



**HAL**  
open science

# L'intérêt de l'utilisation d'outils psychométriques pour le dépistage des troubles de l'attachement mère-enfant chez la femme souffrant de dépression périnatale

Maëlys Slokar

## ► To cite this version:

Maëlys Slokar. L'intérêt de l'utilisation d'outils psychométriques pour le dépistage des troubles de l'attachement mère-enfant chez la femme souffrant de dépression périnatale. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04413875

**HAL Id: dumas-04413875**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04413875>**

Submitted on 24 Jan 2024

**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.

École de Maïeutique

**L'intérêt de l'utilisation d'outils psychométriques pour le  
dépistage des troubles de l'attachement mère-enfant  
chez la femme souffrant de dépression périnatale  
Revue de la littérature**

Présenté et publiquement soutenu devant l'École de Maïeutique

Le 02/06/2023

Par

Maëlys SLOKAR

Née le 14/06/1999

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année universitaire 2022-2023

Membres du jury :

- FABRE Laure : Sage-femme libérale de Rians
- MATTEO Caroline : Sage-femme enseignante
- MOREAU Elsa : Psychiatre, chef de clinique assistant (directrice de mémoire)





Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

École de Maïeutique

Université Aix Marseille

# L'intérêt de l'utilisation d'outils psychométriques pour le dépistage des troubles de l'attachement mère-enfant chez la femme souffrant de dépression périnatale

## Revue de la littérature

SLOKAR Maëlys

Née le 14/06/1999

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-femme

Année universitaire 2022-2023

<b>Validation 1<sup>ère</sup> session .....</b> :	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
Mention : Félicitations du jury	<input type="checkbox"/>	
Très bien	<input type="checkbox"/>	
Bien	<input type="checkbox"/>	
Assez bien	<input type="checkbox"/>	
Passable	<input type="checkbox"/>	
<b>Validation 2<sup>ème</sup> session .....</b> :	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
Mention : Félicitations du jury	<input type="checkbox"/>	
Très bien	<input type="checkbox"/>	
Bien	<input type="checkbox"/>	
Assez bien	<input type="checkbox"/>	
Passable	<input type="checkbox"/>	

Visa et tampon de l'école

## Remerciements

C'est avec une grande émotion que j'écris ces quelques lignes qui marquent la fin de ce mémoire pour moi et pour vous le début de celui-ci.

Ces quelques lignes clôturent aussi la fin de mes années d'études, qui ont été riches en émotions : la joie, la découverte, l'émerveillement mais aussi la peur de l'inconnu, la peur de ne pas être à la hauteur, la tristesse même...

Ce métier, celui de sage-femme, je ne l'imaginais pas comme ça. Il y a plus qu'un fossé entre ce que l'on pense être le métier de sage-femme et ce qu'il est vraiment. Et je suis encore plus fière de faire partie de la famille des sages-femmes en voyant maintenant tout ce que cela implique.

Ce métier, c'est celui de mes rêves. Celui qui fait battre mon cœur, celui qui me procure autant d'émotion et de fierté. Et pour m'avoir accompagnée durant ces dernières années, j'ai beaucoup de personnes à remercier.

Les premiers remerciements de ce mémoire s'adressent à mes parents, sans qui tout cela n'aurait pas pu aboutir. Ils m'ont poussée, ces dernières années, à croire en mes rêves et m'ont donné tous les moyens nécessaires pour réaliser mon « métier passion ».

À ma petite sœur, Mellony, qui partage ma folie depuis 21 ans. Tu seras une superbe médecin.

À ma meilleure amie, Louana, qui a toujours cru en moi et qui m'a poussée à me dépasser. Moi aussi, je crois en toi.

À Sasha, qui m'a écoutée parler pendant des heures, qui a su gérer mon afflux d'émotions débordantes, qui m'a soutenue au cours de ces deux dernières années, merci d'être toi, merci d'être là.

À Maëlys, mon homonyme, une rencontre prédestinée j'en suis certaine. Merci pour ta grande contribution à ce mémoire, tu as été la petite lumière qui a rendu tout ce flou beaucoup plus clair.

À mes grandes copines d'école ; Charlotte, Pauline, Orlane et Chayma, les meilleures futures sages-femmes du monde. Merci d'avoir rendu ces dernières années plus douces.

À toutes mes camarades de la promotion maïeutique 2019-2023, je n'aurais pas pu tomber dans une meilleure classe que celle-ci. J'ai été tellement fière d'apprendre ce métier à vos côtés. Si je devais citer un mot pour décrire nos années ça serait : l'Entraide (avec un grand E).

À mes copines de PACES Selma et Lisa qui m'ont accompagnée durant les deux années les plus dures de ma vie.

À Charlotte, à toutes nos soirées papotage qui m'ont fait tellement de bien.

À ma directrice de mémoire, Mme MOREAU, qui a accepté de partager ce bout de parcours avec moi. Merci pour ta disponibilité, merci pour tes conseils et pour ta relecture attentive.

À toute l'équipe pédagogique de l'école de maïeutique de Marseille : un grand merci. Toute cette bienveillance nous a permis d'évoluer progressivement, de prendre confiance en nous pour nous tirer vers la meilleure version de nous-même. À Mme ZAKARIAN, Mme BOISSIER, Mme DESCAMPS, Mme MATTEO, Mr RIQUET, Mr FREMONDIERE, Mme HASSLER, Mme CLADY, Mr REPELLIN merci à vous tous.

À toutes les sages-femmes qui m'ont encadrée de près ou de loin, merci de m'avoir permis d'associer la théorie à la pratique. Je sais qu'encadrer une étudiante doit être parfois stressant, mais grâce à la confiance que vous nous accordez, vous formez les sages-femmes de demain. Je saurai tirer le meilleur de ce que j'ai pu voir et entendre ces dernières années pour devenir une bonne sage-femme à mon tour.

À Mélissa, ma tutrice de stage, qui a su être présente et me soutenir durant mon stage intégré. Merci pour ta bienveillance.

À la maternité d'Aubagne, aux cadres, aux sages-femmes, aux gynécologues, aux AP, aux ASH, aux infirmières, aux secrétaires : merci de m'avoir aussi bien intégrée, merci pour votre bienveillance, merci pour votre compréhension, merci pour votre temps.

Enfin, à tous les couples qui ont eu confiance en moi malgré mon statut d'étudiante et à tous ces couples extraordinaires qui m'ont fait couler quelques larmes (d'émotion je précise) pendant mes gardes, vous resterez dans un coin de mon cœur.

## Sommaire

<b>Avant-propos.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>2</b>
1.1. Maladies mentales.....	2
1.2. Dépression.....	2
1. 2. 1. Généralités et épidémiologie.....	2
1. 2. 2. Diagnostic.....	3
1. 2. 3. Classification des troubles dépressifs.....	4
1. 2. 4. Les traitements.....	5
1. 2. 4. 1. La méthode psychothérapeutique.....	5
1. 2. 4. 2. Les traitements pharmacologiques.....	5
1. 3. La périnatalité.....	6
1. 4. Dépression chez la femme enceinte.....	6
1. 4. 1. Généralités et épidémiologie.....	6
1. 4. 2. Diagnostic et dépistage.....	7
1. 4. 3. Traitement chez la femme enceinte.....	8
1. 5. Dépression du post-partum.....	8
1. 5. 1. Généralités, spécificités et épidémiologie.....	8
1. 5. 2. Outil dépistage de la dépression post-partum.....	9
1. 5. 3. Prévention.....	9
1. 5. 4. Traitements.....	9
1. 6. Le lien mère-enfant.....	10
1. 6. 1. Les interactions mère-enfant.....	10
1. 6. 2. Attachement mère-enfant.....	11
1. 6. 3. Outils pour l'évaluation du lien mère-enfant.....	12
1. 6. 3. 1. Outils psychométriques anténataux.....	12
1. 6. 3. 2. Outils psychométriques postnataux.....	13
1. 7. Conséquences de la dépression sur le lien mère-enfant.....	14
1. 8. Objectifs.....	15
<b>2. Matériels et méthodes.....</b>	<b>15</b>
2. 1. Sources de données utilisées.....	15

2. 2. Équation de recherche et mots clés.....	16
2. 3. Critères d'inclusion, de non inclusion d'exclusion et question de recherche.....	16
2. 4. Méthode de sélection des articles.....	17
2. 5. Extraction des données des études incluses.....	18
2. 6. Présentation des résultats.....	18
<b>3. Résultats.....</b>	<b>19</b>
3. 1. Diagramme de flux.....	19
3. 2. Études exclues.....	21
3. 3. Études incluses.....	21
<b>4. Analyse et discussion.....</b>	<b>37</b>
4. 1. Principaux résultats	
4. 2. Analyse des articles étudiants les outils psychométriques anténataux.....	38
4. 3. Analyse des articles étudiants les outils psychométriques postnataux.....	40
4. 4. Analyse des articles étudiants les outils psychométriques postnataux et anténataux.....	43
4. 5. Biais et limites de l'étude.....	45
<b>5. Conclusion.....</b>	<b>49</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>51</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>62</b>



## Liste des abréviations :

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**HAS** : Haute Autorité de santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**DSM-5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – édition numéro 5

**EDPS** : Edinburgh Postpartum Depression Scale

**PAI** : Prenatal attachment Inventory

**MFAS** : Materno-Fetal Attachment Scale

**MAAS** : Maternal-Fetal Attachment Scale

**MIBS** : Maternal-Infant Bonding Scale

**PBQ** : Postpartum Bonding Scale

**TIA** : Thérapie d’Inspiration Analytique

**TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale

**TIP** : Thérapie InterPersonnelle

**TPA** : Thérapie PsychAnalytique

**SA** : Semaine d’aménorrhée

**IRS** : Inhibiteurs de la Recapture de Sérotonine

**IRSNA** : Inhibiteurs de la Recapture de Sérotonine et de Noradrénaline

**IMAO** : Inhibiteurs MonoAmine Oxydase

**CRAT** : Centre de Référence des Agents Tératogènes

**PP** : Post-Partum

**DPP** : Dépression post-partum

**AMF** : Attachement materno-fœtal

## Avant-propos :

L'obstétrique est la science maîtresse du métier de sage-femme. Durant ces dernières années, nous avons étudié cette science en long, en large et en travers. Elle m'a été enseignée par de nombreux professeurs et praticiens et cela m'a permis de m'épanouir dans le métier de sage-femme.

La psychologie est une science pour laquelle je ressens un attrait particulier depuis de nombreuses années.

Il a donc été tout naturel pour moi de réaliser ce mémoire en alliant les deux thématiques qui me passionnent : l'obstétrique et la psychologie.

Le métier de sage-femme, ce n'est pas simplement être là pour assister la femme pendant son accouchement, c'est aussi et surtout lier un lien particulier de confiance avec elle pendant ce moment de vulnérabilité qu'est la périnatalité.

Il est primordial pour moi qu'une femme se sente écoutée, accompagnée et rassurée à chaque moment de la grossesse, de la naissance et du post-partum. Il est aussi très important que celle-ci noue un lien positif avec son nourrisson pour que celle-ci se sente épanouie dans le rôle de mère et pour que son enfant se développe de façon équilibrée.

Dans ce mémoire, je m'intéresserai particulièrement à l'attachement materno-fœtal et à l'attachement mère-enfant chez les femmes souffrant de dépression périnatale. Ainsi, des pistes d'amélioration pour le dépistage de l'altération du lien et de l'attachement pourront être mises en exergue.

# 1. Introduction

## 1. 1. Maladies mentales

Selon l'OMS, un trouble mental « se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou de comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants. » (1) Cette définition inclus, plus largement ;

- Les troubles mentaux
- Les handicaps psychosociaux
- D'autres états mentaux
  - o Sentiment de détresse
  - o Déficiences fonctionnelles
  - o Comportement auto-agressif

En 2019, il a été estimé qu'une personne sur huit présentait, au niveau mondial, un trouble mental, un trouble anxieux ou un trouble dépressif. Cela représente à peu près 970 millions de personnes à travers le monde.

En 2020, nous avons pu observer une augmentation du taux des maladies mentales telles que les troubles anxieux ou les troubles dépressifs, avec une hausse des taux respectifs de 26% et 28%. Cette augmentation des maladies mentales peut être expliquée par la crise sanitaire du COVID-19 qui a touché la population mondiale. (1)

## 1. 2. Dépression

### 1. 2. 1. Généralités et épidémiologie

Toujours d'après l'OMS, la dépression est une maladie mentale qui toucherait en 2019, 280 millions de personnes à travers le monde.

D'après l'INSEE, les troubles dépressifs concerneraient, quel que soit l'âge, plus les femmes que les hommes. En effet, 12% des femmes seraient touchées par les troubles dépressifs contre 9%

pour les hommes. Les femmes présenteraient dans 5% des cas une symptomatologie d'intensité sévère. Les hommes, quant à eux, présenteraient une forme sévère dans 3% des cas. (2)

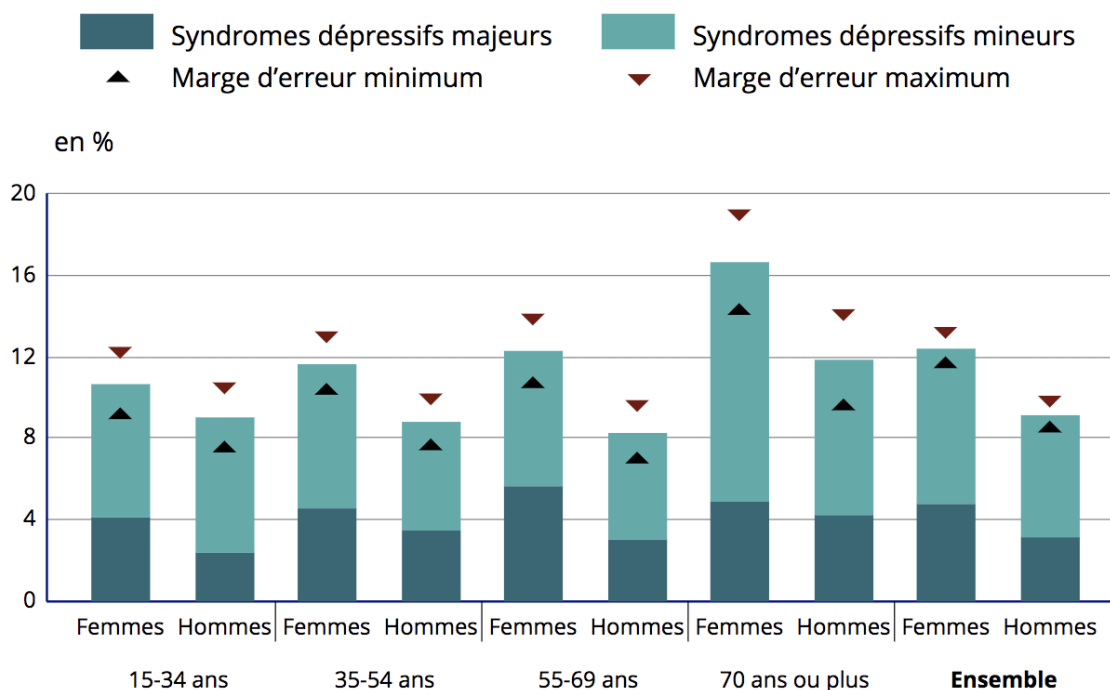


Figure 1 : « Prévalences des syndromes dépressifs en 2019, selon l'âge et le sexe » (3)

### 1. 2. 2. Diagnostic

La dépression se traduit par de nombreux symptômes :

- Une humeur morose (Irritabilité, sentiment de tristesse ou de vide)
- Une anhédonie (perte de plaisir ou perte d'intérêt pour des activités anciennement plaisantes)

Ces symptômes doivent être observés tous les jours, sur une grande partie de la journée, et sur une durée consécutive d'au moins deux semaines.

D'autres symptômes peuvent être observés lors d'un trouble dépressif comme : un trouble de la concentration, un sentiment de désespoir ou de culpabilité, des variations d'appétit ou de poids, un sommeil perturbé avec un sentiment de fatigue extrême et une perte d'énergie. Certaines personnes souffrant de dépression peuvent aussi penser à la mort de façon récurrente et présentent un risque accru de tentative de suicide et de suicide. (4)

### 1. 2. 3. Classification des troubles dépressifs

La classification utilisée pour cette étude est celle du DSM-5. Le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder) est la cinquième édition du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ». Celui-ci a été publié en 2013 par « l'American Psychiatric Association » et une version révisée de ce manuel a été publiée en 2022.

