu un impact positif et significatif à 4,5 mois sur l'humeur maternelle (EPDS). Cependant, le bénéfice du traitement n'était plus significatif 9 mois après l'accouchement. De plus, le traitement n'a pas eu d'influence sur la réduction des épisodes de DPP lors des grossesses ultérieures ; de même lors des évaluations la gestion maternelle des problèmes comportementaux précoces de l'enfant, la sécurité de l'attachement mère-enfant, le développement cognitif de l'enfant n'ont pas bénéficié d'un impact significatif au delà des 9 mois du post-partum. Les thérapies spécialisées n'étaient pas plus efficaces que les thérapies non spécialisées (107)(131)(132).

Les études de E.Boath et PJ Cooper recherchent l'impact sur le taux de rémission des différentes thérapies non spécifiques au post-partum (thérapie de soutien, TCC, thérapie psycho-dynamique, thérapie interpersonnelle et relaxation). Ces thérapies individuelles sont courtes (entre 6 et 12 séances). Elles concluent à :

- l'absence de différence significative entre elles concernant le taux de rémission des DPP.
- un taux de rémission entre 40 à 80 % suite à une prise en charge psychothérapeutique versus 15 à 40% chez les patientes n'ayant pas eu de psychothérapie (132)(140).

L'étude de Murray et al. compare l'effet de la thérapie de soutien, de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie psychodynamique (132). Elle conclue à un effet équivalent sur la fréquence de rémission des dépressions postnatales. Ils n'observent pas de changements significatifs quant aux interactions mère-enfant selon la thérapie. Boath et Henshaw, concluent que «les limitations méthodologiques de ces études impliquent que l'efficacité de ces approches thérapeutiques n'a pas été clairement démontrée et qu'il y a très peu de faits prouvés sur lesquels se baser pour des recommandations de pratique des soins et de politique de santé» (140).

4.1.7. Structures de soins.

Cette partie est développée dans la partie II 1.3.2.

4.1.8. Conclusion

D'après les données de la littérature, la prise en charge psychothérapeutique semble avoir une efficacité supérieure aux soins habituels délivrés dans le post partum à court terme chez les patientes « à risque ». Cependant les nombreux biais et limites de ces études rendent la généralisation des résultats difficile. Aucune conclusion définitive ne peut être tirée sur les effets à long terme de la psychothérapie. Cependant si les avantages ont pu être décrits dans les études, la période du post partum reste très complexe avec des remaniements psychiques de la mère, aussi bien identitaires, existentiels, qu'intergénérationnels ; Ainsi elle pourrait être une période à risque pour débiter certains types de thérapies qui pourraient déstabiliser la construction psychique de la future mère.

4.2. Interventions centrées sur le support social (hors psychothérapie).

4.2.1. Définition.

Les facteurs de risques environnementaux peuvent favoriser la survenue d'une DPP. Les prises en charge centrées sur la réduction de ces facteurs de risque regroupent les modalités d'aide et de soutien non exercées sous formes de psychothérapie : visites à domicile par des professionnels de santé, IDE, sages femmes, travailleurs sociaux, préparation à l'accouchement, soutien par l'entourage...

4.2.2. Données de la littérature.

En 1997, Morgan, Matthey, Barnett, *et al.* mettent en place un programme de groupe de parole pour les femmes en difficulté. Ce programme est constitué de huit séances hebdomadaires de 2 heures, dont une séance de couple et est dispensée par un thérapeute professionnel et une IDE. Les stratégies psychothérapeutiques ont pour objectif d'aider les femmes à gérer leurs préoccupations concernant leurs sentiments à l'égard de leur conjoint, de leur propre mère et de leur enfant. Au début du programme, 66% des femmes avaient un score à l'EPDS > 12, contre

22% lors de la dernière séance. La limite de l'étude était l'utilisation d'un traitement médicamenteux par 50% des patientes (141).

En 2000 deux principales études sont réalisées sur le soutien des femmes pendant le post-partum:

- L'étude randomisée et contrôlée de Chen, Tseng, Chou, *et al* incluant 60 patientes souffrant de DPP. Elle est composée d'un groupe soutien dans lequel les participantes bénéficient de quatre séances hebdomadaires d'une durée moyenne d'1h30 à 2 heures et d'un groupe contrôle qui bénéficiait de soins classiques délivrés durant post partum. Lors de ces séances plusieurs sujets sont abordés dont les capacités de communication et d'organisation, le passage à la maternité ainsi que la gestion du stress postnatal. Cette étude a mis en évidence une amélioration significative de l'humeur dans le groupe de soutien par rapport au groupe contrôle (142).
- L'étude randomisée de Misri, Kostaras, Fox et al. a pour objectif d'évaluer l'impact du soutien du conjoint dans le traitement de la DPP. Cette étude inclue 29 participantes réparties dans un groupe soutien versus un groupe contrôle. Les patientes de l'étude ont bénéficié de sept visites de psychoéducation. Dans le groupe soutien, les conjoints participent à quatre visites/sept. Après 4 semaines de suivi, les patientes du groupe soutien présentent une diminution significative de la symptomatologie dépressive, en comparaison avec le groupe contrôle (140)(143).

En 2003, une étude pilote randomisée et contrôlée a pour objectif d'évaluer les effets d'un soutien téléphonique par un membre de l'entourage. 42 mères ayant un score à l'EPDS >9 sont incluses puis assignées par randomisation au groupe contrôle ou au groupe de soutien par un pair. Résultats : A 8 semaines, 15% du groupe de soutien par un pair avaient des scores >12 contre 52% des femmes du groupe contrôle (144).

Toutes ces études tendent à conclure que le soutien du patient et de son entourage semble être un paramètre indispensable et protecteur de la DPP d'intensité mineure à modérée.

En 2013, une revue de la littérature réalisée par Dennis et Hodnett a pour objectif principal d'évaluer l'efficacité des interventions de toute nature sur la diminution du risque de DPP en anténatale, per-natale et postnatale par rapport à des soins classiques. Vingt-huit essais impliquant près de 17000 femmes sont étudiés. L'étude conclue que la majorité des mères ayant bénéficié d'une intervention psychosociale ou psychologique sont moins à risque de développer

une DDP comparé aux mères ayant bénéficié de soins classiques (20 essais, 14 727 femmes).

Parmi les moyens préventifs figuraient :

- > Des visites à domicile par des IDE ou des sages-femmes (deux essais, 1262 femmes)
- > Un soutien téléphonique (un essai, 612 femmes)
- > Une psychothérapie interpersonnelle (Cinq essais, 366 femmes).

Ces interventions semblent plus facilement réalisables chez des patientes connues comme personnes à risque de développer une DPP. L'étude conclue que les participantes ayant reçu ces moyens préventifs sont significativement moins à risque de développer une DPP par rapport à celles ayant bénéficié de soins classiques (136).

4.2.3. Conclusion

Dans la majorité des données de la littérature, ces interventions conclue à une efficacité sur les DPP, tant au niveau thérapeutique que préventif. Elles pourraient avoir un rôle important dans le dépistage des DPP si elles étaient ciblées sur des patientes à risque de développer une DPP et réalisées individuellement, à domicile avec un rythme soutenu. Les principales limites de ses études sont l'absence de rigueur méthodologique et la petite taille des échantillons.

Partie IV – Illustration clinique Mme L., 33ans

Le 24/11/16, dans le cadre des consultations de périnatalité au Centre Hospitalier du Belvédère à Rouen, je rencontre Madame L, âgée de 33 ans, adressée par la psychologue du Belvédère en raison de troubles du sommeil à type de réveils multiples depuis la naissance de son fils Louis le 10/10/16.

Madame L est en couple depuis quatre ans, elle est la mère d'un petit garçon d'un mois et deux semaines. Elle est salariée dans une compagnie d'assurance depuis six ans. Le père de l'enfant est salarié dans un laboratoire pharmaceutique. La relation conjugale est non conflictuelle, Mme L. se sent soutenue. Le couple n'a pas de problèmes financiers. L'entourage familial et amical est étayant. Madame L. a une sœur cadette et deux neveux avec lesquels elle entretient de bonnes relations. Ses parents vivent dans la même résidence qu'elle et sont très présents en fonction de ses besoins.

La grossesse était désirée et s'est déroulée sans incident somatique. Il n'est retrouvé aucun antécédent gynécologique notamment pas d'antécédents de fausses couches spontanées ou d'antécédents d'interruption volontaire de grossesse. L'accouchement par voie basse, sous péridurale était simple ; une épisiotomie a été réalisée avec le consentement de Mme L. Celle ci fut bien tolérée en l'absence de complications de cicatrisation, et de douleurs périnéales importantes (Echelle Visuelle Analogique ou EVA évaluée à 2 dans les premiers jours du post-partum).

Louis est son premier enfant, il est en bonne santé. (Poids : 3,5kg ; Taille : 51cm ; Périmètre crânien : 35 cm ; Score Apgar : 10). Il n'y a pas eu de complications dans les suites de couches. Mme L. a toujours manifesté son désir d'allaitement depuis le début de sa grossesse. A la maternité, les premiers jours avec Louis se passent bien et rapidement Mme L. ne sollicite plus le personnel pour les soins de puériculture. Selon la patiente et le personnel l'allaitement maternel ainsi que les soins du bébé se déroulent sans incidents.

Durant les jours qui suivent sa sortie de la maternité, Mme L. présente des troubles du sommeil avec une asthénie diurne, un ralentissement psychomoteur d'intensité modérée, ainsi qu'une anxiété prédominante le soir. De ce fait l'allaitement devient plus difficile et Mme L. alterne avec des biberons la nuit. Le 9/11/16, la patiente consulte son médecin traitant qui

prescrit un traitement (ttt) par Hydroxyzine 25mg le soir, et l'adresse à la consultation de psychologie du Belvédère où elle sera reçue le 14/11/16.

Madame L. se décrit comme ayant des traits de personnalité obsessionnelle, se qualifiant de « personne assez perfectionniste » avec un « souci de l'ordre » et qui « aime planifier les choses ». Aucun antécédent psychiatrique personnel n'est retrouvé, hormis un épisode d'anxiété lors de ses examens à la faculté dix ans auparavant, lequel avait nécessité une prescription de Stresam pendant un mois. On ne retrouve aucun élément en faveur d'un trouble anxieux sous-jacent.

En revanche, la patiente rapporte plusieurs antécédents psychiatriques familiaux du côté maternel:

-sa tante maternelle est suivie pour un épisode dépressif caractérisé (EDC) avec un antécédent de tentative de suicide il y a plusieurs années,

-sa grand-mère maternelle est décédée par suicide (pendaison) lorsqu'elle avait un an,

-son oncle maternel aurait été suivi pour un état de stress post traumatique en relation avec la guerre d'Algérie.

Lors de la première consultation, il n'est pas retrouvé d'éléments en faveur d'un EDC: Il n'existe pas d'humeur dépressive, de perte d'intérêt, de sentiment de dévalorisation ou de culpabilité relative aux difficultés d'allaitement; aucun trouble de la concentration ou de l'orexie n'est présent ; on note une absence d'idées suicidaires (IDS) ou de phobies d'impulsion. La patiente me parle spontanément de son fils, et les propos tenus à son égard sont bienveillants. Cependant Mme L. allègue des troubles du sommeil à types de réveils multiples avec un ralentissement psychomoteur de faible intensité et fluctuant et une anxiété légère le soir malgré le traitement instauré par son médecin traitant. En l'absence de critères d'un EDC selon le Manuel Diagnostique et statistique des troubles Mentaux 5^{ème} édition (DSM V), la prescription d'un traitement anxiolytique/hypnotique par benzodiazépine : Oxazépam 10mg le soir (traitement compatible avec l'allaitement maternel) est effectuée.

Les examens complémentaires : biologie récente et l'électrocardiogramme (ECG) sont sans particularités. La tomodensitométrie (TDM) cérébrale prescrite ne décèle aucune anomalie scanographique.

En conclusion, il est donné un rendez-vous de « contrôle » la semaine suivante avec la proposition de venir accompagnée de son fils Louis.

Lors de la deuxième consultation, Mme L. est accompagnée de Louis, on constate un amendement des troubles du sommeil et de l'anxiété. La patiente est euthymique et dit profiter pleinement de sa maternité. Elle a repris un allaitement maternel exclusif, se lève deux fois dans la nuit pour nourrir son enfant, se rendort facilement. Elle se projette de manière adaptée et sereine. Depuis cinq jours Mme L. ne prend plus qu'un demi comprimé d'Oxazépam 10mg ; la possibilité de diminuer le traitement avait été évoquée lors de la première consultation en cas de sédation trop importante. De ce fait il est prescrit de nouveau de l'Oxazépam 10 mg en si besoin: ½comprimé (cp) le soir si anxiété et/ou si troubles du sommeil. Lors de cet entretien les interactions comportementales semblent de bonne qualité : des regards mutuels sont observés, la patiente allègue des interactions affectives agréables avec son enfant et le portage est sécurisant pour Louis.

Lors de la troisième consultation, quinze jours plus tard, se fait en présence de son compagnon qui confirme également l'amélioration et la stabilité clinique de la patiente à domicile. Le lendemain de la troisième consultation, compte tenu de la bonne évolution clinique de la patiente le dossier de Madame L. n'est pas discuté à la réunion mensuelle de périnatalité. La psychologue qui effectue le suivi en psychothérapie, elle-même présente à cette réunion confirme avoir également constaté l'amélioration récente de l'état de santé de la patiente.

Lors de la quatrième consultation (le 2/1/17 au Belvédère), soit deux mois et vingt trois jours après la naissance de Louis, Mme L se présente à nouveau avec son compagnon. Elle décrit un épisode d'aggravation pendant les fêtes de Noël, avec une décompensation rapide et soudaine de son état en l'espace de dix jours, sans facteur déclenchant retrouvé. Face à cette aggravation, son conjoint a décidé de consulter en urgence le 24 Décembre 2016 et s'est rendu à l'Unité d'Accueil et d'Orientation (UnAcOr) (urgences psychiatriques de Sotteville-Lès-Rouen). Ils y retourneront une seconde fois à 24 heures d'intervalles.

Sur le dossier clinique de l'UNACOR sont mentionnés :

-lors de la consultation du 24/12/16 : « Symptomatologie anxio-dépressive évoluant depuis deux semaines dans un contexte de post-partum »; « Tristesse de l'humeur sans idées suicidaires, anhédonie, aboulie, ralentissement psychomoteur modéré, anxiété diurne, troubles du sommeil mixtes, pas de phobie d'impulsion » ; « Dépression du post-partum d'intensité modérée : retour à domicile accompagné de son conjoint, introduction d'un traitement antidépresseur par Sertraline 50 mg : 1gélule le soir».

- lors de la consultation du 25/12/16 : « Symptomatologie évoquant un tableau mélancoliforme avec une tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur marqué, quasi mutisme, idées de

culpabilité excessives. » ; « Pas de phobies d'impulsion » ; « Quelques idées noires mais pas d'idées suicidaires ».

Des troubles du sommeil à type d'insomnie avec asthénie diurne sont également décrits. Le conjoint est en congé, les parents de Mme L. se rendent également disponibles pour l'aider et le prochain rendez-vous médical avec l'interne de psychiatrie périnatale est prévu une semaine plus tard, le 2/1/17 ; un retour à domicile est décidé, après avoir évoqué une possibilité d'hospitalisation qui est refusée.

Au niveau thérapeutique, sont instaurés :

- un traitement antidépresseur par IRSNa : Venlafaxine LP 75 mg 2 gélules le matin,
- un traitement par antipsychotique atypique : Quétiapine augmenté progressivement (50 mg J1, 100 mg J2, 200 mg J3 et 300 mg J4),
- un traitement anxiolytique par benzodiazépine : Lorazépam 1mg matin et midi, 2,5mg le soir.
- arrêt de la Sertraline.

L'allaitement maternel est arrêté en accord avec la patiente.

Ainsi le 2/1/17, lors de cette quatrième consultation, Mme L. présente un contact de bonne qualité, le discours est adapté. Aucun élément de culpabilité quant à l'arrêt de l'allaitement n'est retrouvé. La patiente allègue une amélioration de la thymie. Aucun élément mélancolique n'est retrouvé. Mme L. ne présente pas de ralentissement psychomoteur marqué. Le sentiment de culpabilité exprimé est qualitativement et quantitativement non pathologique. Les fonctions instinctuelles sont conservées sous traitement.