Le DSM-5 regroupe, catalogue et détaille l'ensemble des troubles mentaux existants et leurs diagnostics.

Le DSM-5 classe les troubles dépressifs en huit catégories ; (5)

- Le trouble dépressif caractérisé (affection classique dans ce genre de groupe)
- Le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
- Le trouble dépressif persistant (dysthymie)
- Le trouble dysphorique prémenstruel
- Le trouble dépressif induit par une substance / un médicament
- Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale
- Autre trouble spécifié
- Trouble dépressif non spécifié

Le diagnostic du type de dépression repose sur la symptomatologie et la durée d'évolution de ces symptômes. (5)

#### 1. 2. 4. [Les traitements](#)

##### 1. 2. 4. 1. [La méthode psychothérapeutique](#)

D'après la littérature, quatre types de méthodes psychothérapeutiques sont reconnues pour la prise en charge d'un trouble dépressif :

- La thérapie d'inspiration analytique (TIA) : Cette psychothérapie repose sur les découvertes de S. Freud. Cette thérapie permet la renaissance de conflits ou traumatismes infantiles au conscient afin d'en diminuer l'incidence sur le psychique actuel.
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : c'est une thérapie centrée sur l'abord des problèmes du patient en passant par un apprentissage de compétences spécifiques. Cette thérapie est dite « directive », le praticien est actif pendant une séance et demande au patient d'identifier ses problèmes actuels.
- La thérapie interpersonnelle (IIP) : celle-ci est basée sur l'hypothèse qu'une personne isolée, ayant peu de relations avec son entourage, est plus à risque de devenir déprimée. Cette psychothérapie permet au patient d'améliorer ses compétences sociales et relationnelles au cours de plusieurs séances.
- La thérapie psychanalytique (IPA) : cette thérapie permet de mettre l'accent sur les problèmes passés et actuels du patient, en mettant la symptomatologie au second plan. Cela permet au patient de potentiellement identifier un lien entre sa dépression et son histoire. La meilleure connaissance de soi favorise l'acceptation et l'évolution d'un personne. (6) (7)

##### 1. 2. 4. 2. [Les traitements pharmacologiques](#)

Les antidépresseurs permettent de diminuer la symptomatologie de la dépression, particulièrement la tristesse et le ralentissement psychomoteur provoquée par celle-ci. Il existe plusieurs familles d'antidépresseurs qui seront prescrits en fonction du type de dépression dont souffre le patient.

- Les IRS (inhibiteurs de la recapture de sérotonine) et IRSNA (inhibiteurs de la recapture de sérotonine et noradrénaline) : représentant la famille des antidépresseurs la plus

importante. Ils sont souvent prescrits en première intention et sont mieux tolérés que les antidépresseurs plus anciens.

- Les imipraminiques (tricycliques) et les IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase)
- Les autres antidépresseurs

L'efficacité du traitement peut être constatée après quelques semaines de traitements. Il sera important de convenir d'une durée de traitement avec le médecin et celui-ci ne devra pas être interrompu avant la fin de la thérapie en raison du risque de rechute. (8)

### 1. 3. [La périnatalité](#)

L'OMS définit la périnatalité comme étant une période s'étendant entre la 22<sup>ème</sup> SA et le 7<sup>ème</sup> jour de vie révolu. Elle comprend donc la période anténatale qui se définit comme la période avant l'accouchement, ainsi que le post-partum qui est la période qui suit l'accouchement.

Ce terme, encore en évolution, peut aussi se définir comme un domaine clinique qui s'intéresse à ce qu'il se passe autour de la naissance. Il comprendrait plus largement : la grossesse, l'accouchement, l'année suivant la naissance et les relations précoces parents-enfants. (9)

### 1. 4. [Dépression chez la femme enceinte](#)

#### 1. 4. 1. [Généralités et épidémiologie](#)

La grossesse est un moment de fragilité émotionnelle de par les nombreux changements hormonaux qui opèrent. Celle-ci représente un état de transition durant laquelle la femme naît mère et peut susciter une labilité émotionnelle particulière et propre à chaque femme. Il est donc primordial pour un praticien, de se tenir à l'écoute de la femme pour identifier ses ressentis, ses sensations et les besoins de soutien qui en découleront. (10)

Pour Monique Bydlowski, psychiatre et psychanalyste, « La grossesse est le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience ». L'auteur parle de la notion de « transparence psychique », qui est un terme décrivant un fonctionnement psychique particulier pendant la grossesse. Celui-ci est marqué par un abaissement des résistances habituelles de la femme à refouler des événements passés douloureux et par un surinvestissement des faits personnels et des litiges infantiles. La

femme se retrouve donc vulnérable psychiquement, particulièrement pendant la deuxième moitié de la grossesse, où la transparence psychique est la plus marquée. Ainsi, certaines femmes ayant eu des traumatismes antérieurs, présenteront des besoins d'écoute particuliers et spécifiques. (11) (12)

Le processus du passage de femme à mère n'est pas toujours facile, et il n'est donc pas rare d'observer des formes de dépression pendant la grossesse.

La dépression prénatale présente une prévalence inquiétante de 10 à 20%. Parmi ces femmes souffrant de dépression pendant la grossesse, il a été révélé que 65% de ces femmes avaient déjà présenté un épisode de dépression antérieurement. (13) (14)

#### 1. 4. 2. Diagnostic et dépistage

La dépression prénatale est majoritairement déterminée par une fatigue intense et douloureuse, présente quasiment tout au long de la journée et sur plusieurs jours. Nous pouvons aussi retrouver un sentiment d'anxiété et d'angoisse, d'irritabilité, d'hostilité, et parfois même d'agressivité. Elle peut aussi s'accompagner par des troubles du sommeil ou des troubles alimentaires ainsi que par une anhédonie générale.

Dans certains cas, on peut même observer des pensées suicidaires, sans intentions véritables.

Les vies sociales, familiales et professionnelles peuvent se retrouver altérées lors de la dépression prénatale en raison de la fatigue et du désintéressement général entraînée par celle-ci. (15)

La HAS recommande le dépistage des maladies mentales pendant la grossesse. Ce dépistage repose sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles. Malgré ces recommandations, le dépistage de la dépression prénatale reste peu effectué, d'une part par peur de faire trop intrusion dans l'intimité de la femme, d'autre part car une confusion pourrait naître en rapport avec la transparence psychique fortement présente en fin de grossesse. (15) (16)

Depuis le 1<sup>er</sup> Mai 2020, un entretien prénatal précoce peut être réalisé aux alentours du quatrième mois de grossesse. Celui-ci présente plusieurs objectifs comme le dépistage des situations de vulnérabilité où la question de troubles dépressifs ou anxieux doit être évoquée. (17)



### 1. 4. 3. [Traitement chez la femme enceinte](#)

Le traitement de la dépression chez la femme enceinte s'appuie sur des méthodes psychothérapeutiques et médicamenteuses.

La balance bénéfice risque doit être évalué avant la mise en place d'un traitement médicamenteux chez la femme enceinte, pour s'assurer que le bénéfice avéré du traitement reste supérieur aux risques d'une médication pendant la grossesse. La littérature suggère néanmoins de prescrire une méthode psychothérapeutique en première intention, dans les formes de dépression d'intensité légère à modérée et de se tourner directement vers une méthode médicamenteuse (alliée à la psychothérapie) dans les formes de dépression d'intensité sévère. (18)

D'après le CRAT, lors de la découverte d'une grossesse, un traitement antidépresseur ne doit pas être arrêté brutalement. La stratégie thérapeutique doit être ajusté avec son médecin référent et le « bien-fondé » du traitement doit être catégoriquement établi.

La liste des antidépresseurs utilisables chez la femme enceinte est indiquée sur le site du CRAT. Cependant, une consultation spécialisée en psychiatrie périnatale est indiquée, les recommandations étant peu claires concernant le traitement pharmacologique en période périnatale. (19)

### 1. 5. [Dépression du post-partum](#)

#### 1. 5. 1. [Généralités, spécificités cliniques et épidémiologie](#)

La dépression du postpartum (ou dépression postnatale) est une affection psychiatrique fréquente se distinguant du « baby blues ». Elle apparaît généralement dans les deux à huit semaines suivant un accouchement et jusqu'à la première année de vie du nouveau-né.

La dépression du postpartum est marquée par un sentiment de tristesse mais aussi par un sentiment d'anxiété intense. Les symptômes sont similaires à ceux de la dépression mais nous pouvons aussi retrouver certaines spécificités en période postnatale : un sentiment d'être dépassé, d'être incapable de bien s'occuper de son enfant et de soi-même, des pleurs répétés, une difficulté d'attachement, des pensées angoissantes de faire du mal à son enfant. (20)

D'après les résultats de l'enquête nationale de périnatalité en 2021, la dépression du postpartum concernerait 16,7% des femmes deux mois après leur accouchement. (21)

### 1. 5. 2. Outil dépistage de la dépression du post partum

L'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) est un outil psychométrique reconnu dans plusieurs pays. Il est majoritairement utilisé pour le dépistage de la dépression post-natale mais peut aussi être utilisé pour dépister la dépression prénatale. Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 10 items évaluant le ressenti de la femme au cours des sept derniers jours. Chaque item est coté sur une échelle de 0 à 3 points. Le score minimal est de 0, le score maximal est de 30. Plus le score est élevé, plus le risque de dépression est présent. Un score supérieur à 12 révèle une possible dépression. Certains items de ce questionnaire évaluent aussi le risque suicidaire avec par exemple l'item numéro 10 : « il m'est arrivé de penser à me faire du mal ».

L'EPDS reste un outil de dépistage et non de diagnostic, une confirmation clinique devra appuyer ce dépistage. Celui-ci montre une validité et une fiabilité élevée et a été traduit et validé en langue française. Le questionnaire EPDS sera visible en Annexe 1. (22) (23)

### 1. 5. 3. Prévention

La psychoéducation permet d'acquérir des connaissances sur la santé mentale et le bien-être. C'est une méthode préventive qui vise à identifier les sources de stress et leurs conséquences sur le corps et l'esprit. (24)

Depuis le 1<sup>er</sup> Juillet 2022, un entretien postnatal précoce peut être proposé. Il pourra être effectué dans les quatre à huit semaines post-accouchement, par une sage-femme ou un médecin. Ses objectifs sont de dépister les facteurs de risque d'une potentielle dépression du post-partum, de repérer les premiers symptômes d'une dépression et d'évaluer les besoins d'accompagnement du couple. Cet entretien post-natal pourra être réitéré dans les semaines suivantes en fonction des besoins des parents. (21)

### 1. 5. 4. Traitements

Le traitement de la dépression post-partum repose sur des méthodes psychothérapeutiques et médicamenteuses. Les antidépresseurs sont des médicaments passant dans le lait maternel en petite quantité, cela impacte donc très peu la lactation et le bien-être du nourrisson.

La liste des antidépresseurs pouvant être utilisés pendant la lactation est répertorié sur le site du CRAT. (24) (19)

## 1. 6. Le lien mère-enfant

### 1. 6. 1. Les interactions mère-enfant

Les interactions mère-enfant naissent dès la vie fœtale, initiées par les compétences motrices et sensorielles du fœtus. Celles-ci sont fondamentales pour le bon développement affectif et cognitif du nouveau-né et participent à l'émergence de la maternalité.

Le nouveau-né est considéré comme un être fondamentalement social. Il présente, dès ses premières heures, un caractère actif et interactif avec son entourage. Le tableau suivant présente les différentes compétences sociales du nouveau-né en fonction de son âge (heures de vie, jours de vie, semaines et mois de vie).

4 à 7h	12h	Quelques jours	4 semaines	6 semaines	3-4 mois
Aversion spécifique pour le visage immobile Attente vis-à-vis de l'humain	Engagement dans une synchronie interactionnelle	Compétence d'imitation	Comportement et attention différents en fonction d'une interaction avec un objet inanimé ou de sa mère	Émergence du sourire social (déclenché par une stimulation extérieure)	Nombreuses expressions sociales, bonne maturité visuelle Peut initier, contrôler et interrompre une situation d'échange

Un contexte interactionnel suffisamment riche permettra au nouveau-né de maintenir son éveil et son attention et d'ainsi développer ses comportements sociaux. (24)

Donald Winnicott décrit une période particulière où la femme est « capable de s'adapter aux tous premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité ». Cette période est nommée « la préoccupation maternelle primaire » et s'étend de quelques semaines avant la naissance jusqu'à

plusieurs semaines après. Cet état jugé régressif, permettrait à la mère de s'identifier à son nouveau-né et donc de répondre à ses besoins de façon instinctive. (25)

Cette préoccupation maternelle primaire est d'autant plus marquée par les interactions comportementales (corporelles, visuelles, vocales) et affective du nouveau-né. (24)

### 1. 6. 2. Attachement mère-enfant

Selon le dictionnaire français, l'attachement est un « sentiment d'affection durable qui unit aux personnes ou aux choses. » (26)

Plus spécifiquement au lien mère-enfant, l'attachement est « le lien affectif profond qui s'établit entre un nouveau-né et la personne qui en prend généralement soin » (caregiver). (27)

Le « caregiver » signifiant « le donneur de soins », sera une figure d'attachement primordiale pour le nouveau-né. Il se définit comme une personne prenant soin physiquement et émotionnellement du nourrisson. Cette personne, prenant ce rôle, se devra d'être présente de façon régulière et stable et devra être investi émotionnellement parlant pour qu'elle devienne, pour le nouveau-né, une figure d'attachement stable. (28)

D'après M. Ainsworth, l'attachement est un concept important pour le bon développement du nouveau-né. Un attachement de qualité permettra à celui-ci de se sentir en confiance et de découvrir son environnement. L'attachement et l'exploration sont deux termes qui se soutiennent.

Si le nourrisson sent que sa figure d'attachement majeure est stable, disponible et réactive, celui-ci sera réceptif à des stimulations qui peuvent activer l'exploration. De ce fait, la mère sera une base de sécurité pour la découverte. (29) (30)

M. Ainsworth, George, Main et Kaplan ont décrit plusieurs styles d'attachement :

- L'attachement sécure : ce type d'attachement est marqué par la détresse de l'enfant manifestée lors d'une séparation avec son caregiver. Ce phénomène est expliqué par l'augmentation de l'hormone du stress (le cortisol) dans l'organisme. Les pleurs exprimés à ce moment par l'enfant ne représentent pas un désespoir profond mais fonctionnent plutôt comme un signal transmis à la mère pour lui venir en aide.

- L'attachement inséure évitant : ce type d'attachement se traduit par l'inhibition de la réponse émotionnelle de l'enfant, compte-tenu de la tendance du caregiver à lui demander de ne pas le solliciter pendant une période de stress. L'attitude de l'enfant sera donc détachée de la situation de stress que pourrait entraîner une séparation. L'enfant ne manifesterà donc pas d'émotion à la séparation de ses caregivers ni à leur retour.
- L'attachement inséure ambivalent / résistant : ce type d'attachement se traduit par une détresse immédiate et intense lors de la séparation. Cela est dû aux comportements imprévisibles du caregiver qui sont tantôt adaptés, tantôt indifférents. L'enfant est donc incité à augmenter ses signaux d'appels pour solliciter la réponse parentale.
- L'attachement désorganisé : ce type d'attachement est marqué par la mise en place d'une stratégie de défense, face à la séparation, complètement instable. Un mélange de stratégies sécurées et inséures peut être observé. L'enfant présenterà des comportements contradictoires avec des moments de proximité et des moments de rejet.

Le type d'attachement d'un enfant reflètera son caractère et sa réponse au stress en cas de séparation parentale. Un attachement sécurée permettra à l'enfant d'appréhender son environnement avec plus de confiance et celui-ci régulera mieux ses émotions en cas de situation stressante. À l'inverse, un attachement inséure ou ambivalent engendrera une réponse au stress moins confiante et sera un facteur de vulnérabilité. (31)

### 1. 6. 3. Outils pour l'évaluation du lien mère-enfant

#### 1. 6. 3. 1. Outils psychométriques anténataux

##### La PAI (Prenatal Attachment Inventory)

La PAI est une échelle psychométrique permettant d'évaluer, en pré-natal, l'attachement mère-enfant. Elle a été proposée par Müller en 1993, suite à la critique d'une échelle préexistante se nommant la MFAS (maternal-fetal Attachment Scale). Cet auto-questionnaire présente 21 items et chacun de ces items est côté de 1 à 4 (avec 1 = presque jamais et 4 = presque toujours). Le score le plus faible pouvant être obtenu sera de 21 et le score le plus fort de 84. Plus le score est élevé, plus l'attachement pré-natal sera ancré. Le questionnaire PAI est visible en Annexe 2. (32)

### MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale)

La MAAS est une échelle psychométrique permettant d'évaluer, en pré-natal, l'attachement mère-enfant. Elle a été proposée par Condon en 1993. Cet outil présente 19 items et chacun de ces items est coté de 1 à 5 (avec 1 = absence de sentiment envers le fœtus et 5 = sentiments très forts à l'égard du fœtus). Cet auto-questionnaire peut être subdivisée en deux sous échelle : la qualité MAAS (indique l'expérience émotionnelle investie face au fœtus) et l'intensité MAAS (qualifie l'investissement de la femme face au fœtus). Le score le plus faible pouvant être obtenu sera de 19 et le score le plus fort de 95. Plus le score est élevé, plus les sentiments à l'égard du fœtus sont forts et plus l'attachement sera ancré. Le questionnaire MAAS est visible en Annexe 3. (33) (34)

### MFAS (Maternal-Fetal Attachment Scale)

La MFAS est une échelle psychométrique permettant d'évaluer, en pré-natal, l'attachement mère-enfant. Elle a été proposée par Cranley en 1981. C'est le premier questionnaire proposé pour évaluer l'attachement prénatal. Cet auto-questionnaire présente initialement 24 items organisé en cinq sous échelles correspondants aux cinq aspects de la relation mère-fœtus que sont : la différenciation de soi du fœtus, les interactions avec le fœtus, l'attribution de caractéristiques et d'intention au fœtus, le don de soi et la prise de rôle. Les 24 items sont cotés de 1 à 5 (avec 1 = définitivement non et 5 = définitivement oui). Le score le plus faible pouvant être obtenu sera de 24 et le score le plus fort de 120. Plus le score est élevé, plus l'attachement materno-fœtal sera ancré. Le questionnaire MFAS est visible en Annexe 4. (35) (36)

### 1. 6. 3. 2. Outils psychométriques postnataux

#### La MIBS (Mother Infant Bonding Scale)

La MIBS est une échelle psychométrique permettant d'évaluer, en post-natal immédiat, l'attachement mère-enfant. Elle a été proposée par Taylor en 2005 dans le but initial de rechercher les perturbations du lien maternel envers le nouveau-né. Cet auto-questionnaire présente 8 items et chacun de ces items est coté de 0 à 3. Le score le plus faible pouvant être obtenu sera de 0 et le score le plus fort de 24. Plus le score est faible, plus l'attachement post-natal sera ancré. Un score de 0 est donc représentatif d'un attachement mère-enfant maximal. Le questionnaire MIBS est visible en Annexe 5. (37)

### Le PBQ (Postpartum Bonding questionnaire)

Le PBQ est une échelle psychométrique permettant d'évaluer, en post-natal, l'attachement mère-enfant. Elle a été proposée par Brockington et al en 2001. Cet auto-questionnaire présente 25 items et chacun de ces items sont cotés de 0 à 5 (avec 0 = toujours et 5 = jamais). La score le plus faible pouvant être obtenu sera de 0 et le score le plus fort de 125. Plus le score est faible, plus l'attachement post-natal sera ancré. Le questionnaire PBQ est visible en Annexe 6 en traduction française. (38)

### 1. 7. Conséquences de la dépression sur le lien mère-enfant

La dépression, qu'elle soit prénatale ou post-natale, peut entraîner des troubles de l'attachement mère-enfant et peut ainsi nuire au bon développement du nouveau-né et de l'enfant en devenir.

Cette pathologie pousse la mère dans une indisponibilité émotionnelle qui l'empêche d'interagir de façon normale avec son enfant.

L'enfant, n'arrivant donc pas à mobiliser sa mère pour réguler ses émotions, se désorganise.

On retrouve dans la littérature, que les enfants de mères dépressives ont plus tendance à exprimer de la tristesse et de la colère et sont aussi moins impliqués dans les interactions avec leurs mères. Ceux-ci pourront même devenir méfiants ou vigilants face aux comportements de leurs mères, qu'ils considéreront, à long terme, comme étant une personne non fiable. (39)

Le tableau suivant regroupe les différents troubles que l'on peut retrouver chez les enfants (en fonction de leur tranche d'âge) qui se sont développés avec une mère souffrant de troubles dépressifs. (40)

Bébé	Tout petit enfant et enfant d'âge préscolaire	Enfant d'âge scolaire	Adolescents
Difficulté à interagir avec la mère, comportement passif, retrait,	Plus dépendant, moins d'interactions avec l'entourage, tendance à moins accepter la discipline,	Troubles du comportement, trouble apprentissage, vulnérabilité face au trouble de l'attention	Vulnérabilité grave dépression, troubles anxieux, comportement à risque, addictions,

développement plus tardif de facultés	comportement agressif et destructeur, difficultés à l'école	et d l'hyperactivité (TDAH), difficultés scolaires, vulnérabilité dépression et anxiété	TDAH, trouble apprentissage
---------------------------------------	---	---	-----------------------------

## 1.8. Objectifs

L'objectif de ce mémoire est d'étudier les échelles psychométriques prénatales (PAI, MAAS et MFAS) et postnatales (MIBS et PBQ) afin de déterminer leur intérêt pour le repérage / dépistage de l'altération du lien mère-enfant dans un contexte de dépression maternelle périnatale.

Les échelles évoquées étant des outils de dépistage très peu utilisés en France, ce mémoire pourrait donc être une piste utile pour l'amélioration des moyens de dépistage d'une potentielle altération du lien mère-enfant chez les femmes souffrant de dépression périnatale.

## 2. Matériels et méthodes

### 2. 1. Sources de données utilisées

Internet a été la source d'investigation de mes recherches. Les études incluses ont été publiées entre janvier 2000 et janvier 2023.

Deux bases de recherches différentes ont été utilisées pour croiser mes recherches et avoir le plus de résultats intéressants possibles :

- **PubMed** par le NCBI (National Center for Biotechnology Information) : base de données regroupant plus de 35 millions de citations, résumé de littérature biomédicale et liens pour un accès à des textes intégraux. Cette base est accessible depuis 1996 et regroupe des données dans les domaines de la biomédecine, les sciences de la vie et du comportement, les sciences chimiques et la bio-ingénierie.
- **Summon** (via la communauté universitaire AMU) : base de données regroupant plus de 450 millions de documents électroniques disponibles en textes intégraux. Elle regroupe des données dans les domaines de l'art, des langues, du droit, de l'éducation, de la santé et autres.



## 2. 2. Équation de recherche et mots clés

L'établissement de l'équation de recherche est une étape cruciale dans la méthodologie de recherche. Elle est composée de mots clés et de synonymes de ceux-ci permettant de poser un cadre de recherche pertinent. La plupart des articles étant en anglais, il est nécessaire de connaître la correspondance des mots clés dans cette langue pour pouvoir rédiger notre équation de recherche.

Les mots clés utilisés pour notre recherche seront annotés dans le tableau ci-dessous, avec leur correspondance en anglais.

Mots clés en Français	Mots clés en Anglais
Dépression anténatale	Antenatal depression
Dépression post-partum	Postpartum depression
Attachement	Attachment
Échelles	Scale

Ainsi, notre équation de recherche est : (antenatal depression and attachment and scale) OR (postpartum depression and attachment and scale).

## 2. 3. Critères d'inclusion, de non inclusion, d'exclusion et question de recherche

La question de recherche de ce mémoire a été établie à partir des critères d'inclusion et de non inclusion suivants :

- Critères d'inclusion :
- Population : femme enceinte ou accouchée souffrant de dépression anténatale ou postnatale.
- Outils : échelles psychométriques anténatales (PAI, MAAS, MFAS) et postnatales (MIBS, PBQ) et échelle EPDS.
- Critère de jugement principal : attachement fœto-maternel ou attachement mère-enfant en lien avec une dépression.
- Intervalle : entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

- Critères de non inclusion :
  - Articles de type revue systématique de la littérature, méta-analyse ainsi que les mémoires et thèses.
  - Articles d'une date antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2000.
  - Articles en toute autre langue que le français et l'anglais.
  
- Critères d'exclusion :
  - Articles avec des outils psychométriques autres que ceux sélectionnés pour l'étude tel que la MPAS.
  - Articles avec des femmes souffrant de dépression dépistée autrement que par l'échelle EPDS (telle que la BDI, la HDRS...).

La question de recherche élaborée par la suite est donc : **Quel est l'intérêt de l'utilisation des outils psychométriques dans le dépistage des troubles du lien mère-enfant chez les femmes souffrant de dépression périnatale ?**

#### 2. 4. [Méthode de sélection des articles](#)

Les articles inclus pour notre étude ont été sélectionnés méthodologiquement.

En rentrant notre question de recherche dans les bases de données Summon et PubMed, nous avons pu extraire respectivement 537 et 324 articles.

D'après les critères d'inclusion et de non inclusion décrits précédemment, des filtres ont pu être appliqués pour affiner la recherche et réduire le nombre d'articles obtenus.

Ainsi, les articles publiés entre le 01 Janvier 2000 et le 01 Janvier 2023 ont été intégrés à notre recherche, excluant les articles d'une date antérieure au 01 Janvier 2000.

De plus, seuls les articles en français et en anglais ont été intégrés, excluant les articles en espagnol, portugais, russes, perses, japonais, chinois, turque, et allemand.

Pour finir, les articles de type thèse, mémoire, publication, acte de conférence et set de données ont été exclus.

Avec l'application de ces filtres, la quantité d'articles proposée a pu être réduite avec 467 résultats de recherche pour la base de données Summon et 307 résultats de recherche pour la base de données PubMed. Le tri des articles a donc réellement débuté à partir de l'application de ces filtres et celui-ci sera représenté dans le diagramme de flux suivant (cf section diagramme de flux).

Pour débiter notre tri, les titres des articles ont été balayés sur les deux bases de données pour identifier le nombre de doublons.

Nous avons pu ensuite continuer le tri en sélectionnant les articles dont les titres correspondaient à notre recherche, puis le résumé (abstract) de chaque article présélectionné a été analysé pour l'éligibilité de ceux-ci.

Enfin, une lecture complète de chaque article a été nécessaire pour l'inclusion finale à notre étude. L'exclusion des articles s'est réalisée par rapport à nos critères de population, nos critères de jugement ainsi que les outils mis en valeur pour cette recherche.

## 2. 5. [Extraction des données des études incluses](#)

Les données de nos articles inclus dans la recherche ont pu être analysées selon plusieurs critères. Celles-ci ont été traitées dans des tableaux présentant la date et le type de l'étude, les auteurs et leurs qualités, le pays dans lequel l'étude a été produite, la population cible, le type d'intervention ainsi que les critères de jugement et leurs outils.

Les tableaux présentant les données de chacune des vingt études incluses dans notre recherche pourront être visibles en Annexe 7.

## 2. 6. [Présentation des résultats](#)

Les résultats de nos études seront représentés sous forme de tableaux dans lesquels plusieurs variables seront analysées :

- Auteurs, année de la publication et type d'étude
- Objectif de l'étude menée
- Résultats principaux de l'étude
- Biais identifiés par l'auteur
- Niveau de preuve (selon le tableau de la HAS suivant) : il s'étend d'un grade A à un grade C et correspond à un niveau fourni par la littérature. Notre mémoire étant une étude bibliographique descriptive, les articles décrits dans celui-ci seront des études de type cohorte, rétrospectif / prospectif ou épidémiologique descriptif, correspondant à des niveaux de preuves allant de 2 à 4 (Cf figure 3).

De plus, les tableaux représentés en annexe 7 pourront donner plus de précisions concernant les études incluses telles que la population étudiée, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les critères de jugement et outils utilisés.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<b>A</b> Preuve scientifique établie	<b>Niveau 1</b> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<b>B</b> Présomption scientifique	<b>Niveau 2</b> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
<b>C</b> Faible niveau de preuve scientifique	<b>Niveau 3</b> - études cas-témoins.
	<b>Niveau 4</b> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 2 : Grade des recommandations et niveau de preuve scientifique fourni par la littérature : d'après la HAS. (41)

### 3. Résultats

#### 3.1. Diagramme de flux

Le diagramme de flux (ou diagramme de Flow chart) est un type de diagramme qui explique visuellement le processus méthodologique utilisé pour une recherche ou un travail. Celui-ci est divisé en 4 étapes principales que sont : l'identification, la sélection, l'éligibilité et l'inclusion des articles.

Le diagramme de flux suivant représente donc les différentes étapes de sélection de nos articles pour l'inclusion finale à l'étude.

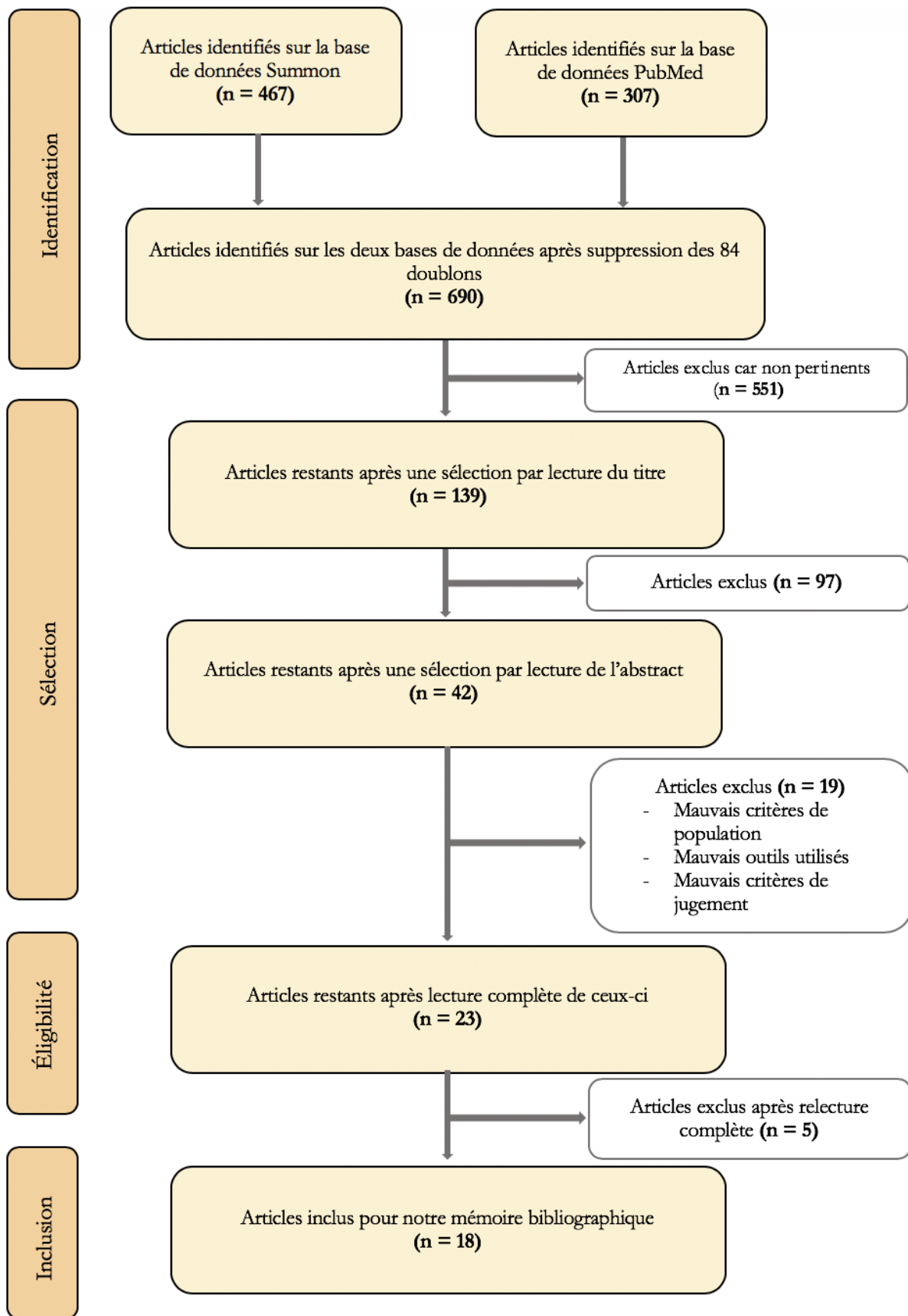


Figure 3 : Diagramme de flux (ou diagramme de Flow chart)

### 3. 2. Études exclues

De nombreuses études ont été exclues de cette recherche. Malgré cela, seules les études lues entièrement à deux reprises sont référencées ci-dessous (n = 5). Les articles sont présentés en fonction de leur date de publication, de manière croissante.