Mme L. ne verbalise pas d'idées noires, pas d'idées suicidaires ni de phobie d'impulsions cependant l'amélioration demeure partielle. Persistent à minima une tristesse de l'humeur, une anhédonie et une aboulie. La patiente dit s'occuper avec difficulté de son fils et son conjoint prend souvent le relais. Les propos tenus envers Louis restent bienveillants et adaptés mais la patiente exprime des difficultés à trouver sa place auprès de son fils.

De ce fait une EPDS est proposée qui cote : 17/30.

Le traitement est maintenu avec Quétiapine à 300mg, Lorazépam : 1 mg-1mg-2,5mg, et Venlafaxine LP 75 mg à 2 gélules le matin.

Le fonctionnement du réseau de périnatalité de Rouen est présenté à Mme L. Celui-ci offre une prise en charge psychiatrique plus soutenue, avec notamment la possibilité de visites à domicile (VAD) par un intervenant de l'équipe. La patiente semble adhérer à la proposition.

Le 3/1/17, le dossier de Mme L. est présenté à la réunion mensuelle de périnatalité afin d'échanger sur cette situation difficile et d'élaborer un projet de soin et d'accompagnement adapté. L'équipe médicale met en place un suivi par une infirmière diplômée d'état (IDE) exerçant dans l'unité de périnatalité, laquelle effectuera des VAD hebdomadaires afin d'évaluer la situation et de soutenir la qualité des interactions avec Louis; les consultations en psychologie se poursuivront à la fréquence d'une consultation tous les quinze jours ; les consultations avec l'interne de psychiatrie seront maintenues aux Centre Hospitalier du Belvédère.

VAD du 6/1/17: la mère et le conjoint de Mme L. sont présents. La maison et la chambre de Louis sont aménagées de manière adaptée. Les conditions d'hygiène sont bonnes. Mme L. se plaint d'un ralentissement psychomoteur fluctuant. On observe peu d'engagement psychique et émotionnel avec Louis ainsi que peu de contact corporel et de regards échangés. La verbalisation de Mme L. est pauvre, elle n'a pas de prises d'initiatives à l'égard du bébé, qui semble présenter un contact visuel de meilleure qualité avec sa grand-mère qu'avec sa mère. Lorsque Louis pleure, Mme L. a des difficultés pour l'apaiser; elle décrit la survenue d'une irritabilité importante lorsque l'emballage et la mise sur le porte-bébé ne suffisent pas à faire cesser les sanglots. Des conduites d'évitement de la prise en charge s'installent quand le bébé pleure ; Mme L. verbalise la contrainte que représente le soin du nouveau né au quotidien, soin qui l'amène à déléguer fréquemment cette tâche à son conjoint. D'autres alternatives sont proposées par l'IDE pour détendre Louis, consistant à le bercer, lui chanter une chanson ou lui donner un bain.

5^{ème} consultation du 9/1/17 : la patiente présente un ralentissement psychomoteur modéré, avec une attitude de retrait, une élaboration pauvre. Le faciès est fermé et triste. Mme L met en avant ses difficultés à être entièrement disponible pour Louis .Elle décrit des interactions avec celui-ci plus rares et de moins bonnes qualités que celles de ses parents et de son conjoint, lesquelles sont constatées lors des VAD.

Devant la persistance d'une symptomatologie dépressive majeure, je majore la Venlafaxine LP 75 mg à 3 gélules le matin. Parallèlement, nous convenons d'une diminution du Lorazépam du matin et du midi face aux plaintes de somnolence diurne.

VAD du 16/1/17: La mère de Mme L. est à la maison, mais part pendant la VAD. Mme L. verbalise plus facilement, en l'absence de sa propre mère, ce « maternage forcé », sans plaisir éprouvé. Les interactions sont dysharmonieuses : la patiente présente une neutralité affective,

semble peu impliquée dans le soutien des activités de son fils. Il est noté néanmoins un maintien dans les soins quotidiens prodigués à Louis.

6^{ème} consultation du 23/1/17: Mme L. se présente avec son conjoint et leur enfant.

Dans un premier temps, elle est reçue seule avec Louis, puis dans un second temps avec son conjoint. Mme L. est hypomimique, son faciès est figé ; une augmentation de la latence verbale est constatée. Une irritabilité est retrouvée au premier plan et, des éléments de revendication sont présents dans son discours. Mme L. se plaint des traitements prescrits, elle verbalise des effets secondaires imputables à la Quétiapine: des sensations vertigineuses, une somnolence diurne malgré la diminution du Lorazépam, une vision voilée, des troubles de l'accommodation, des sensations de bouche sèche, une constipation malgré un traitement laxatif et des dyskinésies des membres supérieurs.

Pendant la consultation, Mme L. est distante avec Louis, tente des gestes de réconfort lorsqu'il pleure mais avec peu d'émotion ; les pleurs ne cessent pas.

Son compagnon décrit une fluctuation de l'humeur, une irritabilité plus marquée ces derniers jours, ainsi qu'un manque d'énergie, mais persiste une capacité à assurer les gestes élémentaires de la vie quotidienne pour Louis. Mme L. est aidée par sa mère qui vient au domicile tous les jours.

Sur le plan thérapeutique, tenant compte des effets indésirables décrits par la patiente et la présence d'un syndrome extrapyramidal, une diminution de la Quétiapine à 200mg/J et une augmentation de la Venlafaxine à 4 gélules/J sont décidées.

Après le départ de la psychologue du Centre hospitalier du Belvédère, la prise en charge psychologique est arrêtée. Mme L. n'étant pas stabilisée sur le plan de l'humeur et peu accessible à une psychothérapie, un relais avec une autre psychologue n'est pas proposé.

VAD du 25/1/17: les plaintes par rapport au traitement sont au premier plan. Est observée une légère atteinte de l'initiation des mouvements volontaires. Mme L. sollicite beaucoup sa mère et son conjoint. Paradoxalement, elle verbalise une amélioration thymique.

7^{ème} consultation (30/1/17) : la mauvaise tolérance du traitement persiste malgré la diminution de la Quétiapine. La présentation est correcte et le contact est de meilleure qualité mais une hypomimie est toujours constatée, ainsi que des dyskinésies à type de tremblements des membres supérieurs uniquement. Le discours est ralenti du fait d'une sédation secondaire au traitement. Mme L. allègue une amélioration partielle au niveau de la thymie, ainsi qu'un amendement de l'anxiété. Il est à noter que Mme L. ne parle pas spontanément de Louis.

Il est décidé de diminuer progressivement la Quétiapine jusqu'à l'arrêt définitif tout en poursuivant des consultations très rapprochées.

VAD du 9/2/17 : les interactions avec Louis semblent s'améliorer légèrement. Depuis la diminution de la Quétiapine, Mme L. est moins sédatisée. Elle a plus de facilité à rentrer en interaction avec Louis. Ses gestes sont plus spontanés et les prises d'initiatives sont plus fréquentes. La mère de Mme décrit une reprise d'autonomie chez sa fille qui, de ce fait, la sollicite moins. Louis est éveillé et réactif aux échanges avec les adultes.

Lors des consultations suivantes (du 09/02/17 au 26/02/17), la symptomatologie dépressive semble s'améliorer selon Mme L.

L'amélioration clinique est ressentie par la patiente, son mari et l'équipe de périnatalité.

Néanmoins, les interactions restent insatisfaisantes. Lors des VAD, Louis joue un rôle plus actif dans les interactions avec son père et sa grand-mère ; il cherche peu de contact avec sa mère, laquelle se met en retrait. Les interactions visuelles, vocales, et affectives sont adaptées à son âge avec les autres adultes (autre que sa mère).

Lors de la consultation du 26/2/17 : Mme L. accompagnée de son conjoint décrit une résurgence de symptômes dépressifs : ralentissement psychomoteur modéré, anhédonie, aboulie, plaintes somatiques, perte de l'appétit, ainsi que des troubles du sommeil mixtes.

Mme L. a verbalisé des idées suicidaires trois jours auparavant. Il s'agit d'idées suicidaires non scénarisées, sans velléité de passage à l'acte selon la patiente. Elles ne seraient plus présentes depuis trois jours. Mme L. exprime toujours une difficulté à tisser des liens avec son fils et n'arrive pas à prendre du plaisir à jouer avec lui. Lorsqu'il pleure, elle exprime une totale incompréhension et remet en cause les actions qu'elle entreprend en qualité de mère. Ces sentiments de culpabilité et d'incapacité à subvenir aux besoins de son enfant sont anxiogènes, et inhibent la prise d'initiative.

Nous discuterons alors des différentes possibilités d'hospitalisation et des bénéfices attendus de celle-ci, notamment dans une unité mère-enfant. Mme et M. refusent, en raison de l'absence de structure psychiatrique mère-enfant dans la région rouennaise. L'option d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte de Rouen est également écartée en raison du refus de séparation de la mère vis-à-vis de son enfant.

Sur le plan thérapeutique, le ttt médicamenteux est modifié avec 1 cp de Mirtazapine 15 mg le soir en association aux 4 gélules de Venlafaxine LP 75 mg LP par jour.

Depuis l'évocation d'une hospitalisation, Mme L. semble plus distante voire méfiante et réticente lors des entretiens. La psychothérapie de soutien que j'effectue ne parvient pas à rassurer la patiente. Le ton est normocorde, le discours est plaqué. Mme L. décrit pourtant une euthymie apparue quinze jours après l'augmentation du traitement antidépresseur et allègue un retour à l'état antérieur.

Cette amélioration clinique est confirmée par son mari et l'IDE de périnatalité pendant les VAD. Devant ce contact de mauvaise qualité en inadéquation avec le ressenti de Mme L. une seconde EPDS est effectuée dont le score est de 4/30.

Durant les trois premières semaines de mars, les consultations de psychiatrie hebdomadaires se poursuivent, en présence du conjoint. Des échanges réguliers avec l'IDE de périnatalité décrivent une stabilité thymique mais peu d'amélioration des interactions. Lors des entretiens psychiatriques un contact de mauvaise qualité persiste avec une méfiance au premier plan, non retrouvée lors des visites à domicile. A noter qu'aucun élément délirant n'est retrouvé lors de la consultation.

Le 23/03/17 Mme L est hospitalisée au Centre Hospitalier du Rouvray suite à une tentative de suicide médicamenteuse. Le dossier médical indique qu'elle a ingéré six comprimés de Lorazépam 2,5mg et explique ce passage à l'acte par un « geste impulsif non prémédité ».

Elle restera hospitalisée du 23/3/17 au 13/4/17 dans un service fermé du Centre Hospitalier de Saint Etienne du Rouvray.

Lors de l'hospitalisation les mécanismes de défense de Mme L. s'effondrent. Elle reconnaît avoir dissimulé son mal être. Une symptomatologie dépressive d'intensité sévère est présente avec une ébauche de critique des éléments persécutifs: « Le matin après le départ de mon mari je fermais tous les volets de ma maison, j'avais l'impression que mes voisins pensaient que j'étais une mauvaise mère » ; « j'arrivais à donner le change, mais je souffrais ».

Mme L. décrit ses difficultés à trouver sa place en tant que mère. Toutes les verbalisations concernant ses sentiments envers son fils et la façon dont elle s'en est occupée sont empreints de culpabilité massive et de dévalorisation.

Au niveau thérapeutique, est introduit du Teralithe LP 400mg 2cp/J en association avec le traitement antidépresseur par Venlafaxine 4g/J. La Mirtazapine est arrêtée du fait d'une augmentation de l'appétit avec une prise de poids de quatre kilogrammes depuis l'instauration du traitement. Des visites quotidiennes de son conjoint ou de sa famille avec Louis sont mises en place ainsi que des permissions à domicile le week-end.

Après trois semaines d'hospitalisation au cours desquelles plusieurs permissions ont été instaurées un retour à domicile est organisé ainsi que la reprise du suivi pluridisciplinaire avec l'équipe de périnatalité.

Après cette hospitalisation lors des consultations et des VAD le contact devient de bonne qualité. Le discours est fluide. La thymie s'est stabilisée et un retour à l'état antérieur est obtenu progressivement. Mme L. revient facilement sur l'évolution de sa pathologie et de sa tentative de suicide. Elle exprime avoir « eu le besoin d'arrêter cette souffrance, (mais) il n'y avait pas un réel désir de mort ». Les attitudes maternelles et d'ajustement mère-enfant s'améliorent. Mme L. continue de douter de ses capacités maternelles. Elle est cependant accessible à la réassurance et à la valorisation.

Lors des VAD, Louis est réveillé, souriant. Les interactions entre Mme L. et son enfant s'améliorent et sont de bonne qualité. Il y a un bon niveau de satisfaction mutuel de l'interaction. Mme L. est chaleureuse, accepte les signaux de Louis qui est actif dans les échanges.

Au mois de mai 2017, un groupe de parole est mis en place pour les mères souffrant ou ayant souffert d'une DPP, supervisé par une IDE de périnatalité. Mme L. y participera deux fois, ce groupe de parole ne pouvant être poursuivi suite à des difficultés institutionnelles.

Au mois de juillet 2017 Mme L. reprend son travail à temps partiel puis à temps complet. Aucune résurgence de symptômes dépressifs n'est observée. Les consultations deviennent plus espacées, à raison d'une fois par mois.

En Octobre 2017, l'état de santé de Mme L. était toujours très satisfaisant. Le traitement de fond par Teralithe LP 400mg 2 cp/J en association avec la Venlafaxine LP 75 mg 4g/J est bien toléré par la patiente.

La fin du stage dans le service, imposait l'organisation d'un relais thérapeutique par un médecin psychiatre du service de périnatalité. Les VAD mensuelles se sont arrêtées à la demande de Mme L., le suivi avec un médecin psychiatre s'est poursuivi favorablement à la fréquence d'une consultation par mois jusqu'en décembre 2017, puis tous les deux mois depuis janvier 2018. Le traitement médicamenteux associant Lithium et Venlafaxine a été poursuivi pendant 6 mois, jusqu'à ce que la patiente soit perdue de vue.

Discussion

Mme L. a été suivie alors que j'effectuai mon stage en psychiatrie adulte dans le secteur du GO8 au CHSR. Ce service ainsi que le service de pédopsychiatrie du CHU de Rouen font partie du réseau de périnatalité de Rouen. Cette situation clinique explore la complexité de la prise en charge de la dépression du post-partum et la nécessité d'un travail d'équipe pour ces pathologies.

1) Difficultés diagnostiques.

a) Limites des classifications internationales.

Comme nous l'avons vu lors de la description des critères diagnostiques, le DSM V ne présente pas de critères spécifiques de la DPP, laquelle se définit selon les items d'un épisode dépressif caractérisé dans une période temporelle qui peut s'installer du début de la grossesse jusqu'à quatre semaines après l'accouchement. La CIM 10 se différencie peu du DSM V au niveau de la temporalité ; elle étend la possibilité de début jusqu'à six semaines après l'accouchement.

L'exigence de standardisation à laquelle se soumettent ces classifications (DSM 5 et CIM10) impose des limites qui ne rendent pas compte de la spécificité clinique de la DPP niveau temporel et sémiologique.

b) Symptomatologie masquée : de la censure maternelle aux éléments persécutifs.

La psychiatrie est une discipline caractérisée par l'évaluation de symptômes dont l'appréciation est essentiellement clinique. Celle-ci devient plus difficile quand se rajoutent le voile d'une censure maternelle et/ou des éléments persécutifs. Censure maternelle et éléments persécutifs étaient présents en début et en cours de ce suivi.

La censure maternelle au début de la prise en charge : en l'absence de définition consensuelle retrouvée, la censure maternelle peut être définie par la minimisation ou la dissimulation volontaire de symptômes pendant le post partum, contrairement au déni qui relève du processus inconscient. La censure maternelle semble spécifique à la psychopathologie de la période périnatale.

En Avril 2016, l'amélioration clinique de Mme L. se confirmait, même si une symptomatologie résiduelle persistait à minima. Nous avons pu, au fil des entretiens, revenir sur les manifestations

de souffrances psychiques initiales. Mme L. a verbalisé les difficultés qu'elle avait eues à exprimer sa douleur. Ces difficultés reposaient sur la présence de sentiment de honte, notamment de ne pas être dans le bonheur maternel attendu par son entourage et la société : «Je désirais cette grossesse mais je n'étais pas dans le bonheur maternel que je devais ressentir. Je préférais me taire, et faire comme si tout allait bien, parce que j'avais un peu honte et aussi peur que mon entourage me juge», « je ne vivais pas ma maternité comme la vivait ma sœur avec ses deux enfants », « je pensais que tout rentrerait dans l'ordre avec le temps ». Mme L. pensait que cette détresse allait s'amender avec le temps. Elle avait peur de la mise en place d'un traitement antidépresseur ainsi que d'une stigmatisation .Elle pensait également à sa grand-mère et sa tante suivies en psychiatrie. Se mêlaient différents niveaux de réticences de la maternité et de la maladie mentale familiale. Peut-être même, la découverte d'une pathologie familiale dont elle serait atteinte précisément au moment même où la venue d'un bébé était censée être un grand bonheur rendait cette souffrance encore plus inexprimable.

En conséquence, il est important en pratique clinique, dans le contexte du post partum, de ne pas sous estimer la possibilité de présence d'une éventuelle censure. Dans le cas de Mme L. l'option thérapeutique initiale aurait été différente en l'absence de cette dissimulation de symptômes ou si celle-ci avait été plus systématiquement recherchée (cf. difficulté de la prise en charge médicamenteuse).

Les éléments persécutifs : il est difficile de préciser à quel moment de la prise en charge sont apparus les éléments persécutifs. Deux pistes de réflexion sont émises à postériori: la présence d'une censure maternelle peut avoir masqué les éléments persécutifs et ainsi retardé la prise en charge thérapeutique adéquate au début du suivi, et l'hospitalisation proposée le 26/2/17 qui semble avoir alimenté des éléments persécutifs probablement préexistants.

L'analyse des paramètres relatifs à la dégradation du contact clinique constatée à partir du mois de janvier a été difficile. En présence d'une dégradation du contact clinique, de tremblements légers des mains et d'une akinésie avec amimie faciale, l'ensemble des signes mis sur le compte d'effets secondaires des antipsychotiques, il a été procédé à la diminution progressive du traitement antipsychotique. En raison de la persistance d'effets secondaires, la diminution s'est poursuivie jusqu'à l'arrêt définitif de la Quétiapine. Cependant, malgré l'arrêt de Quétiapine une certaine méfiance d'intensité moindre relative à la prise en charge était perceptible, et semblait en lien avec l'évocation d'une hospitalisation qui avait été discutée le 26/2/17. D'autant plus qu'une hospitalisation dans un service de psychiatrie générale sous tendait une séparation avec son enfant. Cela pose la question de la difficulté de la prise de décision de l'hospitalisation d'une mère souffrant de DPP dans un service de psychiatrie générale. Cette question sera traitée

ultérieurement(III-3).

Enfin, cette patiente nous a confrontés à une difficulté d'évaluation de l'intensité de la maladie. Paradoxalement coexistaient lors des entretiens médicaux, un contact clinique de mauvaise qualité, et la description d'une amélioration franche des symptômes verbalisés par la patiente, son conjoint et l'IDE de périnatalité.

c)L'EPDS

Face à ces dissonances cliniques, le recours à des examens plus objectivants, qui souvent manquent en psychiatrie, a fait réaliser pour la seconde fois la passation de l'échelle d'EPDS dont les résultats ont renforcé la dimension masquante. Très peu d'échelles d'évaluation existent pour l'aide au dépistage de la DPP. La plupart ne sont pas validées. La plus utilisée est l'EPDS qui est spécifiquement construite et adaptée pour le péripartum. Il est intéressant de souligner que l'EPDS ne semble pas prendre comme modèle les critères des classifications internationales tant au niveau temporel que sémiologique. Cette différence peut s'expliquer d'une part de la fonction de dépistage et non de diagnostique de l'EPDS et de spécificité sémiologique propre aux EDC pendant la période périnatale contrairement aux classifications internationales.

Cet auto-questionnaire d'origine anglo-saxonne, mis au point par M. Cox en 1987, est validé comme outil de dépistage et de suivi de l'intensité des DPP. Une version française a été validée par Mme Guedeney et M. Fermanian (Annexe 3). Elle se compose de 10 items cotés de 0 à 3, avec un score total variant de 0 à 30. En France, un score-seuil de 10,5 est recommandé pour étayer le diagnostique de DPP, avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 92%. Elle a pour objectif l'aide à l'appréciation de l'état psychique pendant la période post natale et son amélioration éventuelle. Selon les pays et les cultures, le score seuil peut varier, aussi des études de validation dans chaque pays sont indispensables. L'EPDS peut être utilisée en anténatal, dans les premiers jours du post-partum chez les personnes présentant un risque de dépression du post-partum, ou chez les (futures) mères souffrant de dépression du post-partum. Il s'agit d'un outil de dépistage. Le diagnostic de DPP est posé au cours d'une consultation psychiatrique par la clinique. Il peut être objectivé par des hétéro-questionnaires, dont la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ou l'Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Celles-ci ne sont pas spécifiques de la DPP mais bénéficient d'une bonne validation pour la dépression (Lawrie et al., 1998 ; Wickberg,& Aito, 2001). Lors de cette deuxième passation le score était de 4/30 (score du mois de Janvier = 17/30). Ce résultat semblait en faveur d'une amélioration, amélioration qui a posteriori n'était pas

objective. Y a-t-il eu un effet test-retest même si la passation s'est faite à plus de 8 jours d'intervalle? Quand les items sont suffisamment caractéristiques pour être partiellement mémorisés, celui-ci est susceptible d'influencer les résultats lors de la seconde passation. Cela pose la question des limites de validité des résultats des auto-questionnaires en présence de censure et ou d'éléments persécuteurs.

2) Difficultés thérapeutiques : allaitement – choix des molécules.

La stratégie thérapeutique mise en place avec Mme L. peut être discutée. En reprenant le fil de l'évolution des prescriptions au cours des consultations successives, on retrouve:

- Lors des premières consultations :

L'option thérapeutique choisie a privilégié un traitement symptomatique anxiolytique et hypnotique par monothérapie (Oxazépam 10mg) compatible avec l'allaitement. Cela en raison de l'absence de critères dépressifs francs lors de l'entretien et, de l'hypothèse reposant sur le fait que le ralentissement psychomoteur et l'anxiété seraient amendés par une restauration du cycle nyctéméral. De plus son conjoint en congé pour trois semaines, s'engageait à s'occuper de l'enfant la nuit. Or a posteriori, la mise en place d'un traitement antidépresseur en association avec de l'Oxazépam aurait peut être enrayé la survenue de la DPP. D'autant plus que la présence d'antécédents familiaux psychiatriques lourds avait été verbalisée. Ainsi, un traitement antidépresseur type Sertraline compatible avec un allaitement aurait pu être instauré devant une symptomatologie dépressive d'intensité en apparence légère masquée par la censure maternelle.

- Lors du passage de Mme L. à l'UNACOR :

L'option thérapeutique choisie pour Mme L. a imposé l'arrêt définitif de l'allaitement maternel. Face à tout tableau clinique de DPP, la difficulté de l'évaluation bénéfice-risque relative au maintien de l'allaitement, pourrait se définir en deux temps :

dans un premier temps, il conviendrait d'évaluer objectivement la symptomatologie dépressive de la mère, afin de définir le traitement le plus approprié. Dans un second temps, le traitement le plus approprié étant défini, il conviendrait d'adapter la stratégie la plus adaptée quant à l'allaitement. Ainsi, si la mère verbalise une volonté active de poursuivre l'allaitement, cette poursuite ne pourrait être réalisée qu'à la condition que le traitement le plus approprié soit compatible avec ce dernier ; dans le cas où le traitement est compatible avec l'allaitement, cela

ne devrait pas être une condition absolue à la poursuite de l'allaitement maternel. En effet, dans certains cas l'arrêt de l'allaitement peut entraîner un soulagement et diminuer une éventuelle anxiété de performance voire un sentiment d'échec, cela d'autant plus que la prise de décision émane du médecin. De plus, l'allaitement maternel impose une entière disponibilité de la mère la nuit entraînant une perturbation du cycle du sommeil, le père ne pouvant la relayer. Ceci majore l'asthénie maternelle laquelle peut amplifier la symptomatologie dépressive.

Dès lors, avec le recul de la rédaction de ce mémoire, il semble important de considérer toute patiente souffrant de DPP, comme une femme présentant un épisode dépressif caractérisé, sans axer prioritairement la décision thérapeutique exclusivement par rapport à l'allaitement maternel. Face au tableau clinique de DPP de Mme L., dans lequel sont présents des éléments mélancoliques une triade thérapeutique associant un antidépresseur IRSNa (Venlafaxine), un traitement adjuvant par un antipsychotique atypique (Quétiapine), et un anxiolytique (Lorazépam) par benzodiazépine a été prescrite. Selon le CRAT, cette stratégie thérapeutique est incompatible avec l'allaitement. Et de ce fait, dans le cas de Mme L., l'arrêt de l'allaitement n'a pas été un facteur d'aggravation mais un facteur de soulagement avec diminution de l'anxiété de performance.

- Lors de la consultation du 26/2/17 : devant une symptomatologie dépressive persistante, je décide de potentialiser la Venlafaxine avec un antidépresseur sérotoninergique et noradrénergique spécifique, la Mirtazapine, du fait de leur synergie pharmacologique: augmentation de la sérotonine et de la noradrénaline dans la fente synaptique par une double inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline par l'IRSNa et désinhibition de la libération de la sérotonine et de la noradrénaline par les actions antagoniste α_2 de la Mirtazapine(Stahl,2015).

- A la fin du mois de mars : une autre difficulté thérapeutique a été rencontrée face à la dégradation du contact clinique associant méfiance et réticence. Mme L. refusait toute modification thérapeutique. En présence d'un contact de mauvaise qualité, mais en l'absence d'éléments dépressifs francs allégués et objectivés par son entourage et l'équipe de périnatalité, les consultations hebdomadaires se sont poursuivies sans réajustement thérapeutique. Et ce contexte de méfiance a lui-même majoré les difficultés de prescription médicamenteuse: Aurait-il fallu augmenter le traitement antidépresseur et/ou ajouter un traitement antipsychotique à faible posologie dans un premier temps, à adapter en fonction du contexte clinique? A posteriori la réponse serait oui, car Mme L. a verbalisé à la fin du suivi une critique des éléments

persécutifs préexistants: « j'avais l'impression que vous me donniez des rendez-vous rapprochés parce que vous me jugiez mauvaise mère » ; « je n'avais pas l'impression que vous vouliez m'aider » ; « le matin après le départ de mon mari je fermais tous les volets de ma maison, j'avais l'impression que mes voisins me jugeaient mal en tant que mère »... On remarque que les éléments persécutifs allégués par Mme L. se construisent autour de son statut de mère. Cela constitue en effet une des spécificités de la DPP, qu'il ne faut pas oublier et qu'il est essentiel d'explorer.

-Lors de l'hospitalisation du 23/03/17 au 13/04/17: à l'entrée du séjour, le traitement de fond de Mme L. était le suivant (depuis le 26/2/17) : Venlafaxine LP 75 mg/J + Mirtazapine 15mg/J. Du fait d'une augmentation de l'appétit et d'une prise de poids de 4 kg depuis l'instauration de la Mirtazapine, ce traitement antidépresseur est interrompu. Il est décidé de l'associer à du Teralithe LP 400mg x 2 comprimés par jours (Lithiémie efficace : 0,8 mEq/l). Le Lithium est un thymorégulateur indiqué dans le traitement curatif des épisodes maniaques ou hypomaniaques et dans la prévention des rechutes des troubles bipolaires et des troubles schizo-affectifs. Ce traitement est également efficace dans la prévention du suicide chez les patients souffrant d'un trouble de l'humeur grâce à ses propriétés anti impulsives, et a des propriétés de potentialisation des antidépresseurs dans la dépression unipolaire. Ces deux dernières propriétés sont intéressantes dans le cas de Mme L., d'autant plus au regard des antécédents familiaux et personnels de tentatives de suicides et suicide.

D'autres options thérapeutiques auraient pu être envisagées : si le traitement par Lithium n'est plus une contre indication absolue pendant la grossesse, son maintien demeure complexe allant d'une surveillance échographique rapprochée jusqu'à la réalisation de lithiémie au nouveau né. Dans ce cas de DPP d'autres options thérapeutiques auraient pu être envisagées en raison du jeune âge de la patiente et, d'une éventuelle grossesse ultérieure. Par exemple:- *Venlafaxine associé à un antipsychotique atypique* type Aripiprazole 10 mg par jour (L'Aripiprazole est un agoniste partiel des récepteurs D2, qui génère une potentialisation de la Venlafaxine). L'Aripiprazole possède également des propriétés anti-impulsives entre 10 et 15 mg/J. Une posologie inférieure à 10mg entraîne chez certains patients une stimulation trop importante voire une agitation.

- A noter qu'une *monothérapie par antidépresseurs tricycliques* type Clomipramine aurait également pu être envisagée. Il s'agit d'un traitement très efficace cependant il est à manier avec précaution en raison de ses effets secondaires et du risque vital en cas de surdosage.

3) Hospitalisation et DPP

La Normandie fait partie des régions dépourvues d'UHME. La question de l'hospitalisation en devient plus délicate car elle signifie la séparation avec l'enfant et le conjoint ou le transfert dans une région ayant une UHME, impliquant, dans la majorité des cas un fort éloignement familial.

Il semble qu'une telle structure permette une meilleure PEC, car une hospitalisation à temps plein dans un UHME implique :

- une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse optimale,
- une réassurance institutionnelle et une protection physique de Mme L. face à ses IDS,
- un maintien du contact avec son enfant permettant de faire un travail d'observation, de soutien et d'amélioration du lien mère-enfant,
- la conservation d'une image de soi positive en raison de la spécificité de la prise en charge.
- des soins adéquats au bébé avec une adaptation quotidienne à ses besoins affectifs et développementaux.

Lors de son passage à L'UNACOR, la patiente et sa famille ont refusé l'hospitalisation proposée, mais compte tenu du bon étayage familial et du choix d'éviter une hospitalisation sous contrainte avec séparation mère-enfant, l'option d'un retour à domicile a été privilégiée par le médecin de garde. Cependant ce tableau de dépression d'intensité sévère avec éléments mélancoliques aurait pu conduire à une hospitalisation sous contrainte. Il est probable que la présence de l'enfant comme de la famille ont été des freins à cette option.

D'un point de vue rétrospectif, il semble que dans le cadre des DPP, un certain nombre de raisonnements préconçus devraient être remis en question. La séparation mère-enfant ne devrait pas constituer une contre indication à l'hospitalisation d'une mère souffrant de DPP. Cela d'autant plus que cette séparation peut être thérapeutique pour une mère en souffrance, en permettant une mise à distance des sentiments d'incapacité, de culpabilité et des difficultés à s'occuper de son enfant au quotidien. Parallèlement, la qualité de l'interaction mère-enfant pouvant être dégradée lors des DPP, une séparation peut se trouver bénéfique pour l'enfant, cela d'autant plus que d'autres figures d'attachements sont présentes. Selon Field, l'indisponibilité maternelle affecte davantage le bébé qu'une séparation (Field, 1984).

Ainsi une séparation mère enfant peut s'avérer être utile dans certains cas. Si Mme L. avait accepté une prise en charge institutionnelle au mois de Janvier, une hospitalisation dans un service de psychiatrie générale aurait pu être envisagée avec dans un premier temps séparation mère-enfant et mise en place d'un traitement adéquat, puis une reprise progressive des contacts

dès l'amélioration de la symptomatologie dépressive. Une externalisation progressive avec retour à domicile et prise en charge éventuelle en hôpital de jour aurait pu constituer une autre stratégie de soin.

Le 26/2/17, si une UHME existait dans la région, l'hospitalisation aurait probablement été acceptée par la patiente et son conjoint. Ainsi le passage à l'acte auto agressif aurait peut être été évité. Cela met en évidence la nécessité de développer de telles structures puisqu'il s'agit d'un réel problème de santé publique.