Études	Raisons de l'exclusion
C. M. Klier, 2006 (42)	Type d'article non conforme
J. Alhusen et al, 2013 (43)	Intervention imprécise
N. Thomas et al, 2014 (44)	
A. Höflich et al, 2022 (45)	
J. Henrichs et al, 2023 (46)	Outil utilisé non sélectionné dans nos critères d'inclusion (MPAS)

### 3. 3. Études incluses

Dix-huit études ont été retenues pour la présente recherche. Les résultats de celles-ci sont présentés sous forme de tableau dans l'ordre croissant des dates de publication.

Seules les variables auteurs, année de la publication, type d'étude, objectif de l'étude menée, résultats principaux, biais identifiés par l'auteur et niveau de preuve sont annotées dans les tableaux ci-dessous. Pour plus de détails concernant les études comme les critères d'inclusion et d'exclusion, la population visée ainsi que la description détaillée de l'intervention, se référer à l'annexe 7.

Auteurs, année publication, type d'étude	Objectif(s) de l'étude menée et outils	Résultats principaux	Biais identifiés par l'auteur	Niveau de preuve
<i>E. Moehler et al</i> , 2006, étude longitudinale descriptive (47)	Cette étude examine si les symptômes dépressifs de la	Bonne cohérence interne du questionnaire PBQ ( $\alpha$ de Cronbach = 0,79),	Étude basée sur la psychopathologie de la mère	NP 4 Grade C

	<p>mère ont un impact sur le lien avec le nourrisson et le jeune enfant. Les outils utilisés sont l'EPDS et le PBQ.</p>	<p>bonne fiabilité de l'instrument. Corrélation de Pearson (r) entre EPDS (symptômes dépressifs) et PBQ (lien mère-enfant) à 2 semaines, 6 semaines, 4 mois et 14 mois. Corrélation positive mise en évidence aux quatre moments. L'attachement serait plus sensible aux symptômes dépressifs à 6 semaines PP. Pas de relation significative entre l'intensité des symptômes dépressifs et attachement mère-enfant au 14<sup>ème</sup> mois PP.</p>	<p>pendant la première année de vie du nourrisson dans la population générale. On peut s'attendre à avoir des résultats plus prononcés dans un échantillon uniquement composé de femmes souffrant de dépression PP.</p>	
<p><i>A. Brandon et al</i>, 2008, étude transversale descriptive (48)</p>	<p>Cette étude permet d'évaluer les symptômes dépressifs chez les femmes hospitalisées pour risque obstétrical sévère. Les outils utilisés sont l'EPDS et le MAAS.</p>	<p>44% des femmes hospitalisées ont déclaré avoir ressenti des symptômes dépressifs avec un EPDS <math>\geq</math> 11 (57/129) et 19,4% souffraient de troubles dépressifs majeurs (25/129). Les complications obstétricales dans lesquelles nous retrouvons une fréquence supérieure en termes de symptômes dépressifs sont : un « col de l'utérus incompetent », une rupture prématurée des</p>	<p>Étude réalisée seulement sur des femmes hospitalisées pour risques obstétricaux sévère. Pas représentatif de la population générale. Incapacité d'interrogatoire clinique de chaque femme en raison du caractère</p>	<p>NP 4 Grade C</p>

		membranes ainsi que le travail prématuré. En moyenne, le score au questionnaire MAAS = 78,0 sur l'échantillon total. Ceci montre un bon attachement materno-fœtal malgré les symptômes dépressifs observés. Une corrélation de Spearman négative ( $\rho = -0,33$ ; $p < 0,001$ ) a été observé entre la sévérité des symptômes dépressifs et l'attachement fœto-maternel.	imprévisible d'une unité anté-partum. Difficulté de mener une recherche dans une unité hospitalière de ce type.	
<i>B. Figueiredo et R. Costa, 2009, étude longitudinale descriptive (49)</i>	Cette étude évalue l'anxiété et la dépression maternelle sur l'implication émotionnelle avec le nourrisson 3 mois avant et après accouchement. Les outils utilisés sont l'EPDS et la version portugaise validée du MIBS adapté en pré et post-natal se nommant	La version portugaise utilisée dans cette étude est adaptée en pré et post-natal avec une cohérence interne raisonnable ( $\alpha$ de Cronbach = 0,61 en pré-natal et $\alpha$ de Cronbach = 0,75 en post-natal) et une bonne fiabilité test-retest ( $\rho = 0,49$ ). Score EPDS $\geq 10$ chez 26,7% des femmes 3 mois avant et après l'accouchement. Il a été mis en avant que l'anxiété représentée par le taux de cortisol était prédictive de la dépression	Étude réalisée sur un échantillon de la population générale. Aurait été plus significative sur un échantillon composé seulement de femmes souffrant d'anxiété et de dépression. « Échelle de liaison » semblable à la MIBS mais validité juste raisonnable pour	NP 4 Grade C



	« échelle de liaison ». Cette échelle de liaison est scindée en trois sous-échelles : lien positif, lien négatif et lien non clair.	pré-natale et post-natale. Les résultats nous montrent que la dépression pré et post-natale entraînent une diminution de la « liaison positive » et une augmentation de la « liaison négative » et de la « liaison peu claire ». De plus, une implication moindre en pré-natal prédisait une implication moindre en post-natal. Malgré ceci, la présente étude marque la présence d'une implication émotionnelle malgré l'anxiété et la dépression.	la période pré-natale car $\alpha < 0,7$ .	
<i>M. Bienfait et al</i> , 2011, étude prospective (50)	Cette étude évalue la pertinence de l'utilisation du questionnaire MIBS en unité néonatale en maternité. Les outils utilisés sont l'EPDS et la MIBS.	Chez les femmes souffrant d'une difficulté de lien avec leurs enfants, 30% ont des antécédents psychiatriques ou une vulnérabilité psychologique, contre 7% pour les femmes sans difficulté de liaison avec leurs enfants. Le score MIBS est significativement plus élevé chez les femmes présentant des difficultés d'attachement. Chez les mères ayant des difficultés d'attachement, les scores EDPS étaient plus élevés.	Biais non identifiés par l'auteur dans cette étude.	NP 4 Grade C

		Pas de différence significative entre scores MIBS et score EPDS (rho de Spearman = 0,11).		
<i>M. Edbborg et al</i> , 2011, étude de cohorte longitudinale (51)	Cette étude permet d'étudier l'impact des symptômes anxieux et dépressifs sur le lien mère-enfant 2 à 3 mois après l'accouchement. Les outils utilisés sont l'EPDS, le PAI et le PBQ.	<p>L'EPDS montre une bonne fiabilité (<math>\alpha</math> de Cronbach = 0,70).</p> <p>Le PAI montre une bonne fiabilité (<math>\alpha</math> de Cronbach = 0,70).</p> <p>Le PBQ montre une bonne fiabilité (<math>\alpha</math> de Cronbach = 0,84).</p> <p>4 groupes formés selon le score EPDS.</p> <p>Sur l'échantillon total, à 2-3 mois après l'accouchement, 11% des femmes ont signalé uniquement des symptômes dépressifs et 3,4% des symptômes dépressifs et anxieux. Les femmes présentant ce taux de dépression avaient des situations socio-économique moins stables que les femmes sans symptômes dépressifs ou anxieux. Une corrélation faible mais significative a été observé entre le lien fœto-maternel et le lien</p>	<p>La mesure des symptômes dépressifs s'est appuyée sur les auto-questionnaires et non sur la clinique.</p> <p>L'évaluation du lien mère-enfant s'est reposée uniquement sur les dire de la mère mais l'altération du lien n'a pas pu être observé objectivement.</p> <p>Questionnaire PBQ jamais utilisé au Bangladesh auparavant, résultats à interpréter avec prudence.</p>	NP 2 Grade B

		mère-nourrisson à 2-3 mois PP. Les femmes présentant des symptômes dépressifs ont obtenu un score indiquant un lien moins qualitatif avec leur nourrisson. 11,3% des femmes ont signalé une altération du lien, parmi ce pourcentage, environ 36% des femmes présentaient des symptômes dépressifs.		
<i>T. W. Goecke et al</i> , 2012, étude prospective (52)	Cette étude examine les associations entre l'attachement prénatal des mères et les niveaux de dépression avant et jusqu'à 18 mois après l'accouchement. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le MAAS.	Bonne fiabilité pour l'échelle EPDS allemande ( $\alpha$ de Cronbach $\approx$ 0,79). Pourcentage de femmes souffrant de dépression modérée/sévère relativement stable de t1 (7,5%) à t2 (7,6%) mais en augmentation pour les symptômes dépressifs légers entre t1 (16,9%) et t2 (25,5%). Symptômes dépressifs à t1 et t4 intercorrélés ( $r$ Pearson = 0,25, $p < 0,01$ ). Bonne fiabilité pour échelle MAAS allemande ( $\alpha$ de Cronbach $\approx$ 0,73). Plus l'attachement prénatal était marqué, plus les	Biais non identifiés par l'auteur dans cette étude.	NP 4 Grade C

		scores EPDS étaient faibles en PP.		
<i>H. Ohoka et al</i> , 2014, étude prospective (53)	Cette étude est menée pour clarifier l'association entre la dépression postnatale et le lien mère-enfant. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le MIBS.	Sur l'échantillon total, 10% des femmes souffraient d'une dépression gestationnelle temporaire, 7% d'une dépression continue et 10,3% d'une dépression post-partum. Corrélation faible à modérée entre les scores EPDS et MIBS ( $r$ Pearson = 0,24 à 0,39 ; $p < 0,01$ ). Plus faible corrélation observée à 5 jours PP ( $r$ Pearson = 0,142). Score MIBS du groupe de femmes déprimées continue est le plus élevé (score MIBS $\approx 4$ ).	Biais non identifiés par l'auteur dans cette étude.	NP 4 Grade C
<i>A. Denis et al</i> , 2015, étude descriptive (54)	Cette étude évalue les propriétés psychométriques de l'échelle MAAS. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS, le MAAS et le PAI	Bonne fiabilité pour l'échelle MAAS ( $\alpha$ de Cronbach = 0,71). Corrélation positive entre le MAAS et le PAI ( $r$ Pearson = 0,50 ; $p < 0,05$ ). Corrélation significativement négative entre le MAAS et l'EPDS ( $r$ Pearson = - 0,20 ; $p < 0,05$ ) montrant que plus les femmes souffrent d'une symptomatologie	Biais non identifiés par l'auteur dans cette étude.	NP 4 Grade C

		dépressive intense, moins l'attachement fœto-maternel sera de bonne qualité.		
<i>S. Dubber et al</i> , 2017, étude prospective (55)	Cette étude évalue les associations entre les symptômes dépressifs, le lien fœto-maternel (en période prénatale) et le lien mère-enfant (en période postnatale). Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS, le MFAS et le PBQ.	L'intensité des symptômes dépressifs prénataux étaient significativement et positivement corrélés avec le lien mère-enfant en post-partum ( $\rho$ Spearman = 0,26). L'intensité des symptômes dépressifs postnataux étaient aussi positivement corrélés, et de manière plus prononcée, avec le lien mère-enfant en post-partum ( $\rho$ Spearman = 0,41). L'attachement materno-fœtal mesuré par la MAAS était significativement corrélé à l'attachement mère-enfant mesuré par le PBQ ( $\rho$ Spearman = -0,40).	L'échantillon restreint limite la généralisation des résultats à la population générale. Les résultats sont à interpréter de façon prudente surtout que la dépression a été dépistée avec l'EPDS mais n'a pas été confirmée cliniquement.	NP 4 Grade C
<i>A. Matsunaga et al</i> , 2017, étude transversale descriptive (56)	Cette étude détermine si le lien maternel est un phénomène dimensionnel ou catégorique, elle permet, de plus, de fixer un seuil	Score EPDS plus élevé dans le groupe 2 (score EPDS $\approx$ 6) que dans le groupe 1 (score = 4,80). Il est d'ailleurs observé que dans le groupe 2, des difficultés d'attachement sévère sont présents alors	Étude appuyée uniquement sur des auto-questionnaires. Des entretiens structurés menés par des cliniciens n'ont donc pas	NP 4 Grade C

	<p>optimal pour les instruments de dépistage.</p> <p>Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le MIBS.</p>	<p>que les difficultés d'attachement dans le groupe 1 présentent une distribution plus variable.</p> <p>Cette étude démontre une utilisation bien meilleure et justifiée du MIBS à 1 mois PP qu'à 5 jours PP.</p> <p>Un seuil de 3-4 à 5 jour PP et 4-5 à 1 mois PP au score MIBS a été mis en place.</p> <p>Cette étude préconise que les femmes obtenant ces résultats au score MIBS à ces moments précis, devraient être orientées vers des soins périnataux approfondis.</p>	<p>pu compléter et appuyer le dépistage.</p>	
<p><i>I. Hairston et al,</i> 2018, étude longitudinale descriptive (57)</p>	<p>Cette étude vise à examiner les médiations entre l'attachement maternel et la dépression post-partum ou les symptômes de stress post-traumatique (SSPT).</p> <p>Les outils utilisés pour cette étude sont les versions hébraïques de</p>	<p>Les versions hébraïques de l'EPDS et du PBQ ont été validées et possèdent une bonne cohérence interne et une bonne fiabilité avec respectivement <math>\alpha</math> de Cronbach = 0,85 et 0,91.</p> <p>14,2% des femmes ont obtenus un score EPDS <math>\geq</math> 10 ce qui indique un risque de dépression. Parmi ces femmes, 33,3% d'entre elles présentaient un score supérieur au seuil de trouble de l'attachement.</p>	<p>Une des sous échelles du PBQ possède une cohérence interne peu élevée.</p>	<p>NP 4 Grade C</p>

	l'EPDS et du PBQ.	Le type d'attachement inséculaire est positivement corrélé avec le score EPDS.		
<i>M. Delavari et al</i> , 2018, étude longitudinale descriptive (58)	Cette étude examine les corrélations entre l'attachement materno-fœtal et la dépression post-partum. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le MFAS.	Score d'attachement élevé dans l'échantillon total avec une moyenne obtenue de 90 au questionnaire MFAS. La moyenne des score EPDS obtenus était de 8 et 21,3% des femmes de l'échantillon présentaient une dépression post-natale. On peut observer une corrélation inverse mais peu significative entre le score EPDS et le score MFAS ( $r$ Pearson = -0,196). Les caractéristiques socio-économiques de la femme ont aussi une incidence sur la dépression postnatale, notamment l'âge de la femme (20-25 ans ++).	Échantillon peu puissant, résultats à interpréter de façon prudente.	NP 4 Grade C
<i>M. Nakano et al</i> , 2019, étude longitudinale descriptive (59)	Cette étude examine les altérations du lien maternel 3 mois après l'accouchement et leurs facteurs de risques associés. Les	La version japonaise de l'EPDS avait une bonne sensibilité (0,82) et spécificité (0,95), une fiabilité et une cohérence interne élevée ( $\alpha$ de Cronbach = 0,87), celle-ci recommandait un seuil $\geq 9$ pour identifier une DPP.	Les participantes ont été recrutées dans une ville du Japon. 3,58% des femmes ont refusé de participer à l'étude car elles ne voulaient pas	NP 4 Grade C