4) Difficultés à mettre en évidence des éléments prédictifs de gravité.

Face aux difficultés rencontrées dans la prise en charge de la DPP (hétérogénéité des symptômes, fréquente censure maternelle, difficultés thérapeutiques, et difficultés relatives à l'hospitalisation...), la mise en évidence d'éléments prédictifs de gravité peut aider le médecin. L'observation rétrospective de l'évolution de la symptomatologie dépressive de Mme L. montre que l'évolution s'est faite sur un mode d'aggravation. Les consultations successives ont mis en évidence une escalade à la fois symptomatique et thérapeutique, jusqu'au point culminant du passage à l'acte auto agressif et de l'hospitalisation avec séparation mère-enfant. Au regard de cette aggravation sémiologique et thérapeutique, la question que nous nous sommes posés était de savoir s'il aurait été possible de retrouver dès la première consultation un ou des éléments prédictifs de gravité face à cette symptomatologie :

Les facteurs de risques retrouvés étaient :

- la présence d'antécédents familiaux graves dans la branche maternelle : suicide de sa grand-mère par pendaison, très évocatrice d'une maladie sévère de l'humeur et la tentative de suicide de sa tante ;
- la présence de traits de personnalité obsessionnelle : perfectionnisme, difficulté d'adaptation au changement, besoin de contrôle.

Par ailleurs plusieurs facteurs protecteurs étaient présents :

- absence d'antécédents personnels d'EDC ou de passage à l'acte auto agressif,
- absence d'anxiété prénatale, d'une symptomatologie dépressive pendant la grossesse ou de post-partum blues sévère, qui peut-être n'ont pas été repérés.
- absence de syndrome prémenstruel,

- recours au système de soin car la patiente a verbalisé à son médecin généraliste ses difficultés (lequel a pris rendez-vous à la consultation de psychologie périnatale),
- absence de comorbidités somatiques,
- absence d'événements de vie stressants en dehors de la grossesse, ou d'événements de vie négatifs,
- étayage familial de bonne qualité,
- bon niveau éducatif et insertion sociale professionnelle.

Ainsi, on retrouve dans le cas de Mme L. peu d'éléments prédictifs personnels et sociaux mais des antécédents familiaux importants. Cela met en évidence l'importance de la recherche d'antécédents familiaux dans l'interrogatoire et pose la question de l'étiologie de la DPP et du terrain familial.

Cette première consultation met bien en évidence par la coexistence de facteurs de risques importants et, de facteurs protecteurs nombreux la difficulté diagnostique et pronostique de la DPP.

5) Difficultés psychothérapeutiques :

Une psychothérapie initiée par la psychologue du Centre hospitalier du Belvédère avait débuté avant la prise en charge médicale. Par la suite, le suivi psychologique et le suivi médical se sont déroulés parallèlement jusqu'à fin Janvier, date à laquelle la psychothérapie a dû être interrompue suite au départ de la psychologue. Lors des consultations médicales psychiatriques, un abord de type psychothérapie de soutien s'est progressivement installé, malgré les réticences de Mme L. sous tendues par la censure maternelle et les idées persécutives. Ainsi, il s'agissait tantôt d'une écoute constructive, tantôt d'un dialogue qui reposait principalement sur des explications de la pathologie, de la thérapeutique, d'un renforcement positif de l'estime de soi et de la confiance en soi.

Ce n'est que bien plus tard, alors que le contact clinique s'améliorait, que Mme L. a pu verbaliser ses difficultés dans sa relation avec Louis, principalement son « perfectionnisme » qui générait une exigence envers elle-même et les soins à apporter à son enfant. Comme décrit dans le cas clinique, Mme L. présentait des traits de personnalité obsessionnelle considérés comme facteurs de vulnérabilité. Les exigences élevées personnelles et sociétales quant au statut de

mère, ses exigences morales rigides, ont créé les conditions d'une impossibilité d'identification à un idéal du Moi parental démesuré, et la décompensation psychique (148).

Ainsi, dans les mois qui suivirent, l'échange thérapeutique a permis à Mme L. de prendre conscience de son besoin de contrôle, des difficultés à mettre en place ses ritualisations suite à l'arrivée d'un enfant qui bouleversait ses habitudes, et désorganisait son quotidien. Les conduites d'anticipations mises en place comme protection contre les imprévus ne fonctionnaient plus face aux exigences et nécessités d'adaptation de tous les instants inhérents à la présence d'un nouveau né.

L'ébauche de la psychothérapie a permis la mise en évidence des débordements de ses mécanismes de défense.

6) L'étude des interactions de la dyade :

La qualité de la relation mère-enfant est un critère d'évaluation et d'appréciation nécessaire du fait des distorsions précoces des relations pouvant être observées lors de décompensation psychiatriques maternelles. Cela a été possible grâce au réseau de périnatalité de Rouen avec des visites à domicile régulières par une IDE. Des interactions de mauvaise qualité ont été objectivées de Janvier à début Mars 2017. Par la suite la qualité de ces interactions semble s'être améliorée malgré une symptomatologie dépressive résiduelle. Cette amélioration a pour support la présence de plusieurs facteurs protecteurs et de bonne évolution :

- le soutien social : l'engagement du père de Louis et de ses grands parents semble avoir eu un effet positif et protecteur, limitant les conséquences néfastes de la DPP maternelle à l'égard de l'enfant lui-même.

Dans l'étude d'Hossain et coll., menée auprès de bébés âgés de trois à six mois il est mis en évidence que les nourrissons de mères souffrant de DPP interagissent mieux avec leur père « euthymique ». La persistance d'interactions de qualité avec le père amortit les effets délétères de la dépression maternelle sur les capacités d'interaction et le développement du nourrisson (149).

- les facteurs contextuels : l'absence de conflits conjugaux, d'événements négatifs évidents, de problèmes financiers, ou relatifs à une classe sociale précaire ont été protecteurs.

7) Vécu du conjoint et dépression paternelle du post partum.

Pendant le suivi de Mme L., j'ai reçu à plusieurs reprises M. accompagné de Mme. L'incompréhension de cette pathologie et du passage à l'acte auto-agressif était au premier plan. Lors des consultations, M. s'adaptait au mieux à la situation pour aider sa femme et faisait preuve de tolérance face à son irritabilité, afin d'éviter les tensions conjugales. M. a pu verbaliser a posteriori un surinvestissement dans la relation avec Louis pour compenser le défaut de présence psychologique et physique de sa conjointe. Absence dont il dit qu'il ne la réalisait pas à l'époque « j'étais dans le déni ». M.L était soulagé par la prise en charge soutenue mise en place (consultation par la psychologue, interne de périnatalité, VAD par IDE, hospitalisation après le passage à l'acte). Devant l'existence d'une probable souffrance psychique, une consultation avec une psychologue ou un médecin psychiatre de périnatalité a été proposée à M.L qu'il a refusée. Peu d'études scientifiques traitent de la dépression paternelle du post-partum, cependant il est important de garder à l'esprit que l'arrivée d'un enfant est également un bouleversement psychique pour le père. Ces études sont difficiles à transposer à la population générale du fait d'un nombre restreint de sujet. La dépression paternelle serait un facteur de risque de troubles psychoaffectifs, du développement et de l'adaptation sociale chez les enfants, indépendamment de la DPP maternelle (150)(151) .

La prévalence dans la première année du post-partum de dépression paternelle varierait de 1,2% à six semaines du post-partum, avec un score à l'EPDS >12 à 25,5% à quatre semaines du post-partum. Concernant l'incidence cumulée sur une année, le taux varierait de 10 à 28,6% (152)(153). Les recours aux soins seraient moins fréquents et la maladie plus difficile à diagnostiquer que chez les mères, probablement du fait d'une censure plus importante que chez les mères et d'une pathologie moins connues. Les symptômes spécifiques retrouvés sont : un retrait social, une indécision, des troubles anxieux, une rigidité, une irritabilité plus importante, une consommation de toxiques, l'augmentation des conflits familiaux, la violence envers la partenaire et des plaintes somatiques (154).

L'un des principaux facteurs de risque de dépression paternelle est la dépression maternelle du post partum en période prénatale et post natale. En 2010, une revue de la littérature estimait une incidence entre 24 et 50% chez les nouveaux pères dont la conjointe présentait une DPP comparée à la population générale dans la première année du post-partum (55).

Ainsi, au regard de la corrélation entre DPP maternelle et paternelle, et les possibles retentissements sur le développement de l'enfant, il paraît capital de se préoccuper de l'état psychique du père a fortiori si sa conjointe souffre de DPP.

8) Préparation d'une éventuelle grossesse à venir.

Chez les patientes aux antécédents de DPP désirant un autre enfant, une planification par une équipe médicale spécialisée dans les soins psychiques en périnatalité est conseillée du fait d'un important risque de récurrence de DPP compris entre 40 et 50% (17)(21)(23) ; l'objectif est de personnaliser les propositions de soins afin de mettre en place un système de prévention et de soutien adéquat. Une prise en charge pluridisciplinaire s'avère nécessaire et ceci d'autant plus que la patiente a un traitement médicamenteux durant sa grossesse.

Selon le « Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments » (CANMAT), la préparation d'une grossesse devrait commencer au moins trois mois avant toute tentative de conception en cas d'antécédents puerpéraux connus (155). Pendant cette période, une stabilité clinique devra être obtenue après une éventuelle modification thérapeutique compatible avec une grossesse. Ceci permettra un temps d'écoute pendant lequel le médecin peut répondre aux interrogations des parents mais aussi d'identifier d'éventuelles difficultés psychologiques ou sociales. Dans le cas des DPP, il est indispensable d'informer la patiente du risque de rechute lors d'une grossesse ultérieure, de la nécessité d'un suivi régulier et de la sensibiliser aux symptômes qui doivent l'alerter et l'amener à consulter rapidement un médecin spécialiste.

9) Mise en perspective de la littérature et de la présentation clinique.

La prise en charge des pathologies psychiatriques pendant la période périnatale est complexe du fait du contexte puerpéral : prise en charge de la famille dans sa globalité, restriction de l'arsenal thérapeutique en cas d'allaitement, peu de structures adaptées à la pathologie. De ce fait le projet de soin est multidisciplinaire et repose sur un travail en réseau qui est indispensable. La sensibilisation des professionnels de santé particulièrement les intervenants de première ligne (gynécologues ou médecins généralistes) au repérage des difficultés psychiques semble nécessaire afin de ne pas minimiser les signes d'alerte en période périnatale, en particulier dans le cadre de la prévention. La psychoéducation de la patiente et de son entourage est également essentielle. La création d'un outil d'aide systématique au dépistage des facteurs de risques spécifiques à cette période pourrait être envisagée sous forme d'un entretien structuré associé à des échelles validées en psychiatrie (Figure 1). Cela permettrait de diriger les patientes à risques ou souffrant de DPP vers un spécialiste, pour une prise en charge précoce et adaptée (Figure 2).

Figure 1. Proposition d'un guide d'entretien avec recueil systématisé des FDR de DPP et de suicidalité:

Date :	Nom, prénom patiente :
Lieux :	Situation familiale :
Nom, prénom, spécialité du médecin :	Situation professionnelle :
Médecin traitant :	Datation grossesse :
Autres intervenants :	Gestité/parité :
Personne de confiance (nom, téléphone) :	

Recherche d'antécédents psychiatriques personnels

>Avez-vous déjà vu un psychiatre ou un psychologue dans votre vie ?

>Avez-vous déjà été déprimée au cours de votre vie ? Avez-vous déjà eu un traitement ATD comme du Prozac, Zoloft, Deroxat... ? Avez-vous déjà été hospitalisée dans un établissement psychiatrique ? Avez-vous eu dans ces moments là des idées suicidaires ou fait une tentative de suicide ? Cela s'est-il produit lors d'une grossesse ou dans l'année qui a suivi l'accouchement? Aviez-vous eu une tendance à vous dévaloriser et à douter de vos capacités à être une bonne mère? Vous sentiez-vous plus anxieuse plus irritable pendant la grossesse ?

>Comment s'est passé le retour à domicile avec votre enfant lors de vos anciennes grossesses? Aviez-vous eu une baisse de moral, une grande fatigue, des inquiétudes quant à votre enfant ou vos capacités maternelles ? Etiez-vous soutenue par votre conjoint et votre entourage ? Aviez-vous l'impression que votre entourage vous jugeait ?

>Avez-vous déjà eu au cours de votre vie des phases d'exhaltation, avec une réduction du temps de sommeil sans asthénie diurne, un débit verbal accéléré, des troubles de la concentration ou une augmentation de la libido avec des comportements à risques. Est-ce que votre entourage vous a fait remarquer ce changement de comportement ? Cela s'est-il produit lors d'une grossesse ou dans l'année qui a suivi ?

>Vous qualifieriez-vous comme une personne anxieuse? Avez-vous déjà eu une sensation d'oppression thoracique ou des difficultés à respirer dans des situations stressantes ou dans d'autres circonstances? Avez-vous des phobies, des conduites d'évitement ou des rituels pour calmer vos angoisses? Ces symptômes étaient-ils présents avant la grossesse? Sont-ils apparus ou ont ils été majorés pendant ou après une grossesse ?

>Avez-vous déjà consommé ou consommez-vous régulièrement ou occasionnellement des substances psycho-actives ? Était-ce de manière excessive?

Conclusion :

-ATCD de pathologies psychiatriques non spécifiques au contexte puerpéral (Troubles anxieux, troubles dépressifs unipolaires, troubles bipolaires, troubles de la personnalité, troubles des conduites alimentaires, addictions, troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques) :

Non/probable/Oui: diagnostics/ état clinique actuel/ ttt antérieurs ou en cours/ nb d'hospitalisation/ suivi en cours.

-ATCD de dépression gravidique/ ou dépression gravidique en cours

Non/probable/Oui: date/évolution et prise en charge/contexte social/ état clinique actuel

-ATCD de dépression du post-partum

Non/probable/Oui: date d'apparition/intensité, évolution et prise en charge/ date de rémission/état clinique actuel.

-Anxiété prénatale

Non/probable/Oui: évaluation de l'intensité

-Anxiété post-natale

Non/probable/Oui: évaluation de l'intensité

-ATCD de tentative de suicide

Non/probable/Oui: date/moyen/intentionnalité suicidaire/facteur déclenchant/critique du geste /facteurs protecteurs.

Recherche d'antécédents psychiatriques familiaux :

>Parmi vos parents, frère(s)/sœur(s), grands-parents maternels et paternels, oncles/tantes maternels et paternels, cousins, y'a-t-il des personnes qui ont déjà été suivies par un psychiatre, ou qui ont été hospitalisées dans une structure psychiatrique ? Savez-vous si parmi ces personnes certaines étaient suivies pour un EDC, une DPP, un trouble bipolaire, une schizophrénie ? Est-ce que des personnes de votre famille ont fait des TS ou sont décédées par suicide ?

Non/Oui :

Antécédents gynéco-obstétricaux :

-ATCD de complications obstétricales

Non/Oui :

-ATCD d'interruption volontaire de grossesse ou de fausse couche spontanée

Non/ Oui :

-ATCD de mort fœtale in utero/ Accouchement d'un enfant mort né

Non/ Oui :

-Autres :

Grossesse en cours

-Grossesse planifiée

Oui/Non : présence d'idée d'avortement ?

-Grossesse désirée

Non/Oui :

-Recours à l'assistance médicale à la procréation

Non/Oui :

-Grossesse pathologique ou à risque

Non/Oui :

-Type d'allaitement envisagé ou en cours :

-Importance de l'allaitement pour la patiente :

-Autres :

Evaluation psycho-sociale

-Profession :

- Situation familiale :

-Profession du conjoint :

-Nombre d'enfants et santé des enfants :

-Soutien familial/social (à détailler) :

-Difficultés financières :

-Conflits intra-familiaux :

-Contexte particulier :

Evaluation thymique : passation de l'Edimbourg Postnatal Dépression Scale

(Annexe 3)

Score obtenu lors de la première consultation :

>Symptômes observés pendant l'entretien :

Score obtenu lors de la consultation du 4^{ème} mois :

>Symptômes observés pendant l'entretien :

Score obtenu avant la sortie de la maternité :

>Symptômes observés pendant l'entretien :

Score obtenu à un mois du post partum :

>Symptômes observés pendant l'entretien :

Evaluation du risque suicidaire : passation de l'inventaire du désespoir de BECK

(Annexe 7)

Score obtenu lors de la première consultation :

>Observations particulières :

Score obtenu lors de la consultation du 4^{ème} mois :

> Observations particulières :

Score obtenu avant la sortie de la maternité :

> Observations particulières :

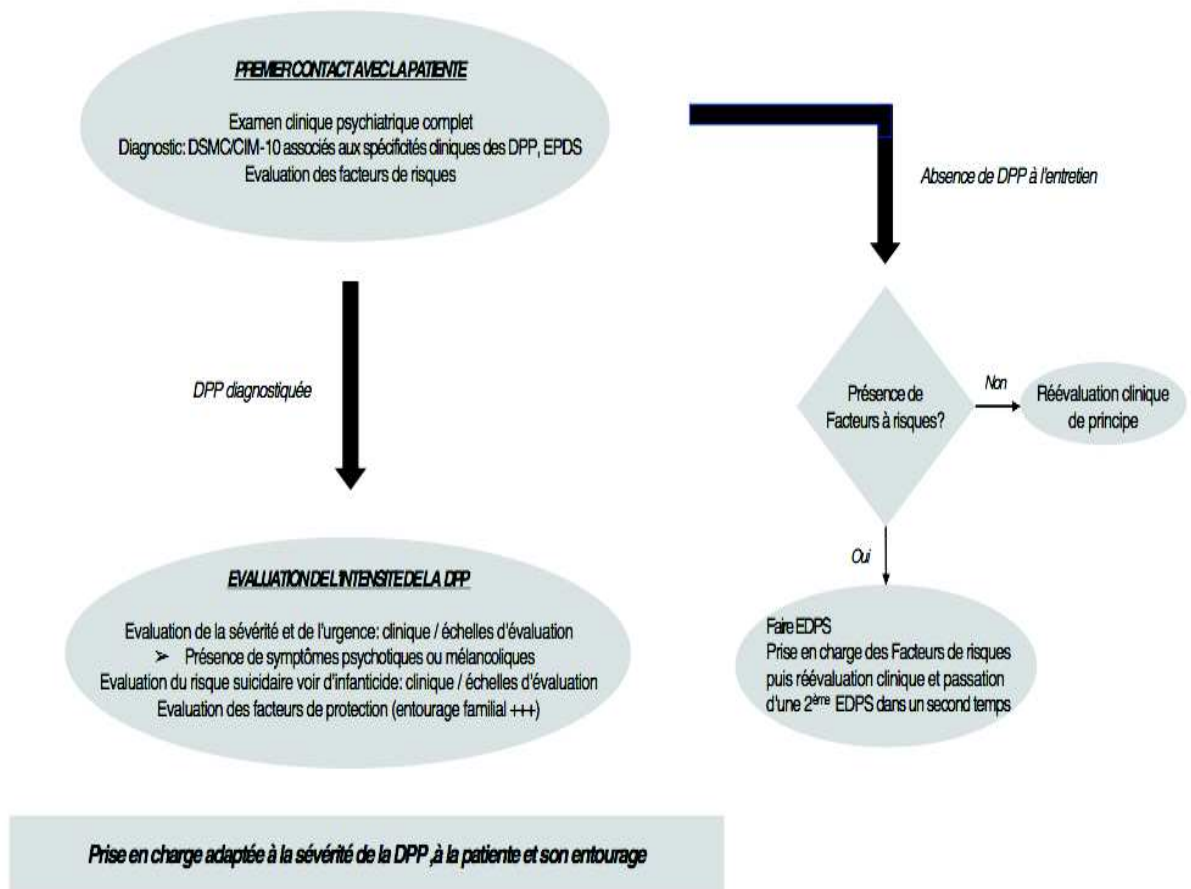
Score obtenu à un mois du post partum :

> Observations particulières :

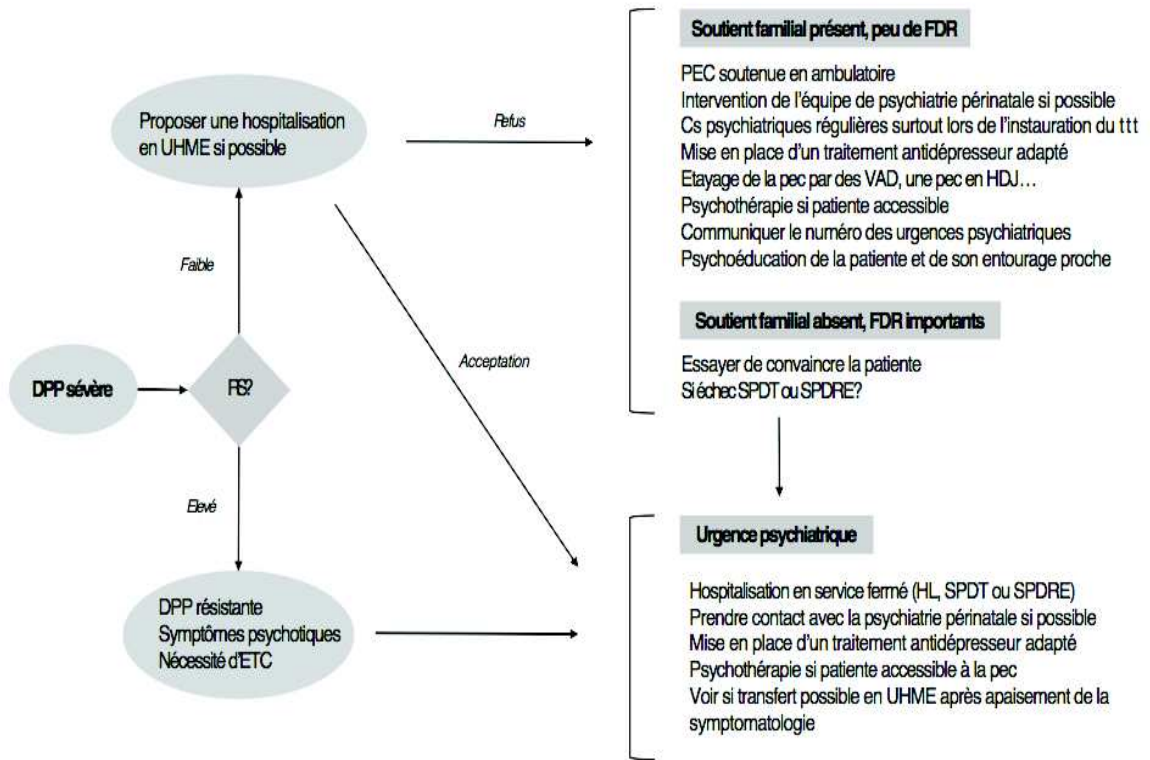
CONCLUSION : PROJET DE SOIN ENVISAGE

Figure 2 : Prise en charge générale et simplifiée des dépressions sévères et de la suicidalité dans le post partum

Première étape : le diagnostic



Deuxième étape : L'orientation et la prise en charge de l'épisode aigu



Mettre en place un travail pluridisciplinaire avec prise en charge des FDR, des comorbidités, de la famille; préparation d'un projet de soin pour la sortie incluant l'enfant.

Abréviations : DPP : dépression du post-partum ; ECT : électroconvulsivothérapie ; FDR : Facteurs de risques ; RS : risque suicidaire ; HDJ : hôpital de jour ; HL : Hospitalisation libre ; SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers ; SPDRE : soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état ; UHME : unité d'hospitalisation mère-enfant ; VAD : visites à domicile.

Conclusion

Bien que l'arrivée d'un enfant soit considérée dans toute société comme un événement de vie heureux, la période du post-partum est potentiellement source de décompensations psychiatriques ou d'apparition de pathologies psychiatriques sévères spécifiques chez la mère. La prévalence de la DPP d'intensité sévère est évaluée entre 2 et 6% des accouchées. L'une des conséquences les plus graves est le suicide maternel, lequel constitue l'une des premières causes de décès maternel pendant la période périnatale.

A ce jour, il existe très peu de recommandations concernant la prise en charge spécifique des DPP d'intensité sévère avec un risque de passage à l'acte auto agressif, cela est probablement dû au fait d'une étiologie multifactorielle et du caractère parfois insidieux et fluctuant de cette pathologie.

Le taux de morbidité des DPP sévères et de la suicidalité dans le post-partum ainsi que leurs multiples conséquences chez la mère, l'enfant et la famille en font un problème de santé publique majeur. Elles mettent également en avant le caractère urgent de la prise en charge qui devrait être multidisciplinaire et adaptée à chaque patiente.

Annexes

Annexe 1 : Classifications internationales de la DPP.

Panel 1: DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression

DSM-5¹

Major depression

At least five symptoms present for at least 2 weeks, for most of nearly every day

A symptom must be:

- Depressed mood
- Markedly diminished interest or pleasure in all or most activities

Other symptoms:

- Substantial weight loss when not dieting or weight gain, or increase or decrease in appetite
- Insomnia or hypersomnia
- Psychomotor agitation or retardation
- Fatigue or loss of energy
- Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt
- Diminished ability to think or concentrate or indecisiveness
- Recurrent thoughts of death or suicidal ideation (with or without a specific plan)

Symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functionality

Symptoms not due to direct physiological effects of a substance or another medical condition

The occurrence of a major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder or other psychotic disorders and there has never been a manic or hypomanic episode

Depressive episode with insufficient symptoms*

Depressed affect and at least one other of the above symptoms associated with clinically significant distress or impairment persisting for at least 2 weeks

With peripartum onset†

Onset of mood symptoms happens during pregnancy or in the 4 weeks after delivery

ICD-10²

Severe depression

At least seven symptoms, usually present for at least 2 weeks, experienced with severe intensity for most of every day

All three key symptoms associated should be present:

- Persistent sadness or low mood
- Loss of interests or pleasure
- Fatigue or low energy

At least four associated symptoms should be present:

- Disturbed sleep
- Poor concentration or indecisiveness
- Low self-confidence
- Poor or increased appetite
- Suicidal thoughts or acts
- Agitation or slowing of movements
- Guilt or self-blame
- Individual unable to continue with social, work or domestic activities, except to a very restricted extent

Moderate depression

At least two key symptoms and three associated symptoms should be present

Minor depression

At least two key symptoms and two associated symptoms should be present, with no symptoms present to an intense degree

With postpartum onset

Disorder commencing within 6 weeks of delivery

ICD=International classification of diseases (published by WHO). DSM=diagnostic and statistical manual of mental disorders. * Changed from minor depression in DSM-4 (two to four depressive symptoms experienced for at least 2 weeks, one symptom should be depressed mood or loss of pleasure). † Changed from with postpartum onset in DSM-4 (onset of mood symptoms within first 4 weeks after delivery).

Annexe 2 : les conséquences de la dépression maternelle du fœtus jusqu'à l'adolescence

Fœtus	Soins prénatals insuffisants, mauvaise alimentation, prématurité plus élevée, petit poids de naissance, pré-éclampsie et avortement spontané
Nourrisson	
Comportementales	Colère et style d'adaptation protecteur, passivité, repli sur soi, comportement d'autorégulation et attention et éveil désorientés
Cognitives	Rendement cognitif plus faible
Tout-petit	
Comportementales	Non-docilité passive, expression moins mature de l'autonomie, troubles d'internalisation et d'externalisation et interactions plus limitées
Cognitives	Jeux créatifs moins fréquents et rendement cognitif moins élevé
Enfant d'âge scolaire	
Comportementales	Altération fonctionnelle de l'adaptation, troubles d'internalisation et d'externalisation, troubles affectifs, troubles anxieux et troubles des conduites
Scolaires	Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et résultats de QI moins élevés
Adolescent	
Comportementales	Troubles affectifs (dépression), troubles anxieux, phobies, troubles paniques, troubles des conduites, abus d'intoxicants et dépendance à l'alcool
Scolaires	Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et troubles d'apprentissage

Annexe 3 : Edinburgh Postnatal Depression Scale, Translation – French

Name: _____

Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Veillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse

Oui, tout le temps

X

Oui, la plupart du temps

Non, pas souvent

Non, pas du tout

Veillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout-à-fait autant

Beaucoup moins souvent ces jours-ci

Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3. 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

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6. 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