	<p>outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le PBQ.</p>	<p>Dans cet échantillon, 6,45% des femmes ont été diagnostiquées comme souffrant de DPP 1 mois après l'accouchement. Le PBQ possède aussi une bonne fiabilité (<math>\alpha</math> de Cronbach = 0,85. Un seuil &gt; 24 a été identifié comme un score avec un niveau élevé d'altération des liens maternels altérés et correspond à un pourcentage de 3,3% dans l'échantillon total. La dépression maternelle était associée à un risque élevé d'altération du lien mère-enfant comparé aux femmes ne présentant pas de symptômes dépressifs.</p>	<p>parler de leur lien avec leur nourrisson, il est possible que ces mères souffraient d'altération du lien avec leur nourrisson. Échantillon de petite taille. Altération du lien évalué par l'auto-questionnaire PBQ et non par des entretiens cliniques. Version japonaise en 15 items du PBQ utilisée mais non validée à l'époque de l'étude. Version japonaise du PBQ actuellement validée mais comportant 16 items.</p>	
<p><i>J. Albusen et al, 2020, étude comparative randomisée de</i></p>	<p>Cette étude mène une intervention sur la dépression périnatale, la symptomatologie</p>	<p>Les scores EPDS étaient assez similaires dans les 2 groupes au début de l'étude avec score EPDS groupe intervention = 17,8 et</p>	<p>Échantillon de petite taille, un échantillon plus grand aurait pu être plus</p>	<p>NP 2 Grade B</p>



faible puissance (60)	dépressive, l'attachement materno-fœtal et la sensibilité maternelle. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le MFAS.	score EPDS groupe contrôle = 17,4. Il a été observé une amélioration des symptômes dépressifs plus important dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle à 36 SG (respectivement une baisse de 5,77 points et 2,50 points sur les scores EPDS). À 12 semaines PP aussi est observé une amélioration plus importante dans le groupe intervention que le groupe contrôle (respectivement une baisse de 8,32 points et 4,59 points sur les scores EPDS). Les scores de l'attachement materno-fœtal déterminés par la MFAS étaient assez similaire dans les 2 groupes : groupe intervention = 71,5 et groupe contrôle = 73,6. Il a été observé une augmentation plus importante du score d'attachement dans le groupe intervention à 36 SG avec score = 84,1 que dans le groupe contrôle avec score = 78.2.	représentatif pour l'étude. Les symptômes dépressifs ont été mesuré mais pas les symptômes anxieux. Le suivi de ces femmes pour l'étude s'est terminé à 12 semaines PP, un suivi plus long aurait été intéressant pour suivre la diminution naturelle des symptômes.	
-----------------------	--	---	--	--

<p><i>J. Gilden et al,</i> 2020, étude de cohorte prospective (61)</p>	<p>Cette étude examine le lien mère-enfant chez les femmes souffrant de DPP et de psychose post-partum admises en unité mère-enfant. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le PBQ.</p>	<p>Pour l'EPDS, seuil fixé à 13 pour indiquer la présence d'un trouble dépressif. Pour le PBQ, seuil fixé à 26 pour identifier une altération modérée du lien et de 40 pour identifier une altération grave de la liaison mère-enfant. Dans l'échantillon, 64 femmes souffrant de DPP. Chez ces femmes souffrant de dépression, le score EPDS moyen à l'admission était de 19. On a pu observer une diminution des score PBQ au cours des 5 premières semaines d'hospitalisation. À l'admission, 57,1% des femmes souffrant de dépression avaient un score PBQ &gt; 26. En sortie d'hospitalisation, une diminution du pourcentage d'altération du lien a pu être observé en passant à 18,2%, qui était en lien avec une diminution du score EPDS, passant à 10,3. Une corrélation positive entre le score PBQ et le score EPDS a été mis en</p>	<p>La mise en évidence d'un traitement plus efficace n'a pas pu être mis en exergue de par la mise en action simultanée de ceux-ci. Quelques données manquantes chez les femmes à l'admission.</p>	<p>NP 2 Grade B</p>
--	--	--	--	-------------------------

		évidence avec $r$ Pearson = 0,76.		
<i>L. Zhang et al</i> , 2021, étude comparative non randomisée bien menée (62)	Cette étude examine l'effet de la dépression prénatale sur l'attachement materno-fœtal chez les femmes chinoises au cours du troisième trimestre de grossesse. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le MAAS.	Version chinoise de l'EPDS validée avec bonne fiabilité de l'instrument ( $\alpha$ de Cronbach = 0,93). Seuil de l'échelle fixé à 12 témoignant de la présence d'une dépression. Prévalence de 19,1% de dépression prénatale dans l'échantillon. Chez les femmes souffrant de dépression prénatale, le score total moyen du MAAS était de 72,4 alors que le score chez les femmes non déprimée était de 73,6. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. De plus, chez les femmes déprimées, la qualité du MAAS était légèrement diminuée par rapport aux femmes non déprimées (respectivement qualité MAAS = 43,8 et 46,4) mais l'intensité était légèrement augmentée (respectivement intensité MAAS = 28,4 et 27,3). La dépression prénatale était positivement corrélée à	Étude avait une conception transversale, la dépression post-partum n'était pas suivie. De plus, l'utilisation des auto-questionnaires entraînent parfois une surestimation ou une sous-estimation des variables étudiées. Biais d'auto-sélection présent. Taille de l'échantillon un peu faible mais différences assez significatives dans les deux groupes.	NP 2 Grade B

		l'intensité du MAAS mais pas à la qualité (respectivement $r$ Spearman = 0,159 et = -0,170 ; $p = 0,002$ ).		
<i>L. Zhang et al</i> , 2021, étude transversale (63)	Cette étude examine les effets de la dépression prénatale et du type d'attachement maternel sur l'attachement materno-fœtal. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS et le MAAS.	Version chinoise de l'EPDS validée et fiable, seuil identifiant une dépression fixé $\geq 12$ . Échelle MAAS validée et fiable. Dans cet échantillon, 54,23% des femmes présentaient un type d'attachement sécurisé avec le fœtus, 18,85% des femmes présentaient un score EPDS $\geq 12$ , indiquant la présence d'une dépression prénatale, 55% des femmes présentaient un score d'AMF faible. Le score moyen était de 74,12 dans l'échantillon total et l'intensité et la qualité MAAS étaient respectivement de 28,21 et 42,14. Un type d'attachement maternel insécuré est associé à une augmentation du score EPDS. Le score EPDS est corrélé de manière positivement	Limite de cette étude de par sa conception transversale, pas de suivi de la dépression post-partum et de l'attachement mère-enfant. Échantillon de commodité ne représentant pas la population générale. De plus, étude réalisée seulement sur le troisième trimestre de grossesse, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés aux femmes enceintes d'autres trimestres.	NP 4 Grade C

		significative sur la qualité MAAS (r Pearson = 0,23).		
<i>I. Hildingsson et C. Rubertsson, 2022, étude longitudinale descriptive (64)</i>	Cette étude examine les associations entre les symptômes dépressifs, l'attachement prénatal et postnatal chez les femmes ayant peur de la naissance. Les outils utilisés pour cette étude sont l'EPDS, le PAI et le PBQ.	Les questionnaires EPDS, PAI et PBQ ont été validés en Suède avec une bonne fiabilité des instruments. À noter que pour le PBQ, une version à 16 items est utilisée dans la présente étude mais présente une bonne cohérence interne ( $\alpha$ de Cronbach = 0,86). Parmi l'échantillon total, 29,1% des femmes ont présenté des symptômes dépressifs pendant la grossesse et 19% ont présenté des symptômes dépressifs 2 mois après la naissance. Une corrélation significative a été retrouvée entre les différents instruments utilisés dans cette étude : le PBQ était négativement corrélé avec le PAI (r Pearson = - 0,27) et était positivement corrélé avec l'EPDS au milieu de la grossesse (r Pearson = 0,26) et l'EPDS en post-partum (r Pearson = 0,56).	Le diagnostic de la dépression s'est appuyé seulement sur l'auto-questionnaire de l'EPDS, le diagnostic clinique par un psychiatre n'a pas été réalisé. La faible taille de l'échantillon limite la généralisation des résultats à la population générale. Dans cette étude, seules des femmes ayant peur de l'accouchement ont été inclus, un groupe témoin aurait pu être intégré à l'étude.	NP 4 Grade C

		Pour finir, les femmes qui présentaient un score EPDS $\geq 12$ en postpartum, étaient plus susceptibles de présenter une altération de l'attachement mère-enfant et des sentiments négatifs envers leurs enfants.		
--	--	--	--	--

## 4. Analyse et discussion

### 4. 1. Principaux résultats

L'ensemble de ces études traitent de la dépression anténatale ou postnatale avec une échelle de mesure commune à tous ces articles : l'EPDS.

Certaines études permettent de mettre en lumière leur association avec une ou des échelles psychométriques anténatales ou postnatales.

D'autres études permettent d'associer l'EPDS à deux échelles psychométriques, en général une échelle anténatale puis une échelle postnatale, pour suivre l'évolution des troubles de l'attachement jusqu'en post-partum.

Parmi ces articles, l'échelle anténatale MAAS a été identifiée dans 5 articles différents, l'échelle anténatale PAI dans 3 articles, l'échelle anténatale MFAS dans 3 articles, l'échelle postnatale PBQ dans 7 articles et l'échelle postnatale MIBS dans 4 articles.

La plupart des auteurs des études ont vérifié la fiabilité des instruments en utilisant le coefficient  $\alpha$  de Cronbach. Ce coefficient permet de mesurer la cohérence interne d'un instrument psychométrique. Un instrument sera dit fiable si le coefficient de Cronbach est strictement supérieur à 0,7.

Ainsi, la fiabilité des différentes versions des échelles EPDS, MAAS, MFAS, PAI, PBQ et MIBS a été vérifiée avec  $\alpha$  de Cronbach  $> 0,7$ .

#### 4. 2. Analyse des articles étudiant les outils psychométriques anténataux

*A. Brandon et al* (48) ont examiné, dans cette étude, les symptômes dépressifs chez les femmes hospitalisées pour un risque obstétrical sévère et leur association avec l'attachement materno-fœtal à l'aide du MAAS. Le score MAAS était relativement bon, avec un score moyen de 78. Ceci montre la présence d'un attachement materno-fœtal puissant, étant donné que le score maximal pouvant être obtenu est de 95. Ces scores élevés du questionnaire MAAS (malgré la présence de symptômes dépressifs chez 44% des femmes) peuvent être expliqués par le caractère anxiogène / dépressif passager lié à une hospitalisation pour risque obstétrical sévère qui n'en enlève pas moins l'attachement materno-fœtal. Néanmoins, une corrélation de Spearman négative ( $= -0,33$ ) a été identifiée dans l'étude entre la sévérité des symptômes dépressifs et l'attachement materno-fœtal. Ceci prouve donc une corrélation entre le score EPDS et MAAS, et **une dépression sévère pourrait donc entraîner une diminution de la qualité de l'attachement materno-fœtal.**

*T. W. Goetze et al* (52) ont examiné, dans leur étude, les associations entre l'attachement prénatal maternel par la MAAS et les niveaux de dépression avant la naissance et jusqu'aux 18 mois post-partum. Cette étude a révélé que les symptômes dépressifs anténataux étaient inter-corrélés avec les symptômes dépressifs postnataux. Les auteurs ont fait ressortir la corrélation qui existait entre les scores EPDS et MAAS. **En effet, nous avons pu observer que plus les scores du MAAS étaient élevés, plus les scores EPDS étaient bas en post-partum.**

*A. Denis et al* (54) ont examiné, à travers leur étude, les propriétés des échelles MAAS et PAI et leur association entre elles et avec l'échelle EPDS. Une corrélation positive significative ( $r$  Pearson = 0,50) a été observée entre l'échelle MAAS et PAI, prouvant que ces deux échelles anténatales se valent l'une et l'autre. De plus, une corrélation négative a pu être observée entre le MAAS et l'EPDS ( $r$  Pearson = - 0,20), cela prouve qu'au **plus l'intensité des symptômes dépressifs est élevée, au moins l'attachement materno-fœtal sera de bonne qualité.**

*M. Delavari et al* (58) ont examiné les corrélations entre l'attachement materno-fœtal et la dépression post-partum. On a pu observer dans cette étude une corrélation négative mais peu significative entre les scores MEAS et les scores EPDS postpartum ( $r$  Pearson = - 0,196). **Cela signifie qu'une diminution de l'attachement materno-fœtal en fin de grossesse pourrait prévenir d'une potentielle dépression post-partum.** Cette étude met en évidence certains facteurs de risque de dépression postnatale, comme le contexte socio-économique de la femme, notamment son âge.

**Les femmes d'une tranche d'âge de 20 à 25 ans seraient plus vulnérables** face à la dépression et une répercussion sur l'attachement maternel pourrait être observé.

*J. Albusen et al* (43) ont mené une étude comparative randomisée dans laquelle une intervention était mise en place pour essayer de diminuer la dépression prénatale et donc d'améliorer la qualité de l'attachement materno-fœtal. L'échantillon total a été séparé en deux groupes : un groupe contrôle dans lequel les soins basiques ont été prodigués et un groupe intervention où les femmes étaient invitées à participer à six séances dans lesquelles plusieurs thématiques étaient abordées. Les six thèmes abordés étaient : aperçu / facteurs de stress affectant la relation mère-bébé, activités et mon humeur, pensées et mon humeur, augmenter les pensées utiles qui affectent mon bébé et moi-même, contact avec les autres et mon humeur et relations interpersonnelles et mon humeur. Cette intervention était basée sur la TCC. Les scores EPDS, au début de l'étude, étaient assez similaires dans chaque groupe avec pour le groupe interventionnel un score = 17,8 et pour le groupe contrôle = 17,4. Pour les scores du MFAS il en était de même, avec des scores assez similaires : pour le groupe interventionnel = 71,5 et pour le groupe contrôle = 73,6.

Les scores ont été réévalués à 36 SG, après la fin de l'intervention et des soins normaux. On a pu observer une diminution plus importante du score EPDS dans le groupe interventionnel et une augmentation plus importante des scores du MFAS.

Cette étude nous permet donc de comprendre que **les interventions chez les femmes enceintes souffrant de dépression sont capitales pour le bien-être des femmes et le bien-être futur de leur nourrisson**. Un dépistage de la dépression sera intéressant pour pouvoir mettre en place des interventions appropriées.

*L. Zhang et al* (62) étudient l'effet de la dépression prénatale sur l'attachement materno-fœtal à travers les questionnaires EPDS et MAAS. Dans l'échantillon total, 19,1% des femmes souffraient de dépression. Il n'y avait pas de différences significatives entre les scores totaux du MAAS des femmes déprimées et non déprimées. Néanmoins, on a pu observer chez les femmes déprimées une diminution de la qualité du MAAS par rapport aux femmes non déprimées, l'intensité de celui-ci était cependant un peu augmentée par rapport aux femmes non déprimées.

La dépression prénatale était donc positivement corrélée à l'intensité du MAAS ( $r$  Pearson = 0,16) mais pas à la qualité de celui-ci ( $r$  Pearson = -0,17).

*J. Albusen et al* proposent une explication ; la dépression prénatale pourrait affecter la réponse de la femme enceinte et donc avoir un impact négatif sur l'AMF. (65) On pourrait s'imaginer qu'une femme dépressive va avoir tantôt des phases de dépression intense où la qualité de l'AMF en pâtira



et tantôt des phases où la mère se sentira mieux et aura donc une forte pensée pour son fœtus avec une intensité de l'AMF importante, dépassant peut être l'intensité de l'AMF chez les femmes ne souffrant pas de dépression.

Dans une autre étude, *L. Zhang* (63) reprend sa théorie précédente et la confirme sur un autre échantillon. Dans cette étude, 18,85% des femmes souffraient de dépression et 55% de l'échantillon total présentait des scores d'AMF peu élevés. *L. Zhang* étudie l'effet du type d'attachement maternel sur l'AMF et la dépression en utilisant les scores EPDS et MAAS. Il a été observé qu'un attachement maternel insécuré était associé à une augmentation du score EPDS et que le score EPDS était significativement et positivement corrélé avec le score MAAS ( $r$  Pearson = 0,23).

**Ainsi, un attachement insécuré maternel entraînerait chez certaines femmes une augmentation de l'intensité des symptômes dépressifs et une diminution de la qualité de l'AMF.**

#### 4. 3. Analyse des articles étudiant les outils psychométriques postnataux

*E. Moehler et al* (47) ont examiné, à travers leur étude, si les symptômes dépressifs maternels avaient un impact sur le nourrisson et le jeune enfant. Pour ce fait, ils ont mené une étude longitudinale en utilisant les instruments EPDS et PBQ. L'attachement mère-enfant et les symptômes dépressifs ont pu être mesurés à plusieurs reprises dans le post-partum, de 2 semaines PP à 14 mois PP.

Une corrélation positive a pu être observée à chaque moment entre les scores EPDS et PBQ. On a pu notamment observer une corrélation de ces scores plus significative à 6 semaines PP. À 14 mois PP, aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre ces deux variables.

Cela traduit que les symptômes dépressifs à 6 semaines PP ont plus d'impact sur la relation mère-enfant qu'à 14 mois PP.