7. 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

8. Je me suis sentie triste ou malheureuse

____ Oui, la plupart du temps

____ Oui, très souvent

____ Pas très souvent

____ Non, pas du tout

9. 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

10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal

____ Oui, très souvent

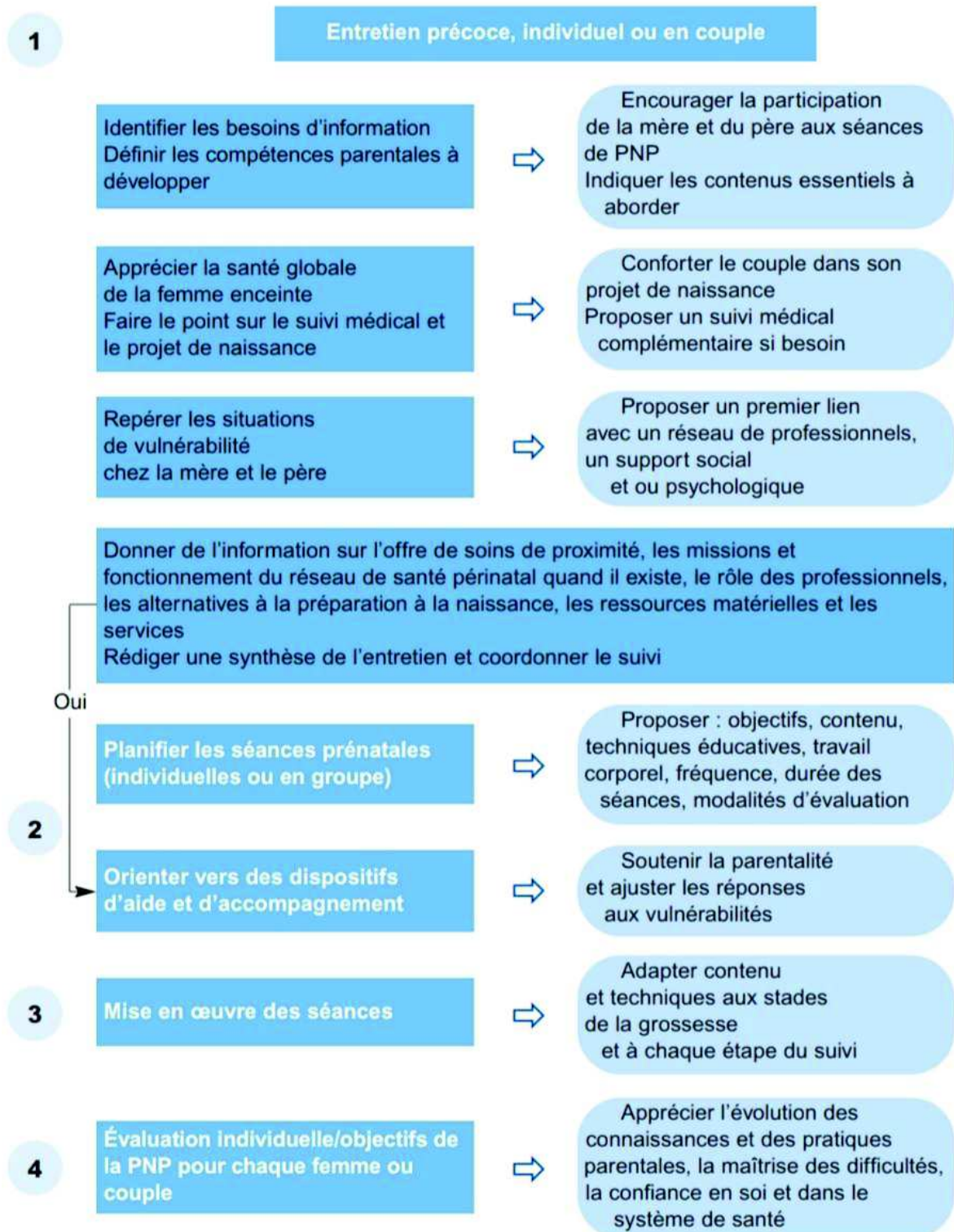
____ Parfois

____ Presque jamais

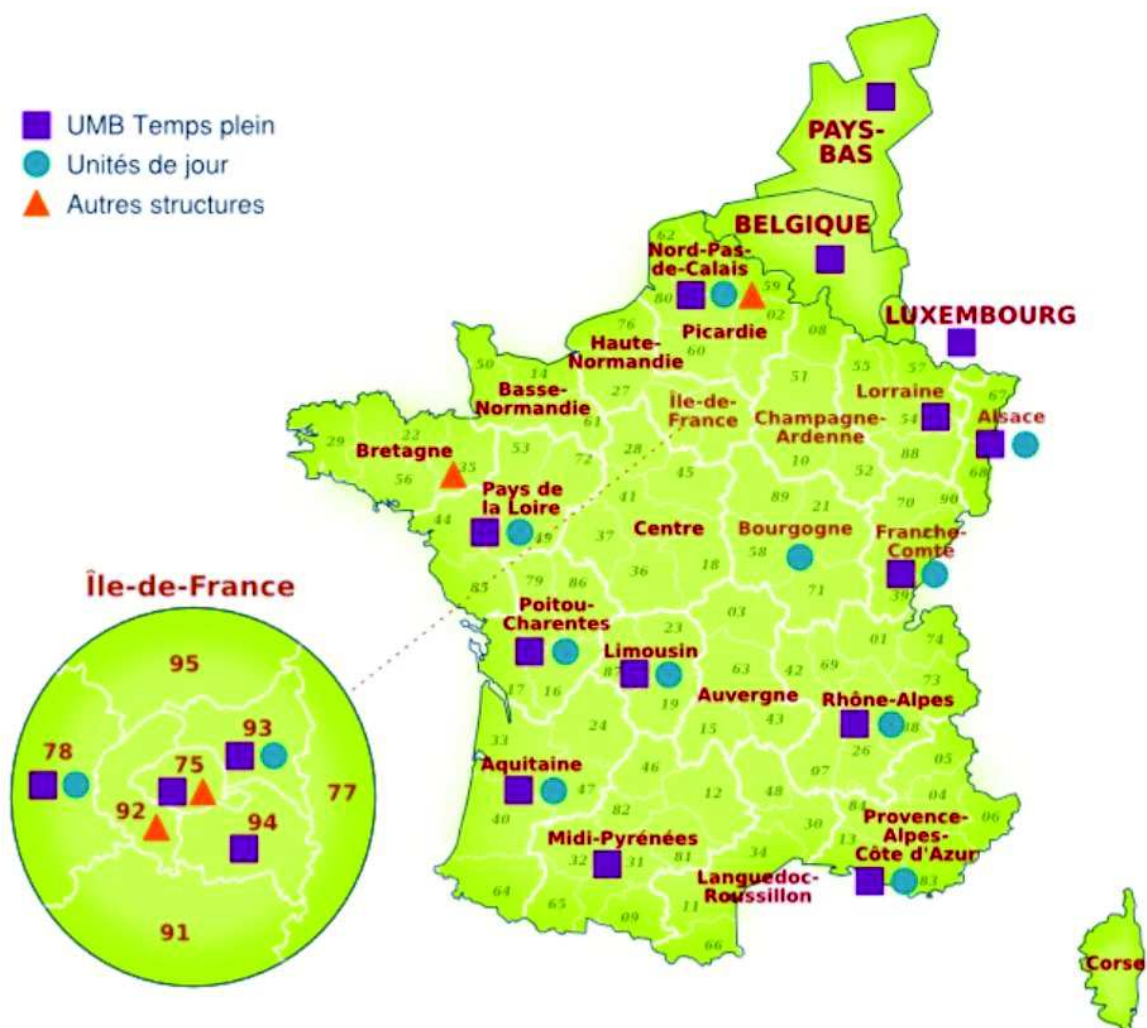
____ Jamais

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 150, 782-78

Annexe 4 : Organisation générale de la démarche de la PNP



Annexe 5 : Localisation des unités mère-enfant (société Marcé)



Annexe 6 : Classification du degré d'urgence de la crise suicidaire (HAS)

Urgence faible si la personne :

- est dans une relation de confiance établie avec un praticien ;
- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.

Urgence moyenne une personne qui :

- présente un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;
- est isolée.

Urgence élevée une personne :

- décidée, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent ;
- coupée de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotive, agitée, troublée ;
- complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;
- ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- très isolée.

Annexe 7 : L'inventaire du désespoir de Beck

Consignes au patient :

Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux. Il faut faire ce test en se basant sur votre état psychologique des dernières semaines, voire même des derniers mois. Il ne faut pas vous fier à un état dépressif passager causé par un syndrome pré menstruel chez la femme par exemple, ou après avoir appris une bien mauvaise nouvelle. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme

Vrai

Faux

2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi

Vrai

Faux

3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours

Vrai

Faux

4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans

Vrai

Faux

5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus

Vrai

Faux

6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi

Vrai

Faux

7. Mon avenir me semble plus sombre

Vrai

Faux

8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens

Vrai

Faux

9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur

Vrai

Faux

10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir

Vrai

Faux

11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir

Vrai

Faux

12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus

Vrai

Faux

13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant

Vrai

Faux

14. Les choses ne sont pas comme je le veux

Vrai

Faux

15. J'ai foi en l'avenir

Vrai

Faux

16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit

Vrai

Faux

17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur....

Vrai

Faux

18. L'avenir me semble vague et incertain

Vrai

Faux

19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments

Vrai

Faux

20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas

Vrai

Faux

Annexe 8 : Recommandation de HAS sur le choix d'un traitement antidépresseur

Les antidépresseurs sont indiqués en cas d'épisode dépressif caractérisé. Il est recommandé de prendre en compte les éléments suivants pour le choix d'un antidépresseur:

- le respect des contre-indications (comorbidités somatiques);

- le respect des risques d'interactions médicamenteuses selon les résumés des caractéristiques des produits inscrits dans le Vidal ; pour les patients à haut risque d'interaction inter médicamenteuse, les effets spécifiques d'un antidépresseur sur les iso enzymes du CYP et de la p-glycoprotéine;

- le profil des effets secondaires attendus de l'antidépresseur exemple guidé par l'adéquation entre les symptômes du patient et le profil des effets indésirables: sédation, troubles sexuels, prise de poids, les effets indésirables anticholinergiques contribuant à la sécheresse buccale/xérostomie, caries, gingivites et maladies parodontales. Ce risque doit être discuté avec le patient avant la mise en route de l'antidépresseur; expliquer les effets secondaires potentiels, l'impact subjectif des effets indésirables doit être pris en compte (exemple : l'importance des troubles sexuels varie entre les hommes et les femmes et entre des groupes d'âge différents);

- le risque de létalité et de toxicité en cas d'absorption massive ; si nécessaire, il est recommandé de limiter la dose de médicaments disponible;

- l'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (par exemple, recherche de sédation, d'anxiolyse ou de stimulation);

- les troubles psychiatriques associés qui peuvent répondre spécifiquement à une classe d'antidépresseurs (exemple: troubles obsessionnels compulsifs et inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine);

- les antécédents du patient et de sa famille sur la réponse à des traitements antérieurs antidépresseurs (le cas échéant) ;

- la perception du patient de l'efficacité et de la tolérance des antidépresseurs qu'il a reçus auparavant;

- la préférence du patient;

- l'expérience du clinicien avec des antidépresseurs spécifiques ;

- le coût.

BIBLIOGRAPHIE

1. Apter, G. (2011). La psychiatrie périnatale et l'éthique médicale, Perinatal psychiatry and medical ethics, La psiquiatría perinatal y la ética médica. *L'information psychiatrique*, me 87(7), 581-588. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8707.0581>
2. Douglas, G. 1956. « Psychotic Mothers ». *Lancet (London, England)* 270 (6908): 124-25. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(56\)91090-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(56)91090-X).
3. Main, T. F. 1958. « Mothers with Children in a Psychiatric Hospital ». *Lancet (London, England)* 2 (7051): 845-47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(58\)90393-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(58)90393-3).
4. Michael W. O'hara, et Annette M. Swain. 1996. « Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis ». *International Review of Psychiatry Volume 8, 1996 - Issue 1*. <https://doi.org/org/10.3109/09540269609037816>.
5. Gaynes, B. N., N. Gavin, S. Meltzer-Brody, K. N. Lohr, T. Swinson, G. Gartlehner, S. Brody, et W. C. Miller. 2005. « Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes ». *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, n° 119 (février): 1-8.
6. Kumar, R., et K. M. Robson. 1984a. « A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 144 (janvier): 35-47. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.35>.
7. Dayan, J., P. Gerardin, et O. Roseblum. 2014. « Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum ». *EM-Consulte*. [https://doi.org/Doi : 10.1016/S0246-0335\(13\)52504-X](https://doi.org/Doi : 10.1016/S0246-0335(13)52504-X).
8. Söderquist, J., B. Wijma, G. Thorbert, et K. Wijma. 2009. « Risk Factors in Pregnancy for Post-Traumatic Stress and Depression after Childbirth ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116 (5): 672-80. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>.
9. Gavin, Norma I., Bradley N. Gaynes, Kathleen N. Lohr, Samantha Meltzer-Brody, Gerald Gartlehner, et Tammeka Swinson. 2005. « Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence ». *Obstetrics and Gynecology* 106 (5 Pt 1): 1071-83. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>.
10. Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle. 2013. « Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir / 2017 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil ». 2013. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/Les-morts-maternelles-en-France-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir>.
11. Pop, Victor J. M., Gerard G. M. Essed, Cees A. de Geus, Maarten M. van Son, et Ivan H. Komproe. 1993. « Prevalence of Post Partum Depression: Or Is It Post-Puerperium Depression? » *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 72 (5): 354-58. <https://doi.org/10.3109/00016349309021112>.
12. Holt, W. J. 1995. « The Detection of Postnatal Depression in General Practice Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale ». *The New Zealand Medical Journal* 108 (994): 57-59. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>.
13. WHO. s. d. « International Statistical Classification of Diseases end Related Health Problems ». www.who.int/fr/.

14. Société Marcé. s. d. <http://www.marcesociety.com>.
15. Lempérière, T., F. Rouillon, et J.P. Lepine. 1984. « Troubles psychiques liés à la puerpéralité ». In *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale*, 12. Paris.
16. Ferreri, F., C. Agbokou, P. Nuss, et C.-S. Peretti. 2006. « Clinique des états dépressifs » [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(06\)44522-3](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(06)44522-3).
17. Michael W. O'hara, et Annette M. Swain. 1996. « Rates and risk of postpartum depression— a meta-analysis ». *International Review of Psychiatry Volume 8, 1996 - Issue 1*. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>.
18. Pitt, B. 1968. « “Atypical” Depression Following Childbirth ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 114 (516): 1325-35. <https://doi.org/10.1192/bjp.114.516.1325>.
19. Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. 2015. « Heterogeneity of Postpartum Depression: A Latent Class Analysis ». *The Lancet. Psychiatry* 2 (1): 59-67. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00055-8).
20. Wisner, Katherine L., Barbara L. Parry, et Catherine M. Piontek. 2002. « Clinical Practice. Postpartum Depression ». *The New England Journal of Medicine* 347 (3): 194-99. <https://doi.org/10.1056/NEJMc011542>.
21. Cooper, P. J., et L. Murray. 1995. « Course and Recurrence of Postnatal Depression. Evidence for the Specificity of the Diagnostic Concept. » *The British Journal of Psychiatry* 166 (2): 191-95. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.2.191>.
22. Cohen, L. S. 1998. « Pharmacologic Treatment of Depression in Women: PMS, Pregnancy, and the Postpartum Period ». *Depression and Anxiety* 8 Suppl 1: 18-26. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1998\)8:1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1998)8:1).
23. Austin, M.-P., et J. Lumley. 2003. « Antenatal Screening for Postnatal Depression: A Systematic Review ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107 (1): 10-17. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02024.x>.
24. Robertson, E., S. Grace, T. Wallington, et Stewart. 2004. « Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature » 26 (4): 289-95. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>.
25. Manzano, J. 1998. « De la psychopathologie du post-partum à la psychopathologie du pré-partum. » In *Psychiatrie périnatale, Parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie.*, 131-38.
26. Howard, Louise M, Emma Molyneaux, Cindy-Lee Dennis, Tamsen Rochat, Alan Stein, et Jeannette Milgrom. 2014. « Non-psychotic mental disorders in the perinatal period ». *The Lancet* 384 (9956): 1775-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9).
27. Börjesson, K., S. Ruppert, et M. Bagedahl-Strindlund. 2005. « A longitudinal study of psychiatricsymptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. » *Arch women Ment health*, n° 8 (juin): 232-42. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0086-8>.
28. Seng, Julia S., Sheila A.M. Rauch, Heidi Resnick, Caroline D. Reed, Anthony King, Lisa K. Low, Melnee Mcpherson, Maria Muzik, James Abelson, et Israel Liberzon. 2010. « Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 31 (3): 176-87. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.486453>.
29. Buttner, Melissa M., Sarah L. Mott, Teri Pearlstein, Scott Stuart, Caron Zlotnick, et Michael W. O'Hara. 2013. « Examination of Premenstrual Symptoms as a Risk Factor for

- Depression in Postpartum Women ». *Archives of Women's Mental Health* 16 (3): 219-25.
<https://doi.org/10.1007/s00737-012-0323-x>.
30. Forty, Liz, Lisa Jones, Stuart Macgregor, Sian Caesar, Caroline Cooper, Andrea Hough, Laura Dean, et al. 2006. « Familiality of Postpartum Depression in Unipolar Disorder: Results of a Family Study ». *The American Journal of Psychiatry* 163 (9): 1549-53.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1549>.
 31. Murphy-Eberenz, Kathleen, Peter P. Zandi, Dana March, Raymond R. Crowe, William A. Scheftner, Madeline Alexander, Melvin G. McInnis, et al. 2006. « Is Perinatal Depression Familial? » *Journal of Affective Disorders* 90 (1): 49-55.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.10.006>.
 32. Nielsen Forman, D., P. Videbech, M. Hedegaard, J. Dalby Salvig, et N. J. Secher. 2000. « Postpartum Depression: Identification of Women at Risk ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107 (10): 1210-17.
 33. Austin, M.-P., et J. Lumley. 2003. « Antenatal Screening for Postnatal Depression: A Systematic Review ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107 (1): 10-17.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02024.x>.
 34. Malta, Lise A., Sheila W. McDonald, Kathy M. Hegadoren, Carol A. Weller, et Suzanne C. Tough. 2012. « Influence of Interpersonal Violence on Maternal Anxiety, Depression, Stress and Parenting Morale in the Early Postpartum: A Community Based Pregnancy Cohort Study ». *BMC Pregnancy and Childbirth* 12 (décembre): 153.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-153>.
 35. Mezey, Gillian, Loraine Bacchus, Susan Bewley, et Sarah White. 2005. « Domestic Violence, Lifetime Trauma and Psychological Health of Childbearing Women ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112 (2): 197-204.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00307.x>.
 36. Hage, Mirella P., et Sami T. Azar. 2012. « The Link between Thyroid Function and Depression ». *Journal of Thyroid Research* 2012: 590648.
<https://doi.org/10.1155/2012/590648>.
 37. Beck, C. T. 2001. « Predictors of Postpartum Depression: An Update ». *Nursing Research* 50 (5): 275-85. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>.
 38. Stowe, Z. N., et C. B. Nemeroff. 1995. « Women at Risk for Postpartum-Onset Major Depression ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 173 (2): 639-45.
[https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90296-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90296-1).
 39. Warner, R., L. Appleby, A. Whitton, et B. Faragher. 1996. « Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 168 (5): 607-11. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.607>.
 40. John Bowlby. 1978. *Attachement et perte*. Vol. 1. Paris.
 41. Ainsworth, M. D. 1985. « Attachments across the Life Span. » *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 61 (9): 792. [https://doi.org/61\(9\):792-812](https://doi.org/61(9):792-812).
 42. « Specificity of Infants' Response to Mothers' Affective Behavior - Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry ». s. d. <https://doi.org/10.1097/00004583-198903000-00016>.
 43. Murray, L. 1992. « The Impact of Postnatal Depression on Infant Development ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 33 (3): 543-61.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x>.