**Ces résultats soulèvent la question d'une période de sensibilité plus importante qui se situerait dans les premières semaines de vie du nourrisson.** Il serait donc primordial de dépister les troubles de l'attachement mère-enfant le plus rapidement possible car, d'après *I. Brockington*, les troubles de l'attachement mère-enfant sont un facteurs de risques de l'altération de la relation mère-enfant à long terme. (66)

*B. Figueiredo et R. Costa* (49) étudient l'implication de l'anxiété et de la dépression maternelle sur l'implication émotionnelle avec le nourrisson. Cette implication est mesurée à 3 mois avant et 3 mois après l'accouchement. Malgré le fait que l'attachement ait été mesuré en anténatal et en

postnatal, un seul et même outil psychométrique évalue leurs scores : le MIBS. Une version portugaise de cette échelle est utilisée, qui évalue l'attachement materno-fœtal et l'attachement mère-enfant. Cette version du MIBS, est scindée en trois sous échelles : le lien positif, le lien négatif et le lien « pas clair ».

À 3 mois avant et 3 mois après l'accouchement, les scores EPDS étaient les mêmes avec un score > 10 chez 26,7% des femmes de l'échantillon total.

- L'anxiété, dans cette étude, a été mesurée par le taux de cortisol. Les taux de cortisol étaient significativement corrélés aux scores EPDS en anténatal et en postnatal, laissant comprendre que **l'anxiété serait un facteur de risque de dépression anténatale et postnatale**.
- De plus, les résultats de cette étude nous montrent que la dépression anténatale et postnatale a un impact sur l'attachement mère-enfant en mettant en évidence une **diminution de la liaison positive chez les femmes présentant une symptomatologie dépressive plus importante et une augmentation de la liaison négative et « pas claire »**.

Malgré cela, l'implication émotionnelle de la femme restait présente, dans cette étude, envers son nourrisson.

*M. Bienfait et al* (50) évaluent dans leur étude, en 2011, la pertinence de l'utilisation du score MIBS dans les unités néonatales en maternité. Ils ont relevé que chez les femmes souffrant de dépression, 30% d'entre elles présentaient des **antécédents psychiatriques ou une vulnérabilité psychologique**.

Ils ont aussi pu mettre en exergue que les scores MIBS et EPDS étaient plus élevés chez les femmes ayant des difficultés d'attachement. Néanmoins, les scores MIBS et EPDS n'étaient pas significativement corrélés ( $\rho$  de Spearman = 0,11).

Malgré ceci, les auteurs concluent cette étude en confirmant l'utilité du MIBS dans la détection des troubles de l'attachement mère-enfant.

*H. Oboka et al* (53) ont mené une étude prospective afin de clarifier l'association entre la dépression postnatale et le lien mère enfant. Les outils EPDS et MIBS ont été utilisés pour mener cette étude a bien.

L'échantillon total a été divisé en quatre groupes en fonction du score EPDS obtenu. Ainsi, 10% des femmes souffraient d'une dépression gestationnelle temporaire, 7% d'une dépression continue, 10,3% d'une dépression post-partum, représentant au total un pourcentage de 27,3% dans l'échantillon total. Une corrélation modérée a pu être observée entre les scores MIBS et EPDS ( $r$  Pearson = 0,24) et celle-ci était la plus significative à 5 jours PP. **Cela signifie que les symptômes**

### **dépressifs observés 5 jours après la naissance auraient plus d'influence sur l'attachement mère-enfant qu'à 1 mois de vie.**

Pour finir, les auteurs mettent en évidence des scores MIBS plus élevés chez les femmes souffrant de dépression continue.

*A. Matsunaga et al* (56) étudient l'utilisation des score MIBS et EPDS pour le dépistage des troubles de l'attachement. L'échantillon total a été divisé en deux groupes ; le groupe 1 comprenait 619 femmes et le groupe 2 comprenait 104. Le groupe 2 était composé de femmes qui ressentaient plus de manque d'affection, de sentiment de colère ou de rejet. Le score EPDS et les sous échelles de violences psychologiques étaient de même plus élevé dans ce groupe.

Les auteurs ont mis en évidence, par cette étude, que le groupe 2 présentait des difficultés d'attachement plus sévères, contrairement au groupe 1 qui avait des difficultés d'attachement plus variable. Nous pouvons mettre ces résultats sur le fait que les femmes comprises dans le groupe 2 étaient plus instables psychologiquement parlant que le groupe 1. Les résultats obtenus sont donc pertinents et confirment les dires de la littérature actuelle.

L'intervalle de l'utilisation optimale du score MIBS a aussi été étudié dans cet article. Les résultats obtenus ont suggéré une utilisation plus appropriée du score MIBS 1 mois après l'accouchement, où les troubles de l'attachement sont plus importants.

➤ **Il a été conseillé de prodiguer des soins plus approfondis chez les femmes ayant un score MIBS > 4-5 à 1 mois PP, où les troubles de l'attachement seraient plus présents.**

Cette conclusion fait opposition à l'étude de H. Ohoka, qui prouve que les symptômes dépressifs ont plus d'influence sur l'attachement mère-enfant à 5 jours PP qu'à 1 mois de vie.

*I. Hairston et al* (57) examinent, à travers une étude longitudinale, les médiations entre l'attachement maternel, l'attachement mère-enfant et la dépression postnatale à l'aide des instruments EPDS et PBQ.

Dans l'échantillon total, 14,2% des femmes étaient susceptible de souffrir de dépression (EPDS > 10). Parmi ces femmes, 33,3% d'entre elles possédaient des scores d'attachement élevés, prédisant un attachement mère-enfant altéré.

➤ Les auteurs mettent en exergue **qu'un attachement maternel insécure était associé significativement à des scores EPDS plus élevés et un attachement mère-enfant diminué.**

M. Nakano *et al* (59) ont examiné les altérations du lien mère-enfant 3 mois après l'accouchement, à l'aide de l'auto-questionnaire PBQ, ainsi que les facteurs de risque associés. Dans l'échantillon total de cette étude, 6,45% des femmes ont été diagnostiquées comme souffrant de DPP 1 mois après l'accouchement et 3,3% de l'ensemble des femmes souffraient d'une relation altérée avec son nourrisson 3 mois PP.

- Une **corrélation positive a été retrouvée entre la présence de symptômes dépressifs à 1 mois de vie et la présence d'une altération de l'attachement mère-enfant à 3 mois de vie.**

La présente étude examinait aussi les facteurs de risque identifiables pour prévenir d'une altération du lien mère-enfant PP. Grâce à la mesure de leur état de santé psychologique pendant la grossesse, il a été rapporté que les **femmes présentant des sentiments négatifs envers la grossesse étaient associées à une altération du lien mère-enfant en PP**. De plus, la **primiparité a été identifiée comme un facteur de risque modéré d'altération du lien mère-enfant**.

J. Gilden *et al*, (61) à travers une étude de cohorte, ont examiné le lien mère-enfant chez les femmes souffrant de dépression post-natale et de psychose post-partum admises en unité mère-bébé. Le temps d'hospitalisation moyen de ces dyades mère-bébé était de 8 semaines. Pendant ce temps, les femmes ont reçu un traitement pharmacologique et non pharmacologique afin de renforcer le lien mère-enfant. L'attachement et les symptômes dépressifs ont été mesurés chaque semaine à l'aide des questionnaires EPDS et PBQ.

Durant les semaines d'hospitalisation, une diminution des scores EPDS et PBQ a pu être observée, mettant en exergue une diminution des symptômes dépressifs et une augmentation du lien mère-enfant. Une corrélation significativement positive a été mis en évidence entre les scores EPDS et PBQ ( $r$  Pearson = 0,76).

- **Cette étude a mis en valeur l'importance de la mise en place d'un traitement efficace chez la femme souffrant de dépression sur l'attachement mère-enfant.**

#### [4. 4. Analyse des articles étudiants les outils psychométriques anténataux et postnataux](#)

M. Edbborg *et al* (51) examinent, dans cette étude, l'impact des troubles anxieux et des symptômes dépressifs sur le lien mère-enfant à 2-3 mois PP. Pour ce fait, l'EPDS, le PAI et le PBQ ont été étudiés. Le PAI a été mesuré chez les femmes au cours du troisième trimestre de grossesse et l'EPDS et le PBQ à 2-3 mois PP.

Une corrélation faible mais significative a été relevée entre le lien materno-fœtal au troisième trimestre et le lien mère-enfant dans les 2-3 mois PP. De plus, les femmes présentant une symptomatologie dépressive ont obtenu des résultats plus faibles en matière d'attachement mère-enfant.

Dans cette étude, 11,3% des femmes composant l'échantillon ont signalé ressentir une altération du lien mère-enfant, parmi ce pourcentage, 36% des femmes souffraient de dépression.

- **Cette étude met en valeur qu'une altération prénatale de l'AMF peut être prédictive d'une altération du lien mère-enfant en PP et d'une symptomatologie dépressive associée.**
- **Le dépistage des troubles de l'AMF semble donc être primordial** pour éviter que ces troubles ne s'étendent après la naissance, causant de graves répercussions sur le lien mère-enfant et sur le développement normal du nourrisson.

*S. Dubber et al*, (55) étudient, en 2017, l'association des symptômes dépressifs avec le lien materno-fœtal et le lien mère-enfant. Les symptômes dépressifs ont été mesurés à l'aide de l'EPDS, tout d'abord en période prénatale (32 SG) puis en période postnatale (3 mois PP). L'attachement materno-fœtal a été évalué à 32 SG à l'aide du MFAS et l'attachement mère-enfant a été évalué 3 mois après la naissance à l'aide du PBQ. **Les résultats de cette étude témoignent de l'association des symptômes dépressifs prénataux avec le lien mère-enfant en PP avec une corrélation positive entre le MFAS et l'EPDS** ( $\rho$  Spearman = 0,26). Ces résultats avaient déjà été observés auparavant dans une étude américaine. D. F. Perry et al y décrivent que les symptômes dépressifs prénataux étaient prédictifs de l'altération du lien mère-enfant à 2 mois PP et que l'humeur maternelle prénatale refléterait son état de connexion avec son nourrisson en post-partum. (67)

De plus, **une association encore plus significative a été retrouvée entre les symptômes dépressifs postnataux et le lien mère-enfant en PP** ( $\rho$  Pearson = 0,41).

Pour finir, **une corrélation significative a été observée entre l'attachement prénatal et l'attachement postnatal** ( $\rho$  Pearson = 0,40).

- Cette étude montre donc que l'attachement pré et postnatal est dépendant de la variable dépression et que celles-ci évoluent de façon proportionnelle. Le dépistage de la dépression en pré et postnatal reste une bonne solution pour dépister l'altération du lien mère-enfant.

Pour terminer, *I. Hildingsson et al* (64) ont examiné, dans une étude récente, les associations entre les symptômes dépressifs, l'attachement prénatal et postnatal chez les femmes ayant peur de l'accouchement. Ainsi, les outils EPDS, PAI et PBQ ont été utilisés pour étudier cette association. Cette étude a démontré une corrélation négative entre le PBQ et le PAI ( $r$  Pearson = -0,27). Cela semble cohérent car plus le score PBQ est élevé, plus l'attachement mère-enfant est altéré et plus le score PAI est élevé, plus l'AMF est élevé. Ainsi, les variables évoluent de façon inversement proportionnelle. Le PBQ était aussi significativement corrélé à l'EPDS prénatal ( $r$  Pearson = 0,26) et à l'EPDS postnatal ( $r$  Pearson = 0,56). Pour finir, il semblerait, d'après cette étude, que les femmes avec un score EPDS > 12 soient susceptibles de présenter une altération du lien avec son nourrisson ainsi que des sentiments négatifs à son égard.

- Cette étude permet d'appuyer les hypothèses formulées par les études précédentes. **L'altération du lien mère-enfant pourrait être prédit par le dépistage de la dépression prénatale et postnatale à l'aide de l'EPDS. Un score > 12** semblerait être le seuil interpellant d'une potentielle dépression en cours.

#### 4. 5. [Biais et limites de l'étude](#)

Après avoir cité les biais identifiés par les auteurs dans la section « Études incluses », nous allons nous intéresser aux biais et limites que comporte ce mémoire.

- **Biais de population :**
  - La plupart des études étaient composées de femmes tirées de la population générale. On pourrait s'attendre à des résultats plus significatifs si la population étudiée était uniquement composée par des femmes présentant des symptômes dépressifs.
  - Certains articles étudient une population spécifique comprenant des facteurs de risque de développer ou souffrir d'une dépression. Cela pourrait donc biaiser notre étude en se posant la question de la représentativité au niveau de la population générale. Les biais liés à la population de l'étude seront présentés, pour chaque article concerné, ci-dessous.

L'article de A. Brandon base son étude sur une population de femmes hospitalisées pour complications obstétricales graves. Il en va de soi qu'une hospitalisation dans ce genre de situation doit se révéler anxiogène pour la femme, les scores EPDS pourraient donc être surestimés.

L'étude de M. Bienfait se déroule dans unité néonatale d'une maternité. Les femmes y sont hospitalisées pour plusieurs raisons : naissance < 37 SA, poids de naissance < 2200g, suspicion d'infection materno-fœtale, antécédents psychiatriques ou vulnérabilités psychologiques, prévention d'un sevrage. La population étudiée dans cet article est donc vulnérable face à la dépression. Les scores EPDS pourraient donc être surestimés, tout comme le nombre de femmes diagnostiquées dépressives.

L'étude de M. Edhborg est basée au Bangladesh. Il faudra donc prendre en compte le contexte socio-économique. En effet, les symptômes dépressifs étaient associés à d'autres facteurs : l'âge, la pauvreté, l'analphabétisation et les violences conjugales. Ainsi, les scores EPDS pourraient donc être surestimés.

L'étude de T. W. Goecke comporte une population exclusivement composée de primipares. Les résultats ne seront donc pas représentatifs pour l'ensemble de la population.

L'étude menée par M. Delavari et al se déroule en Iran. Or, ce pays présente une prévalence de dépression post-partum trois fois plus élevée que dans les pays développés. La dépression est d'ailleurs le 3<sup>ème</sup> problème de santé publique le plus répandue en Iran. Les résultats seront donc à interpréter avec prudence.

Les deux études menées par L. Zhang et al ont été menées en Chine. Étant donné que la politique de l'enfant unique est appliquée dans ce pays, le sexe de l'enfant à naître doit rentrer dans les facteurs de risque de dépression. En effet, les symptômes dépressifs ont été plus observés chez une femme attendant une fille qu'un garçon

L'étude menée par I. Hildingsson a été concentrée sur un échantillon de femmes ayant peur de l'accouchement. Les scores EPDS pourraient donc être surestimés.

- **Biais liés aux niveaux de preuves**

La plupart des articles étudiés avaient un faible niveau de preuve scientifique (niveau 4, grade C d'après la HAS) lié à une étude de type longitudinale ou transversale.

Parmi l'ensemble des articles inclus, cinq articles possédaient des niveaux de preuve acceptable (niveau 2, grade B).

Au vu du niveau de preuve globalement faible de l'ensemble des articles, les résultats sont à interpréter avec prudence.

- **Biais de subjectivité (liés à l'intervention)**

Dans chaque étude, le diagnostic du caractère dépressif de la femme repose seulement sur le score EPDS. Cependant, on rappelle que l'EPDS est un outil de dépistage et non de diagnostic. Ce diagnostic a donc été posé en fonction des résultats de l'auto-questionnaire EPDS mais n'a pas été soutenu par un diagnostic posé par un spécialiste. La clinique n'a donc pas été prise en compte pour le diagnostic de la dépression.

De plus, comme les questionnaires sont remplis par les femmes elles-mêmes, les réponses pourraient être parfois exagérées ou minimisées. Les femmes présentant une symptomatologie dépressive ont souvent tendance à se sous-estimer, à se sentir moins compétentes qu'une autre envers leur enfant, leurs résultats pourraient donc être biaisés par une perception erronée de ses capacités.

- **Biais liés à la taille des échantillons**

La taille des échantillons de nos études varie de 60 à 1060 femmes. Seulement trois articles ont un échantillon > 500 femmes. La question de la représentativité au niveau de la population générale pourrait donc être abordée. Il serait intéressant d'intégrer, dans une prochaine étude, des échantillons plus importants.

- **Biais liés aux outils utilisés**

Les articles étudiés, venant de différents pays, possèdent parfois des outils similaires mais légèrement révisés, créant une variante dans le nombre, le type et la classification des items. La fiabilité de chaque instrument utilisé dans une étude a été néanmoins vérifiée, avec une bonne cohérence interne ( $\alpha$  de Cronbach > 0,7).



Les différents types de biais identifiés seront représentés, pour chaque étude, dans le tableau ci-dessous. Cela nous permettra une vue d'ensemble plus intéressante.