44. Sharp, D., D. F. Hay, S. Pawlby, G. Schmücker, H. Allen, et R. Kumar. 1995. « The Impact of Postnatal Depression on Boys' Intellectual Development ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 36 (8): 1315-36.
45. Teasdale, J. D., S. J. Fogarty, et J. M. Williams. 1980. « Speech Rate as a Measure of Short-Term Variation in Depression ». *The British Journal of Social and Clinical Psychology* 19 (3): 271-78. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1980.tb00353.x>.
46. Scherer, K. R. 1986. « Vocal Affect Expression: A Review and a Model for Future Research ». *Psychological Bulletin* 99 (2): 143-65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.2.143>.
47. Beebe, Beatrice, Anthony Badalamenti, Joseph Jaffe, Stanley Feldstein, Lisa Marquette, Elizabeth Helbraun, Donna Demetri-Friedman, et al. 2008. « Distressed Mothers and Their Infants Use a Less Efficient Timing Mechanism in Creating Expectancies of Each Other's Looking Patterns ». *Journal of Psycholinguistic Research* 37 (5): 293-307. <https://doi.org/10.1007/s10936-008-9078-y>.
48. Libet, J. M., et P. M. Lewinsohn. 1973. « Concept of Social Skill with Special Reference to the Behavior of Depressed Persons ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 40 (2): 304-12.
49. Hart, S., T. Field, et C. Del Valle. 1998. « Depressed mothers' interactions with their one-year-old infants - ScienceDirect ». [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(98\)90024-8](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(98)90024-8).
50. Radesky, Jenny S., Barry Zuckerman, Michael Silverstein, Frederick P. Rivara, Marilyn Barr, James A. Taylor, Liliana J. Lengua, et Ronald G. Barr. 2013. « Inconsolable Infant Crying and Maternal Postpartum Depressive Symptoms ». *Pediatrics* 131 (6): e1857-1864. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3316>.
51. Bénony-Viodé, Christelle, et Bernard Golse. 2018. *Psychopathologie du bébé*. 2 ème. Paris: Armand Colin. <http://www.armand-colin.com/psychopathologie-du-bebe-9782200277499>.
52. Paediatrics & Child Health. 2004. « La Dépression de La Mère et Le Développement de l'enfant ». *Paediatrics & Child Health*, octobre. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724171/>.
53. Weissman, Myrna M., Michael Fendrich, Virginia Warner, et Priya Wickramaratne. 1992. « Incidence of Psychiatric Disorder in Offspring at High and Low Risk for Depression ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 31 (4): 640-48. <https://doi.org/10.1097/00004583-199207000-00010>.
54. Weissman, M. M., V. Warner, P. Wickramaratne, D. Moreau, et M. Olfson. 1997. « Offspring of Depressed Parents. 10 Years Later ». *Archives of General Psychiatry* 54 (10): 932-40. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830220054009>.
55. Paulson, James F., et Sharnail D. Bazemore. 2010. « Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression: A Meta-Analysis ». *JAMA* 303 (19): 1961-69. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>.
56. Appleby, L. 1991. « Suicide During Pregnancy and in the First Postnatal Year ». *Centre for Suicide Prevention*. <https://doi.org/10.1136/bmj.302.6769.137>.
57. Qin, Ping, Preben Bo Mortensen, Esben Agerbo, Niels Westergard-Nielsen, et Tor Eriksson. 2000. « Gender Differences in Risk Factors for Suicide in Denmark ». *The British Journal of Psychiatry* 177 (6): 546-50. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.546>.
58. Mauri, Mauro, Annalisa Oppo, Chiara Borri, Susanna Banti, et PND-ReScU group. 2012a.

- « SUICIDALITY in the Perinatal Period: Comparison of Two Self-Report Instruments. Results from PND-ReScU ». *Archives of Women's Mental Health* 15 (1): 39-47. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0246-y>.
59. Oates, Margaret. 2003a. « Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality | British Medical Bulletin | Oxford Academic ». <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg011>. 2003b. « Suicide: The Leading Cause of Maternal Death ». *The British Journal of Psychiatry* 183 (4): 279-81. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.279>.
60. « Conférence de consensus. La crise suicidaire. HAS - Bing ». 2000. 2000. <http://www.bing.com/search?pc=COSP&ptag=D112517-A915F698E57&form=CONBDF&conlogo=CT3335818&q=Conf%C3%A9rence+de+consensus.+La+crise+suicidaire.+HAS>.
61. O'Carroll, P. W., A. L. Berman, R. W. Maris, E. K. Moscicki, B. L. Tanney, et M. M. Silverman. 1996. « Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology ». *Suicide & Life-Threatening Behavior* 26 (3): 237-52. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>.
62. Byrne, Enda M., Tania Carrillo-Roa, Brenda W. J. H. Penninx, Hannah M. Sallis, Alexander Viktorin, Brett Chapman, Anjali K. Henders, et al. 2014. « Applying Polygenic Risk Scores to Postpartum Depression ». *Archives of Women's Mental Health* 17 (6): 519-28. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0428-5>.
63. Meltzer-Brody, Samantha, Anna R. Brandon, Brenda Pearson, Lynne Burns, Christena Raines, Elizabeth Bullard, et David Rubinow. 2014. « Evaluating the Clinical Effectiveness of a Specialized Perinatal Psychiatry Inpatient Unit ». *Archives of Women's Mental Health* 17 (2): 107-13. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0390-7>.
64. Howard, Louise M., Clare Flach, Anita Mehay, Debbie Sharp, et Andre Tylee. 2011. « The Prevalence of Suicidal Ideation Identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Postpartum Women in Primary Care: Findings from the RESPOND Trial ». *BMC Pregnancy and Childbirth* 11 (août): 57. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-57>.
65. Kim, J. Jo, Laura M. La Porte, Mary P. Saleh, Samantha Allweiss, Marci G. Adams, Ying Zhou, et Richard K. Silver. 2015. « Suicide Risk among Perinatal Women Who Report Thoughts of Self-Harm on Depression Screens ». *Obstetrics and Gynecology* 125 (4): 885-93. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000718>.
66. Borges, Guilherme, Matthew K. Nock, Josep M. Haro Abad, Irving Hwang, Nancy A. Sampson, Jordi Alonso, Laura Helena Andrade, et al. 2010. « Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 71 (12): 1617-28. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>.
67. Wisner, Katherine L., Dorothy K. Y. Sit, Mary C. McShea, David M. Rizzo, Rebecca A. Zoretich, Carolyn L. Hughes, Heather F. Eng, et al. 2013. « Onset Timing, Thoughts of Self-Harm, and Diagnoses in Postpartum Women with Screen-Positive Depression Findings ». *JAMA Psychiatry* 70 (5): 490-98. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>.
68. Pope, Carley J., Bin Xie, Verinder Sharma, et M. Karen Campbell. 2013. « A Prospective Study of Thoughts of Self-Harm and Suicidal Ideation during the Postpartum Period in Women with Mood Disorders ». *Archives of Women's Mental Health* 16 (6): 483-88.

- <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0370-y>.
69. « Suicide, autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Expertise collective. » 2005. *Les éditions INSERM*, Les éditions INSERM, , 190.
 - 70.« OMS | Prévention du suicide ». 2014. WHO. 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/.
 71. Appleby, L., et G. Turnbull. 1995. « Parasuicide in the First Postnatal Year ». *Psychological Medicine* 25 (5): 1087-90. <https://doi.org/10.1017/S0033291700037570>.
 72. Schiff, Melissa A., et David C. Grossman. 2006a. « Adverse Perinatal Outcomes and Risk for Postpartum Suicide Attempt in Washington State, 1987-2001 ». *Pediatrics* 118 (3): e669-675. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0116>.
 - . 2006b. « Adverse Perinatal Outcomes and Risk for Postpartum Suicide Attempt in Washington State, 1987-2001 ». *Pediatrics* 118 (3): e669-675. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0116>.
 73. « OMS | Mortalité maternelle ». s. d. WHO. Consulté le 6 décembre 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>.
 74. Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle. 2013. « Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir / 2017 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil ». 2013. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/Les-morts-maternelles-en-France-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir>.
 75. Schutte, Joke M., Esther Hink, Marion H. B. Heres, Hanneke J. M. B. Wennink, et Adriaan Honig. 2008. « Maternal Mortality Due to Psychiatric Disorders in the Netherlands ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 29 (3): 150-52. <https://doi.org/10.1080/01674820802428387>.
 76. Cliffe, Susan, Deborah Black, Joanne Bryant, et Elizabeth Sullivan. 2008. « Maternal Deaths in New South Wales, Australia: A Data Linkage Project ». *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48 (3): 255-60. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00878.x>.
 77. Shadigian, Elizabeth, et Samuel T. Bauer. 2005. « Pregnancy-Associated Death: A Qualitative Systematic Review of Homicide and Suicide ». *Obstetrical & Gynecological Survey* 60 (3): 183-90. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000155967.72418.6b>.
 78. Appleby, L., P. B. Mortensen, et E. B. Faragher. 1998. « Suicide and Other Causes of Mortality after Post-Partum Psychiatric Admission ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 173 (septembre): 209-11. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.3.209>.
 79. Comtois, Katherine A., Melissa A. Schiff, et David C. Grossman. 2008. « Psychiatric Risk Factors Associated with Postpartum Suicide Attempt in Washington State, 1992-2001 ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 199 (2): 120.e1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.02.011>.
 80. Alhusen, Jeanne L., N. Frohman, et Genevieve Purcell. 2015. « Intimate Partner Violence and Suicidal Ideation in Pregnant Women ». *Archives of Women's Mental Health* 18 (4): 573-78. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0515-2>.
 81. Pope, Carley J., Bin Xie, Verinder Sharma, et M. Karen Campbell. 2013. « A Prospective Study of Thoughts of Self-Harm and Suicidal Ideation during the Postpartum Period in Women with Mood Disorders ». *Archives of Women's Mental Health* 16 (6): 483-88.

- <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0370-y>.
82. Healey, Christine, Richard Morriss, Carol Henshaw, Ovais Wadoo, Aamer Sajjad, Helen Scholefield, et Peter Kinderman. 2013a. « Self-Harm in Postpartum Depression and Referrals to a Perinatal Mental Health Team: An Audit Study ». *Archives of Women's Mental Health* 16 (3): 237-45. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0335-1>.
 - .2013b. « Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: an audit study ». *Archives of Women's Mental Health* 16 (3): 237-45. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0335-1>.
 83. Babu, Girish N., Dodbalapur K. Subbakrishna, et Prabha S. Chandra. 2008. « Prevalence and Correlates of Suicidality among Indian Women with Post-Partum Psychosis in an Inpatient Setting ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42 (11): 976-80. <https://doi.org/10.1080/00048670802415384>.
 84. Pinheiro, R. T., R. A. da Silva, P. V. S. Magalhães, B. L. Horta, et K. a. T. Pinheiro. 2008. « Two Studies on Suicidality in the Postpartum ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118 (2): 160-63. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01184.x>.
 85. Tavares, Daniele, Luciana Quevedo, Karen Jansen, Luciano Souza, Ricardo Pinheiro, et Ricardo Silva. 2012. « Prevalence of Suicide Risk and Comorbidities in Postpartum Women in Pelotas ». *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)* 34 (3): 270-76. <https://doi.org/org/10.1016/j.rbp.2011.12.001>.
 86. Oquendo, M. A., K. M. Malone, et J. J. Mann. 1997. « Suicide: Risk Factors and Prevention in Refractory Major Depression ». *Depression and Anxiety* 5 (4): 202-11.
 87. Sit, Dorothy, James Luther, Daniel Buysse, John L. Dills, Heather Eng, Michele Okun, Stephen Wisniewski, et Katherine L. Wisner. 2015. « Suicidal Ideation in Depressed Postpartum Women: Associations with Childhood Trauma, Sleep Disturbance and Anxiety ». *Journal of Psychiatric Research* 66-67 (août): 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.021>.
 88. Gissler, M., E. Hemminki, et J. Lönnqvist. 1996. « Suicides after Pregnancy in Finland, 1987-94: Register Linkage Study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 313 (7070): 1431-34. <https://doi.org/org/10.1136/bmj.313.7070.1431>.
 89. Sockol, Laura E., Cynthia L. Battle, Margaret Howard, et Tamara Davis. 2014. « Correlates of Impaired Mother-Infant Bonding in a Partial Hospital Program for Perinatal Women ». *Archives of Women's Mental Health* 17 (5): 465-69. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0419-6>.
 90. Sutter-Dallay, A.-L., et N. Guédény. 2010. « Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites ». [//www.em-premium.com/data/traites/pps/37-50484/](http://www.em-premium.com/data/traites/pps/37-50484/), juillet. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(10\)50484-X](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(10)50484-X).
 91. Glatigny-Dallay, Elisabeth, Anne-Laure Sutter-Dallay, Nathalie Loustau, et Dominique Grimaldi. 2008. « Une approche pluridisciplinaire des troubles psychiatriques de la période périnatale ». *Le Journal des psychologues* n° 261 (8): 26-28. <https://doi.org/10.3917/jdp.261.0026>.
 92. Roux, Catherine Déchamp-Le, Olivier Dembinski, et Lise Demailly. 2014. *Les équipes mobiles de psychiatrie et le travail de disponibilité : Modalités et enjeux d'une innovation*. 1^{re} éd. John Libbey - Eurotext.
 93. Ramonet, Marianne, et Jean-Luc Roelandt. 2013. « Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve ». [//www.em-premium.com/data/revues/00034487/v171i8/S0003448713001054/](http://www.em-premium.com/data/revues/00034487/v171i8/S0003448713001054/), septembre.

- <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.01.037>.
94. Dagens, V., et P. Chardeau. 2017a. « Unités d'hospitalisation temps plein mère-enfant en psychiatrie périnatale ». [//www.em-premium.com/data/traites/ps/37-68364/](http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-68364/), juin. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(17\)68364-0](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(17)68364-0).
- . 2017b. « Unités d'hospitalisation temps plein mère-enfant en psychiatrie périnatale ». [//www.em-premium.com/data/traites/ps/37-68364/](http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-68364/), juin. <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1124968/resultatrecherche/2>.
95. Martin, T., J. Dayan, et A. Dutordoit. 2003. « Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France ». [//www.em-premium.com/data/revues/00034487/v016i07/03000301/](http://www.em-premium.com/data/revues/00034487/v016i07/03000301/). [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(03\)00030-1](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00030-1).
- . s. d. « Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France ». [//www.em-premium.com/data/revues/00034487/v016i07/03000301/](http://www.em-premium.com/data/revues/00034487/v016i07/03000301/). Consulté le 5 avril 2019. <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/18067/resultatrecherche/4>.
- . 2012b. « SUICIDALITY in the Perinatal Period: Comparison of Two Self-Report Instruments. Results from PND-ReScU ». *Archives of Women's Mental Health* 15 (1): 39-47. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0246-y>.
96. Nezelof, S., O. Cazas, A. L. Sutter-Dallay, et N. Glangeaud. s. d. « Hospitalisation Conjointe Mère-Bébé En Psychiatrie ». *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 163 (6): 529-34.
97. Kumar, R. 1994. « Postnatal Mental Illness: A Transcultural Perspective ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29 (6): 250-64.
98. Hatters Friedman, Susan, Ann Kessler, Sarah Nagle Yang, Sarah Parsons, Harriet Friedman, et Richard J. Martin. 2013. « Delivering Perinatal Psychiatric Services in the Neonatal Intensive Care Unit ». *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 102 (9): e392-397. <https://doi.org/10.1111/apa.12323>.
99. Braha, Céline. 2011. « Prévention de la dépression post-natale. Dépister en consultations prénatales: entretiens auprès des sages-femmes et obstétriciens », 104.
100. « Haute Autorité de Santé - Prévention ». s. d. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention.
101. « OMS | Santé maternelle et périnatale ». s. d. WHO. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/fr/.
102. « UNFPA - United Nations Population Fund ». s. d. <https://www.unfpa.org/fr>.
103. « Après l'accouchement: le retour à la maison ». s. d. Consulté le 27 mars 2019. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/suivi-domicile>.
104. « INPES, 2010 ». s. d. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf>.
105. Lawrie, T.A., Hofmeyr, G.J., de Jager, M. & Berk, M. (1998). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a cohort of South African women. *South African Medical Journal*, 88(10), 1340-1344.
106. Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1996). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Valisation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(3), 18-184.
107. Chabrol, H., et F. Teissedre. 2008. « Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude contrôlée chez 859 sujets ». [//www.em-premium.com/data/revues/00137006/00280001/63/](http://www.em-premium.com/data/revues/00137006/00280001/63/), février. <https://doi.org/ENC-02-2002-28-1-0013-7006-101019-ART8>.