Étude	Biais identifiés				
	Population	Niveau de preuve < 2	Subjectivité	Taille < 500	Variante Outil
E. Moehler et al	X	X	X	X	X
A. Brandon et al	X	X	X	X	
B. Figueiredo et R. Costa	X	X	X	X	X
M. Bienfait et al	X	X	X	X	
M. Edhborg et al	X		X		X
T. W. Goecke et al	X	X	X	X	X
H. Ohoka et al	X	X	X	X	
A. Denis et al	X	X	X	X	X
S. Dubber et al	X	X	X	X	
A. Matsunaga et al	X	X	X		
I. Hairston et al	X	X	X	X	X
M. Delavari et al	X	X	X	X	
M. Nakano et al	X	X	X		X

J. Alhusen et al			X	X	
J. Gilden et al	X		X	X	
L. Zhang et al	X		X	X	X
L. Zhang et al	X	X	X	X	X
I. Hildingsson et al	X	X	X	X	X

## 5. Conclusion

Les différentes études permettent de mettre en corrélation, de façon plus ou moins significative, l'intensité des symptômes dépressifs avec l'attachement materno-fœtal et l'attachement mère-enfant. Cette corrélation nous permet de conclure que l'utilisation des échelles psychométriques anténatales (telles que la MAAS, la PAI et la MFAS) et des échelles postnatales (telles que la MIBS et la PBQ) est justifiée.

Mais à quel moment utiliser ces échelles ? Faudrait-il les utiliser en systématique ?

Les différentes études incluses dans cette revue de littérature ont permis de mettre en exergue des facteurs de risque de développer une dépression et donc d'être vulnérable face aux troubles de l'attachement.

Une hospitalisation pendant la grossesse ou en postpartum, une symptomatologie anxieuse, des antécédents psychiatriques ou une vulnérabilité psychologique, le contexte socio-économique ou démographique, une tranche d'âge 20-25 ans, un type d'attachement maternel insécure, la présence de sentiments négatifs envers la grossesse sont des facteurs de risque de dépression pré et postnatale. Une attention particulière sera accordée aux femmes présentant ces particularités. De plus, il a été observé que l'attachement était plus sensible aux symptômes dépressifs survenant dans les premiers mois suivant l'accouchement, à une dépression de type continue et à une dépression de forte intensité avec seuil EPDS > 12.

Une corrélation a été retrouvée entre l'attachement prénatal et l'attachement postnatal. Ainsi, un dépistage précoce de ces troubles de l'attachement permettrait d'éviter que ces troubles s'installent, nuisant donc au bon développement psychologique du nourrisson.

Ce mémoire, avec ces résultats, nous prouve aussi l'importance de la mise en place d'un traitement pharmacologique et d'un traitement non pharmacologique. Nous avons pu d'ailleurs observer qu'avec un traitement adapté, les symptômes dépressifs diminuaient et l'attachement materno-fœtal et mère-enfant augmentait.

Pour finir, ce mémoire présentait des biais importants qui incitent à interpréter les résultats de manière prudente.

Des études plus approfondies seraient intéressantes, notamment des études comportant des échantillons de plus grande taille et de niveaux de preuves plus fiables.

Il serait aussi intéressant de comparer les différents outils psychométriques entre eux, afin de mettre en exergue celui qui présente les meilleurs résultats en matière de dépistage des troubles de l'attachement materno-fœtal et mère-enfant.

## Bibliographie

(1) **OMS** (Organisation mondiale de la santé). Article sur les troubles mentaux, partie sur « les principaux faits ». Mis en ligne le 8 Juin 2022.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

(2) **INSEE** (Institut national de la statistique et des études économiques). Article sur « femmes et hommes l'égalité en question ». Partie « santé mentale, soutien social et consommation d'alcool et de tabac ». Article paru le 03 Mars 2022.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047755?sommaire=6047805#:~:text=Elles%20sont%2012%20%25%20%C3%A0%20souffrir,femmes%20que%20pour%20les%20hommes>

(3) **INSEE** (Institut national de la statistique et des études économiques). Article sur « femmes et hommes l'égalité en question ». Partie « santé mentale, soutien social et consommation d'alcool et de tabac ». Figure 1 « Prévalences des syndromes dépressifs en 2019, selon l'âge et le sexe ». Article paru le 03 Mars 2022.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047755?sommaire=6047805#graphique-figure1>

(4) **OMS** (Organisation mondiale de la santé). Article sur les troubles mentaux, partie sur la « dépression ». Mis en ligne le 8 Juin 2022.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

(5) **DSM-5** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux / American psychiatric association. Partie « troubles dépressifs », pages 193 à 236.

Coordination générale de la traduction française par Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi ; directeurs de l'équipe de la traduction française Patrice Boyer, Marc-Antoine Crocq, Julien Daniel Guelfi, Charles Pull, Marie-Claire Pull-Erpelding. Version française publiée le 17 Juin 2015.

<https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>

(6) **Etat-depressif.com** (site de référence de la dépression) : Rubrique « Psychothérapie », sous parties « thérapies d'inspiration analytique », « thérapies cognitivo-comportementales » et « thérapies interpersonnelles ». Auteur et date de publication non renseignés.

<https://www.etat-depressif.com/traitements/psychotherapies/>

(7) **La-depression.org** : Rubrique « gestion et traitement de la dépression : comment vaincre la dépression avec la psychothérapie ? », sous partie sur la « thérapie psychanalytique ». Par Xavier Carbonnel. Mis à jour de la page le 28 Janvier 2022.

<https://www.la-depression.org/les-traitements/psychotherapie/>

(8) **Vidal** : Rubrique « Médicaments antidépresseurs », partie « quels sont les différents types d'antidépresseurs ». Article mis à jour le 01 Septembre 2022.

<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/medicaments.html>

(9) **OMS** (Organisation mondiale de la santé) : Article sur « Rôle de soins maternels dans la réduction de la mortalité périnatale et néonatale : document commun OMS/FISE.

Auteur et date de la publication non renseignés.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38716?locale-attribute=fr&>

(10) **Cairn** : Ouvrage « Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères ». Chapitre « 3. Transformation psychologique de la femme enceinte ». Page 68, introduction. Sous la direction de ISSERLIS Catherine, SUTTER-DALLAY Anne-Laure, DUGNAT Michel *et al.* Toulouse, Érès. Ouvrage publié en 2008. Mis en ligne sur Cairn le 01 Avril 2012.

<https://www.cairn.info/guide-pour-la-pratique-de-l-entretien-prenatal-pre--9782749208855-page-68.htm#:~:text=para%C3%A0Et%20particuli%C3%A8rement%20vuln%C3%A9rable.-,Pendant%20la%20grossesse,autres%20p%C3%A9riodes%20de%20leur%20vie.>

(11) **Cairn** : Ouvrage « Psychologie clinique et projective ». Chapitre « Période périnatale et épreuves projectives : une revue de la littérature ». Page 137, partie introduction. Par Pauline Minjollet et Marina Valente. Ouvrage publié en 2015. Mis en ligne sur Cairn le 10 Décembre 2015.

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-psychologie-clinique-et-projective-2015-1-page-137.htm#re10no9>

(12) **Cairn** : Ouvrage « le carnet Psy ». Chapitre « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation ». Page 31, Partie II « La transparence psychique de la femme enceinte selon M. Bydlowski ». Par Monique Bydlowski et Bernard Golse. Ouvrage publié en Mars 2001. Mis en ligne sur Cairn le 01 Mars 2010.

<https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-3-page-30.htm>

(13) **Cairn** : Ouvrage « Devenir », chapitre « Dépression prénatale et stratégie de ‘coping’ ». Page 231, introduction. Par Lisa de Noose. Ouvrage publié en Mars 2012. Mis en ligne sur Cairn le 10 Octobre 2012.

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-devenir-2012-3-page-231.htm>

(14) **Cairn** : Ouvrage « Topique, la psychanalyse aujourd’hui : la pensée kleinienne », chapitre « la dépression prénatale. Approche psychopathologique selon le modèle kleinien ». Page 95, partie sur « les spécificités de la dépression prénatale ». Par Naïma Boukhalfa. Ouvrage publié en Février 2014. Mis en ligne sur Cairn le 15 Septembre 2014.

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-topique-2014-2-page-95.htm>

(15) **Cairn** : Ouvrage « Les dépressions post-partum », chapitre III « dépression anténatale ». Page 41, partie sur la « symptomatologie ». Par Jacques Dayan. Ouvrage publié en 2022. Mis en ligne sur Cairn le 10 Novembre 2022.

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-depressions-post-partum--9782715413306-page-41.htm>

(16) **HAS** (haute autorité de santé) : Fiche « repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux ». Page 5, Partie « Présentation et périmètre », sous partie « objectifs ». Chargés de projet : Joëlle Favre-Bonté et Pierre Gabach. Publié en Janvier 2022.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349\\_note\\_cadrage\\_rbp\\_troubles\\_psychiques\\_perinataux\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349_note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinataux_mel.pdf)

(17) **Réseau Périnatal du Val d’Oise** : Rubrique « Suivi de grossesse », partie « Entretien prénatal précoce ». Auteur et date de publication non renseignés.

<https://www.rpvo.org/entretien-prenatal-precoce>

(18) **Revue médicale suisse** : Article sur « le bon usage des antidépresseurs ISRS durant la grossesse – le défi de l’évaluation de la balance bénéfico-risque ». Partie « efficacité des traitements de la dépression durant la grossesse ». Par Etienne Weisskopf et al.

Article publié le 16 Mars 2016.

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-510/bon-usage-des-antidepresseurs-isrs-durant-la-grossesse-le-defi-de-l-evaluation-de-la-balance-benefice-risque>

(19) **CRAT** (Centre de référence sur les agents tératogènes) : Fiche sur les « antidépresseurs – Grossesse et allaitement ». Mis à jour le 30 Mars 2023.  
[https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id\\_article=20#:~:text=Si%20un%20traitement%20est%20n%C3%A9cessaire,l'escitalopram%20\(S%C3%A9roplex%C2%AE\)](https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=20#:~:text=Si%20un%20traitement%20est%20n%C3%A9cessaire,l'escitalopram%20(S%C3%A9roplex%C2%AE))

(20) **UNICEF** (United nations international Children's emergency fund) : Article sur « Qu'est-ce que la dépression du post-partum ? Reconnaître les signes et trouver de l'aide ». Partie « qu'est-ce que la dépression du post-partum ou dépression post-natale ? ». Par Mandy Rich.  
<https://www.unicef.org/fr/parentalite/la-depression-du-postpartum#:~:text=Elle%20se%20caract%C3%A9rise%20souvent%20par,soi%20et%20de%20son%20b%C3%A9b%C3%A9>.

(21) **Ameli.fr** : Article « dépression : symptômes, diagnostic et évolution », partie « après l'accouchement, baby blues et dépression du post-partum ». Mis en ligne le 06 Avril 2023.  
<https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/symptomes-diagnostic-evolution>

(22) **HUG** (hôpitaux universitaires Genève) : Rubrique « Santé psychique et périnatalité ». Article « Comment dépister une dépression périnatale (quizz EPDS) ? ». Mis à jour le 06 Septembre 2022.  
<https://www.hug.ch/sante-psychique-perinatalite/comment-depister-depression-perinatale-quizz-epds>

(23) **Dépression Postpartale Suisse** : Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale EPDS (Français). Questionnaire retrouvé en Annexe 1. Auteur et date de publication non renseignés.  
[https://postpartale-depression.ch/images/media/pdf/downloads/EPDS\\_Update/EPDS\\_Franzoesisch\\_neu.pdf](https://postpartale-depression.ch/images/media/pdf/downloads/EPDS_Update/EPDS_Franzoesisch_neu.pdf)

(24) **UNICEF** (United nations international Children's emergency fund) : Article sur « Qu'est-ce que la dépression du post-partum ? Reconnaître les signes et trouver de l'aide ». Partie « Comment obtenir de l'aide si vous vivez une dépression du post-partum ? ». Par Mandy Rich.  
<https://www.unicef.org/fr/parentalite/la-depression-du-postpartum#:~:text=Elle%20se%20caract%C3%A9rise%20souvent%20par,soi%20et%20de%20son%20b%C3%A9b%C3%A9>.

(25) **Université de Nantes** : Cours donné aux externes sur « le lien mère-bébé : entre attachement et interactions ». Par Flore Guillemot-Mortagne. Publié en 2007.

[https://www.univ-nantes.fr/medias/fichier/optionnel\\_mere\\_ent\\_1175158057746.pdf](https://www.univ-nantes.fr/medias/fichier/optionnel_mere_ent_1175158057746.pdf)

(26) **Cairn** : Ouvrage « le carnet Psy ». Chapitre « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation ». Page 30, Partie I « La préoccupation maternelle primaire selon D. W. Winnicott ». Par Monique Bydlowski et Bernard Golse. Ouvrage publié en Mars 2001. Mis en ligne sur Cairn le 01 Mars 2010.

<https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-3-page-30.htm>

(27) **Le Robert** (dictionnaire en ligne) : Définition de l'attachement.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/attachement>

(28) **Canadian Paediatric Society** : Article « L'attachement : un lien pour la vie ». Définition de l'attachement rapporté au lien mère-enfant. Mis à jour en Mai 2017.

<https://soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/mentalhealth/attachment#:~:text=L'attachement%2C%20c'est,attache%20aussi%20%C3%A0%20ses%20parents.>

(29) **Cairn** : Ouvrage « Enfances et Psy », chapitre « Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Page 14, partie « la figure d'attachement ». Par Romain Dugravier, Anne-Sophie Barbey-Mintz. Ouvrage publié en Février 2015. Mis en ligne sur Cairn le 27 Juillet 2015.

<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-2-page-14.htm>

(30) **Cairn** : Ouvrage « La première année de la vie », chapitre « l'attachement mère-enfant ». Page 19, partie « la mère comme base de sécurité pour l'exploration ». Par Marie Dinsmore Salter Ainsworth. Ouvrage publié en 1986. Mis en ligne sur Cairn le 31 Août 2016.

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-premiere-annee-de-la-vie--9782130397625-page-17.htm>

(31) **Cairn** : Ouvrage « Enfances et Psy », chapitre « Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Page 14, partie sur « les différents styles d'attachement ». Par Romain Dugravier, Anne-Sophie Barbey-Mintz. Ouvrage publié en Février 2015. Mis en ligne sur Cairn le 27 Juillet 2015.

<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-2-page-14.htm>



(32) **L'Encéphale** : Ouvrage « Études des propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement prénatal. Version française de la Prenatal attachment inventory (PAI, Müller, 1993). » Page 220, partie « introduction ». Par M. A. Jurgens et al. Ouvrage publié en 2010.  
[https://www.reseaperinatallorrain.fr > download](https://www.reseaperinatallorrain.fr/download)

(33) **L'encéphale** : Ouvrage « Examen des propriétés psychométriques de la traduction française de la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) ». Par A. Denis, S. Callahan et M. Bouvard. Mis en ligne le 13 Juin 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.06.006>

(34) **Procedures Online** : Questionnaire MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale). English version. Visible en Annexe 3. Auteur et date de la publication non renseignés.  
[https://www.proceduresonline.com/manchester/cs/user\\_controlled\\_lcms\\_area/uploaded\\_files/Maternal%20Antenatal%20Attachment%20Scale.pdf](https://www.proceduresonline.com/manchester/cs/user_controlled_lcms_area/uploaded_files/Maternal%20Antenatal%20Attachment%20Scale.pdf)

(35) **Science directe** : Ouvrage « Propriétés psychométriques d'une version en 20 items de l'échelle d'attachement maternel-fœtal dans un échantillon de femme enceintes italiennes ». Partie « introduction ». Par A. Busonera, S. Cataudella, J. Lampis, M. Tommasi, G. Zavattini. Publié en Mars 2016.  
<https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0266613816000048#bib17>

(36) **JOGNN** (Scholarship for the care of women, childbearing families and newborns) : Études cliniques Tome 16, numéro 6, pages 430-437 « L'effet de la promotion de l'attachement intra-utérin chez les primipares sur l'attachement après l'accouchement ». Par S. Davis Marcia. Étude publiée en Novembre 1987. Questionnaire Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS), traduction anglaise. Visible en Annexe 4.  
<https://www.jognn.org/article/S0884-2175%2815%2932701-5/fulltext>

(37) **Cairn** : Ouvrage « Devenir », chapitre « Traduction française de l'auto-questionnaire MIBS (Mother to infant Bonding Scale) et validation comme évaluation du lien mère-nouveau-né en maternité ». Page 235 à 236. Par Marjorie Bienfait et al. Ouvrage publié en Avril 2017.  
<https://www.cairn.info/revue-devenir-2017-4-page-233.htm&wt.src=pdf>

(38) **Cairn** : Ouvrage « Devenir », chapitre « Version française du Postpartum Bonding Questionnaire ». Page 287 à 310. Partie « le postpartum bonding questionnaire ». Par A. Demanche, L. Michel, M. Chabbert, J. Wendland. Mis en ligne sur Cairn le 12 Janvier 2022.