108. « Conférence de consensus. La crise suicidaire. HAS - Bing ». 2000. 2000. <http://www.bing.com/search?pc=COSP&ptag=D112517-A915F698E57&form=CONBDF&conlogo=CT3335818&q=Conf%C3%A9rence+de+consensus.+La+crise+suicidaire.+HAS>.
109. Bascoul, Céline, Ludivine Franchitto, Olivier Parant, et Jean-Philippe Raynaud. 2015. « Psychotropes pendant la grossesse et l'allaitement : mise au point pratique ». *La Presse Médicale* 44 (3): 271-83. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.07.026>.
110. Briggs, Gerald G. 1998. « Medication Use During the Perinatal Period ». *Journal of the American Pharmaceutical Association (1996)* 38 (6): 717-27. [https://doi.org/10.1016/S1086-5802\(16\)30393-X](https://doi.org/10.1016/S1086-5802(16)30393-X).
111. « CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte ». s. d. <http://lecrat.fr/>.
112. Berle, Jan Øystein, et Olav Spigset. 2011a. « Antidepressant Use During Breastfeeding ». *Current Women's Health Reviews* 7 (1): 28-34. <https://doi.org/10.2174/157340411794474784>.
- 2011b. « Antidepressant Use During Breastfeeding ». *Current Women's Health Reviews* 7 (1): 28-34. <https://doi.org/10.2174/157340411794474784>.
113. Freyer, A M. 2009. « Drugs in Pregnancy and Lactation 8th Edition: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk ». *Obstetric Medicine* 2 (2): 89. <https://doi.org/10.1258/om.2009.090002>.
114. Kelly, Lauren E., Shirley Poon, Parvaz Madadi, et Gideon Koren. 2012. « Neonatal Benzodiazepines Exposure during Breastfeeding ». *The Journal of Pediatrics* 161 (3): 448-51. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.03.003>.
115. Orsolini, Laura, Alessandro Valchera, Roberta Vecchiotti, Carmine Tomasetti, Felice Iasevoli, Michele Fornaro, Domenico De Berardis, Giampaolo Perna, Maurizio Pompili, et Cesario Bellantuono. 2016. « Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates ». *Frontiers in Psychiatry* 7 (août). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00138>.
116. Patrick Juignet, *Psychisme*, 2011. <https://psychisme.org/Therapeutique/Psychodef.html>
117. Lemarié, C., et G. Abgrall-Barbry. 2017. « Psychothérapies ». [//www.em-premium.com/data/traites/tm/tm-48035/](http://www.em-premium.com/data/traites/tm/tm-48035/), août. [https://doi.org/10.1016/S1634-6939\(17\)48035-5](https://doi.org/10.1016/S1634-6939(17)48035-5).
118. O'Hara, Michael W., Scott Stuart, Laura L. Gorman, et Amy Wenzel. 2000. « Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression ». *Archives of General Psychiatry* 57 (11): 1039-45. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1039>.
119. Clark, Roseanne, Audrey Tluczek, et Amy Wenzel. 2003. « Psychotherapy for Postpartum Depression: A Preliminary Report ». *American Journal of Orthopsychiatry* 73 (4): 441-54. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.4.441>.
120. Glatigny-Dallay, Élisabeth, Séverine Barandon, Ingrid Lacaze, Oguz Omay, et Anne-Laure Sutter-Dallay. 2017. « Psychothérapie interpersonnelle et périnatalité, de l'anté- au post-natal ». [//www.em-premium.com/data/revues/16340760/v16i128/S1634076017300963/](http://www.em-premium.com/data/revues/16340760/v16i128/S1634076017300963/), septembre. <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1140199/resultatrecherche/5>.
121. Cuijpers, Pim, Anna S. Geraedts, Patricia van Oppen, Gerhard Andersson, John C. Markowitz, et Annemieke van Straten. 2011. « Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis ». *The American Journal of Psychiatry* 168 (6): 581-92.

- <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>.
122. Claridge, Amy M. 2014. « Efficacy of Systemically Oriented Psychotherapies in the Treatment of Perinatal Depression: A Meta-Analysis ». *Archives of Women's Mental Health* 17 (1): 3-15. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0391-6>.
 123. Klier, C M, M Muzik, K L Rosenblum, et G Lenz. 2001. « Interpersonal Psychotherapy Adapted for the Group Setting in the Treatment of Postpartum Depression. » *Journal of Psychotherapy Practice and Research*.
 124. Klier, Claudia M., Maria Muzik, Katherine L. Rosenblum, et Gerhard Lenz. 2001. « Interpersonal Psychotherapy Adapted for the Group Setting in the Treatment of Postpartum Depression ». *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2): 124-31.
 125. Bowen, Angela, Marilyn Baetz, Laura Schwartz, Lloyd Balbuena, et Nazeem Muhajarine. 2014. « Antenatal Group Therapy Improves Worry and Depression Symptoms ». *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 51 (3): 226-31. [https://doi.org/51\(3\):226-31](https://doi.org/51(3):226-31).
 126. Meager, Ingrid, et Jeannette Milgrom. 1996. « Group Treatment for Postpartum Depression: A Pilot Study ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 30 (6): 852-60. <https://doi.org/10.3109/00048679609065055>.
 127. PRENDERGAST J., AUSTIN M.P. 2001. « Early Childhood Nurse-Delivered Cognitive Behavioural Counselling for Post-Natal Depression ». *ResearchGate*, septembre. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2001.00330.x>.
 128. Austin, P, M Frilingos, J Lumley, et d Hadzi-Pavlovic. 2008. « Brief Antenatal Cognitive Behaviour Therapy Group Intervention for the Prevention of Postnatal Depression and Anxiety: A Randomised Controlled Trial | Request PDF ». *ResearchGate*. 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.001>.

 129. Knauer, Dora, et Bertrand Cramer. 2006. « Les thérapies brèves conjointes mères ou parents-bébés : évaluations, évolutions et processus cliniques ». *Psychotherapies* Vol. 26 (2): 97-102.
 130. Espasa, Francisco Palacio, et Dora Knauer. 2006. « La psychothérapie psychodynamique brève avec la mère, le père et le bébé : aspects cliniques et techniques ». *Devenir* Vol. 18 (1): 5-22.
 131. Cooper, P., et L. Murray. 1997. « Prediction, Detection, and Treatment of Postnatal Depression ». *Archives of Disease in Childhood* 77 (2): 97-99. <https://doi.org/10.1136/adc.77.2.97>.
 132. Murray, Lynne, Peter J. Cooper, Anji Wilson, et Helena Romaniuk. 2003. « Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome ». *The British Journal of Psychiatry* 182 (5): 420-27. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.420>.
 133. Weyeneth, Martin, Gilles Ambresin, Yolanda Carballeira, Vivien Contesse, Christian Crivii, Fanny Glauser, Béatrice Lopez de La Vega, Béatrice Matthey, et Christian Bryois. 2004. « La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme ». *Psychotherapies* Vol. 24 (2): 73-86.
 134. Holden, J. M., R. Sagovsky, et J. L. Cox. 1989. « Counselling in a General Practice Setting: Controlled Study of Health Visitor Intervention in Treatment of Postnatal Depression. » *BMJ* 298 (6668): 223-26. <https://doi.org/10.1136/bmj.298.6668.223>.

135. Wickberg, Birgitta, et C. Philip Hwang. 1996. « Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample ». *Journal of Affective Disorders* 39 (3): 209-16. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00034-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00034-1).
136. Dennis, Cindy-Lee, et Ellen D. Hodnett. 2007. « Psychosocial and Psychological Interventions for Treating Postpartum Depression ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006116.pub2>.
137. Dennis, Cindy-Lee, et Therese Dowswell. 2013a. « Psychosocial and Psychological Interventions for Preventing Postpartum Depression ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2 (février): CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>.
- .2013b. « Interventions (Other than Pharmacological, Psychosocial or Psychological) for Treating Antenatal Depression ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 7 (juillet): CD006795. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006795.pub3>.
138. Sado, Mitsuhiro, Erika Ota, Andrew Stickley, et Rintaro Mori. 2012. « Hypnosis during Pregnancy, Childbirth, and the Postnatal Period for Preventing Postnatal Depression ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 6 (juin): CD009062. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009062.pub2>.
139. Sockol, Laura E., C. Neill Epperson, et Jacques P. Barber. 2011a. « A Meta-Analysis of Treatments for Perinatal Depression ». *Clinical Psychology Review* 31 (5): 839-49. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>.
- . 2011b. « A meta-analysis of treatments for perinatal depression ». *Clinical Psychology Review* 31 (5): 839-49. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>.
- . 2013. « Preventing postpartum depression: A meta-analytic review ». *Clinical psychology review* 33 (8): 1205-17. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.004>.
140. Boath, E., et C. Henshaw. 2001. « The treatment of postnatal depression: A comprehensive literature review ». *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 19 (3): 215-48. <https://doi.org/10.1080/02646830120073224>.
141. Morgan, Mary, Stephen Matthey, Bryanne Barnett, et Cheryl Richardson. 1997. « A Group Programme for Postnatally Distressed Women and Their Partners ». *Journal of Advanced Nursing* 26 (5): 913-20. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00433.x>.
142. Chen, Chung-Hey, Ying-Fen Tseng, Fan-Hao Chou, et Shing-Yaw Wang. 2000. « Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan ». *Journal of Psychosomatic Research* 49 (6): 395-99. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00180-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00180-X).
143. Misri, Shaila, Pratibha Reebye, Maria Corral, et Lisa Milis. 2004. « The Use of Paroxetine and Cognitive-Behavioral Therapy in Postpartum Depression and Anxiety: A Randomized Controlled Trial ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 65 (9): 1236-41. [https://doi.org/65\(9\):1236-1241](https://doi.org/65(9):1236-1241).
144. Dennis, Cindy-Lee. 2003. « The Effect of Peer Support on Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial ». *The Canadian Journal of Psychiatry* 48 (2): 115-24. <https://doi.org/10.1177/070674370304800209>.
145. Vanelle, Jean-Marie, Anne Sauvaget-Oiry, et Fabien Juan. 2008. « Indications de l'électroconvulsivothérapie ». </data/revues/07554982/003705P2/08000900/>, mai. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.01.009>.
146. Bracq, A., A.-L. Sutter-Dallay, E. Bosc, et D. Dallay. 2015. « Électroconvulsivothérapie au cours de la grossesse : à propos d'un cas ». <//www.em-premium.com/data/revues/03682315/v44i5/S036823151500068X/>, avril.

- <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.02.007>.
147. Charpeaud, T., J.-B. Genty, et P.-M. Llorca. 2016. « Usage de l'électroconvulsivothérapie en psychiatrie ». [//www.em-premium.com/data/traites/ps/37-75402/](http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-75402/), juillet. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(16\)75402-2](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(16)75402-2).
 148. Manzano Juan, Palacio Espasa Francisco, et Zilkha Nathalie. 2009. *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. https://www.puf.com/content/Les_sc%C3%A9narios_narcissiques_de_la_parentalit%C3%A9.
 149. Hossain, Ziarat, Tiffany Field, Jeanette Gonzalez, Julie Malphurs, Claudia Del Valle, et Jeffrey Pickens. 1994. « Infants of “Depressed” Mothers Interact Better with Their Nondepressed Fathers ». *Infant Mental Health Journal* 15 (4): 348-57. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199424\)15:4<348::AID-IMHJ2280150404>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199424)15:4<348::AID-IMHJ2280150404>3.0.CO;2-Y).
 150. Ramchandani, Paul, Alan Stein, Jonathan Evans, Thomas G. O'Connor, et ALSPAC study team. 2005. « Paternal Depression in the Postnatal Period and Child Development: A Prospective Population Study ». *Lancet (London, England)* 365 (9478): 2201-5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66778-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66778-5).
 151. Wilson, Syla, et C. Emily Durbin. 2010. « Effects of Paternal Depression on Fathers' Parenting Behaviors: A Meta-Analytic Review ». *Clinical Psychology Review* 30 (2): 167-80. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.007>.
 152. Goodman, JH. 2004. « Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health - Goodman - 2003 - Journal of Advanced Nursing - Wiley Online Library ». <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>.
 153. Gressier, Florence, Myriam Tabat-Bouher, Odile Cazas, et Patrick Hardy. 2015. « Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature ». [/data/revues/07554982/v44i4sP1/S0755498215000159/](http://data.revues.org/07554982/v44i4sP1/S0755498215000159/), avril. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.022>.
 154. Kim, Pilyoung, et J.E Swain. 2007. « Sad Dads ». *Psychiatry (Edgmont)* 4 (2): 35-47.
 155. « CANMAT | Publications ». s. d. Consulté le 7 mars 2018. <http://canmat.org/canmatpub.html#Guidelines>.
 156. Gerardin, P., Wendland, J., Bodeau, N., Galin, A., Verrier, A., Bialobos, S. et al (2010). Depression during pregnancy: Is the developmental impact earlier on boys? A prospective case-control study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, November 30, doi: 10.4088/JCP.09m05724blu.
 157. Bègue A, Garez V, Apter G. Les médicaments psychotropes en pré- et postnatal : mise au point et actualités. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 (6) : 451-59 doi:10.1684/ipe.2018.1826
 158. Perinatal PSychoPharmacology, Faruk Uguz • Laura Orsolini Editors, Springer 2019 <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92919-4>
 159. Bègue A, Garez V, Apter G. Les médicaments psychotropes en pré- et postnatal : mise au point et actualités. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 (6) : 451-59 doi:10.1684/ipe.2018.1826
 160. Perinatal PSychoPharmacology, Faruk Uguz • Laura Orsolini Editors, Springer 2019 <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92919-4>
 161. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. *Contre-indication des médicaments à base de valproate utilisés en psychiatrie chez la femme enceinte et la femme en âge de procréer sans contraception efficace*. Communiqué. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiquees-Pointspresse/>

- Contre-indication-des-medicaments-a-base-de-valproateutilises-en-psychiatrie-chez-la-femme-enceinte-et-la-femme-en-age-deprocreer-sans-contraception-efficace.
162. Jentink J, Loane MA, Dolk H, *et al.* Valproic acid monotherapy in pregnancy and major congenital malformations. *N Engl J Med* 2010 ; 362 : 2185-93.
163. ANSM-CNAMTS. *Exposition in utero à l'acide valproïque et aux autres traitements de l'épilepsie et des troubles bipolaires et risque de malformations congénitales majeures (MCM) en France.* Avril2017. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/fb3faa8c4a5c5c5dedfc1423213c219d.pdf.
164. Patorno E, Huybrechts KF, Bateman BT, *et al.* Lithium use inpregnancy and the risk of cardiac malformations. *N Engl J Med*2017 ; 376 : 2245-54.
165. Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, *et al.* Lithium placental passage and obstetrical outcome : implications for clinical management during late pregnancy. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 :2162-70.

Résumé

Le post-partum est une période au cours de laquelle un ensemble de processus psychoaffectifs complexes modifient le fonctionnement psychique de la mère. Elle peut être source de décompensation ou d'apparition de pathologies psychiatriques spécifiques du post-partum. Cette thèse s'articule autour de données actuelles de la prise en charge des dépressions du post-partum d'intensité sévère et du risque de passage à l'acte suicidaire qui peut lui être associé. Ainsi selon les études 2 à 6% des femmes présenteraient une DDP d'intensité sévère et seraient plus à risque d'avoir des idées suicidaires ou de passage à l'acte auto-agressif dans le post-partum. Malgré son incidence et ses conséquences peu de recommandations spécifiques au sujet sont disponibles, probablement du fait d'une étiologie multifactorielle. De ce fait une prise en charge multidisciplinaire est indispensable.

Mots clés :

Dépression ; sévère ; postpartum ; suicidalité ; prévention ; dépistage ; psychotrope ; psychothérapie ; recommandation.