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-devenir-2021-4-page-287.htm>

(39) **Cairn** : Ouvrage « La psychiatrie de l'enfant », chapitre « dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : une revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale ». Page 627, partie « les effets sur le développement de l'enfant ». Par Hervé Tissot, France Frascarolo-Moutinot, Jean-Nicolas Despland et Nicolas Favez. Ouvrage publié en Février 2011. Mis en ligne sur Cairn le 28 Décembre 2011.

<https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-611.htm>

(40) **PubMed** : Article « la dépression chez les femmes enceintes et chez les mères : comment les enfants sont touchés ». Publié en Octobre 2004.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724172/>

(41) **HAS** (Haute autorité de santé) : État des lieux sur le « niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique ». Partie 1 « niveau de preuve et gradation des recommandations : les principaux systèmes actuels ». Sous partie 1 « Haute autorité de santé ». Tableau 2 « Grade des recommandations ». Auteurs non renseignés. Publié en Avril 2013.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

(42) **PubMed** : Article « Mother-infant bonding disorders in patients with postnatal depression ; the postpartum bonding questionnaires in clinical practice ». Article datant de Septembre 2006. Par C. M. Miller.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16937312/>

(43) **Summon** : Article « A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes ». Article datant du 5 Juin 2013. Par J. Alhusen, M. Hayat et D. Gross.

<https://link-springer-com.lama.univ-amu.fr/article/10.1007/s00737-013-0357-8>

(44) **Summon** : Article « Pilot early intervention antenatal group for pregnant women with anxiety and depression ». Article datant du 30 Juillet 2014. Par N. Thomas, A. Komiti et F. Judd.

<https://link-springer-com.lama.univ-amu.fr/article/10.1007/s00737-014-0447-2>

(45) **PubMed** : Article « Depressive symptoms as a transdiagnostic mediator of mother-to-infant bonding : résultats from a psychiatric mother-baby unit ». Article datant de Mai 2022. Par A. Höflich, A. Kautsky, R. Slamanig, J. Kampshoff, A. Unger.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395622000784?via%3Dihub>

(46) **Summon** : Article « Maternal prenatal distress, maternal pre and postnatal bonding and behavioral and emotional problems in toddlers. A secondary analysis of the IRIS Study ». Par J. Henrichs, M. De Kroon, A. Walker, A. Witteveen, M. Westerneng, A. Van Baar et A. De Jonge. Article datant du 14 Janvier 2023.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-022-02529-1>

(47) **PubMed** : Article « Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding ». Par E. Moehler, R. Brunner, U. Wiebel, C. Resch. Article datant de Septembre 2006.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16937313/>

(48) **PubMed** : Article « Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk ». Par A. Brandon, M. Trivedi, L. Hynan, P. Miltenberger, D. Broussard Labat, J. Rifkin et C. A. Stringer. Article datant d'Avril 2008.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680504/>

(49) **Summon** : Article « Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant : 3 months before and 3 months after ». Par B. Figueiredo et R. Costa. Article datant du 4 Mars 2009.

<https://link-springer-com.lama.univ-amu.fr/article/10.1007/s00737-009-0059-4>

(50) **Summon** : Article « Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward ». Par M. Bienfait, M. Maury, A. Haquet, J. Faillie, N. Franc, C. Combes, H. Daudé, J. C. Picaud, A. Rideau, G. Cambonie. Article datant d'Avril 2011.

<https://www.sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0378378211000685>

(51) **PubMed** : Article « Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mother's emotional tie to their infants 2-3 months postpartum : a population-based study from rural Bangladesh ». Par M. Edhborg, H. Nasreen et Z. Nahar Kabir. Article datant du 28 Mai 2011.

<https://link-springer-com.lama.univ-amu.fr/article/10.1007/s00737-011-0221-7>

(52) **Summon** : Article « The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first time mothers ». Par T. W. Goecke, F. Voigt, F. Faschingbauer, G. Spangler, M. W. Beckmann et A. Beetz. Article datant du 22 Mars 2012.

<https://link-springer-com.lama.univ-amu.fr/article/10.1007/s00404-012-2286-6>

(53) **PubMed** : Article « Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment ». Par H. Ohoka, T. Koide, S. Goto, S. Murase, A. Kanai, T. Masuda, B. Aleksic, N. Ishikawa, K. Furumura et N. Ozaki. Article datant du 13 Février 2014.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.12171>

(54) **Summon** : Article « Examen des propriétés psychométriques de la traduction française de la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) ». Par A. Denis, S. Callahan, M. Bouvard. Article datant de Février 2015.

<https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0013700613001723?via%3Dihub#bib0085>

(55) **PubMed** : Article « Postpartum bonding : the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy ». Par S. Dubber, C. Reck, M. Müller, S. Gawlik. Article datant d'Avril 2017.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25088531/>

(56) **Summon** : Article « Discrete category of mother-to-infant bonding disorder and its identification by the Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) : a study in Japanese mothers of a 1-month-old ». Par A. Matsunaga, F. Takauma, K. Tada, T. Kitamura. Article datant de Août 2017.

<https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0378378217300452>

(57) **PubMed** : Article « Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles : the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD ». Par Hairston, J. Handelzalts, C. Assis, M. Kovo. Article datant du 27 Février 2018.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/imhj.21695>

(58) **PubMed** : Article « The relationship of maternal-Fetal Attachment and Postpartum depression : a longitudinal study ». Par M. Delavari, S. Charandabi et M. Mirghafourvand. Article datant d'Avril 2018.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29579522/>

(59) **Summon** : Article « Risks factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old : a longitudinal population based study from Japan ». Par M. Nakano, S. Upadhyaya, R. Chudal, N. Skokauskas, T. Luntamo, A. Sourander et H. Kaneko. Article datant du 8 Mars 2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6408752/>

(60) **PubMed** : Article « A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity ». Par J. Alhusen, M. Hayat et L. Borg. Article datant du 15 Mai 2020.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7666645/>

(61) **PubMed** : Article « Mother-to-Infant Bonding in women with postpartum psychosis and severe postpartum depression : a clinical cohort study ». Par J. Gilden, N. Molenaar, A. Smit, W. Hoogendijk, A. S. Rommel, A. Kamperman et V. Bergink. Article datant du 19 Juillet 2020.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7408880/>

(62) **PubMed** : Article « Prenatal depression in women in the third trimester : prevalence, predictive factors, and relationship with maternal-fetal attachment ». Par L. Zhang, L. Wang, S. Cui, Q. Yuan, C. Huang et X. Zhou. Article datant du 26 Janvier 2021.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7870992/>

(63) **PubMed** : Article « The mediating role of prenatal depression in adult attachment and maternal-fetal attachment in primigravida in the third trimester ». Par L. Zhang, L. Wang, Q. Yuan, C. Huang, S. Zhang et X. Zhou. Article datant du 16 Avril 2021.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8052769/>

(64) **PubMed** : Article « Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth ». Par I. Hildingsson et C. Rubertsson. Article datant du 25 Janvier 2022.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8788067/>

(65) **PubMed** : Article « A literature Update on Maternal-Fetal Attachment ». Partie “Mood state influence on MFA”. Par J. Alhusen. Article datant du 26 janvier 2011.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3027206/>

(66) **Summon** : Articles « A screening Questionnaire for mother-infant bonding disorder ». Par I. Brockington, J. Oates, S. George, D. Turner, P. Vostanis, M. Sullivan, C. Loh et C. Murdoch. Publié en Mars 2001.

<https://link-springer-com.lama.univ-amu.fr/article/10.1007/s007370170010>

(67) **Science Directe** : Article « Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants ». Partie 4, sous partie 5 « Multivariate analyses (hypothesis 3) ». Par D. F. Perry, A. K. Ettinger, T. Mendelson, H. Le. Article datant d'avril 2011.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25088531/>

Annexe 1 : Questionnaire « Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale EPDS (Français) », utilisé comme outil de dépistage de la dépression postnatale et de la dépression prénatale. (21)



### Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale EPDS (Français)

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui :

<b>Pendant la semaine qui vient de s'écouler ...</b>	<b>points</b>
<b>1. ... j'ai pu rire et prendre les choses du bon côté</b>	
<input type="checkbox"/> Aussi souvent que d'habitude.....	0
<input type="checkbox"/> Pas tout-à-fait autant.....	1
<input type="checkbox"/> vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci.....	2
<input type="checkbox"/> absolument pas.....	3
<b>2. ... je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir</b>	
<input type="checkbox"/> autant que d'habitude.....	0
<input type="checkbox"/> plutôt moins que d'habitude.....	1
<input type="checkbox"/> vraiment moins que d'habitude.....	2
<input type="checkbox"/> pratiquement pas.....	3
<b>3. ... je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal</b>	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, jamais.....	0
<b>4. ... je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs</b>	
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
<input type="checkbox"/> presque jamais.....	1
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	3
<b>5. ... je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons</b>	
<input type="checkbox"/> oui, vraiment souvent.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> non, pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
<b>6. ... j'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements</b>	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.....	2
<input type="checkbox"/> non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.....	1
<input type="checkbox"/> non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.....	0
<b>7. ... je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil</b>	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
<b>8. ... je me suis sentie triste ou peu heureuse</b>	
<input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> Oui, très souvent.....	2
<input type="checkbox"/> Pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> Non, pas du tout.....	0
<b>9. ... je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré</b>	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	2
<input type="checkbox"/> seulement de temps en temps.....	1
<input type="checkbox"/> Non, jamais.....	0
<b>10. ... il m'est arrivé de penser à me faire du mal</b>	
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	3
<input type="checkbox"/> parfois.....	2
<input type="checkbox"/> presque jamais.....	1
<input type="checkbox"/> jamais.....	0

**Comptez les points. Si vous avez un total de 10 points ou plus, contactez un/une spécialiste pour poser un diagnostic.**

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of

Association Dépression Postpartale Suisse  
Case postale 41 | 1096 Cully | Tél. 021 525 77 51  
info@depression-postpartale.ch | www.depression-postpartale.ch  
PC: 60-606252-7 | IBAN: CH82 0900 0000 6060 6252 7

Annexe 2: Questionnaire « Prenatal attachment inventory, par Müller en 1993 ; Traduction française par Jüngers et Levy-Rueff 2008 ». (32)

**Consigne :**

Les propositions qui suivent décrivent des pensées, sentiments ou situations que les femmes peuvent ressentir pendant leur grossesse.

Nous aimerions savoir ce que vous avez ressenti durant le mois qui vient de s'écouler.

Entourez le chiffre qui semble le plus adapté à votre expérience.

		1 = Presque jamais				3 = Souvent			
		2 = Parfois				4 = Presque toujours			
1.	Je me demande à quoi peut ressembler le bébé maintenant	1	2	3	4				
2.	Je m'imagine appeler le bébé par son prénom	1	2	3	4				
3.	Je trouve agréable de sentir le bébé bouger	1	2	3	4				
4.	Je pense que mon bébé a déjà une personnalité	1	2	3	4				
5.	Je laisse les autres poser leurs mains sur mon ventre pour sentir le bébé bouger	1	2	3	4				
6.	Je fais attention aux choses qui pourraient avoir une influence sur le bien-être du bébé	1	2	3	4				
7.	Je pense aux activités que je ferai avec mon bébé	1	2	3	4				
8.	Je décris aux autres ce que le bébé fait à l'intérieur de moi	1	2	3	4				
9.	J'imagine quelle partie du bébé je suis en train de toucher	1	2	3	4				
10.	Je sais quand le bébé est endormi	1	2	3	4				
11.	Je peux faire bouger mon bébé	1	2	3	4				
12.	J'achète ou je fabrique des choses destinées au bébé	1	2	3	4				
13.	Je ressens de l'amour pour mon bébé	1	2	3	4				
14.	J'essaie d'imaginer ce que le bébé est en train de faire à l'intérieur de moi	1	2	3	4				
15.	J'aime être assise avec les bras autour de mon ventre	1	2	3	4				
16.	Je rêve du bébé	1	2	3	4				
17.	Je sais pourquoi le bébé est en train de bouger	1	2	3	4				
18.	Je caresse le bébé à travers mon ventre	1	2	3	4				
19.	Il m'arrive de partager des confidences avec mon bébé	1	2	3	4				
20.	Je sais que le bébé peut m'entendre	1	2	3	4				
21.	Il m'arrive d'être très émue quand je pense au bébé	1	2	3	4				



## Maternal antenatal attachment scale

**These questions are about your thoughts and feelings about the developing baby. Please tick one box only in answer to each question.**

1. Over the past two weeks I have thought about, or been preoccupied with the baby inside me:

- Almost all the time
- Very frequently
- Frequently
- Occasionally
- Not at all

2. Over the past two weeks when I have spoken about, or thought about the baby inside me I got emotional feelings which were:

- Very weak or non-existent
- Fairly weak
- In between strong and weak
- Fairly strong
- Very strong

3. Over the past two weeks my feelings about the baby inside me have been:

- Very positive
- Mainly positive
- Mixed positive and negative
- Mainly negative
- Very negative

4. Over the past two weeks I have had the desire to read about or get information about the developing baby. This desire is:

- Very weak or non-existent
- Fairly weak
- Neither strong nor weak
- Moderately strong
- Very strong

5. Over the past two weeks I have been trying to picture in my mind what the developing baby actually looks like in my womb:

- Almost all the time
- Very frequently
- Frequently
- Occasionally
- Not at all

6. Over the past two weeks I think of the developing baby mostly as:

- A real little person with special characteristics
- A baby like any other baby
- A human being
- A living thing
- A thing not yet really alive

7. Over the past two weeks I have felt that the baby inside me is dependent on me for its well-being:

- Totally
- A great deal
- Moderately
- Slightly
- Not at all

8. Over the past two weeks I have found myself talking to my baby when I am alone

- Not at all
- Occasionally
- Frequently
- Very frequently
- Almost all the time I am alone

9. Over the past two weeks when I think about (or talk to) my baby inside me, my thoughts:

- Are always tender and loving
- Are mostly tender and loving
- Are a mixture of both tenderness and irritation
- Contain a fair bit of irritation
- Contain a lot of irritation

10. Over the past The picture in my mind of what the baby at this stage actually looks like inside the womb is:

- Very clear
- Fairly clear
- Fairly vague
- Very vague
- I have no idea at all

11. Over the past two weeks when I think about the baby inside me I get feelings which are:

- Very sad
- Moderately sad
- A mixture of happiness and sadness
- Moderately happy
- Very happy

12. Some pregnant women sometimes get so irritated by the baby inside them that they feel like they want to hurt it or punish it:

- I couldn't imagine I would ever feel like this
- I could imagine I might sometimes feel like this, but I never actually have
- I have felt like this once or twice myself
- I have occasionally felt like this myself
- I have often felt like this myself

13. Over the past two weeks I have felt

- Very emotionally distant from my baby
- Moderately emotionally distant from my baby
- Not particularly emotionally close to my baby
- Moderately close emotionally to my baby
- Very close emotionally to my baby

14. Over the past two weeks I have taken care with what I eat to make sure the baby gets a good diet:

- Not at all
- Once or twice when I ate
- Occasionally when I ate
- Quite often when I ate
- Every time I ate

15. When I first see my baby after the birth I expect I will feel:

- Intense affection
- Mostly affection
- Dislike about one or two aspects of the baby
- Dislike about quite a few aspects of the baby
- Mostly dislike

16. When my baby is born I would like to hold the baby:

- Immediately
- After it has been wrapped in a blanket
- After it has been washed
- After a few hours for things to settle down
- The next day

17. Over the past two weeks I have had dreams about the pregnancy or baby:

- Not at all
- Occasionally
- Frequently
- Very frequently
- Almost every night

18. Over the past two weeks I have found myself feeling, or rubbing with my hand, the outside of my stomach where the baby is:

- A lot of times each day
- At least once per day
- Occasionally
- Once only
- Not at all

19. If the pregnancy was lost at this time (due to miscarriage or other accidental event) without any pain or injury to myself, I expect I would feel:

- Very pleased
- Moderately pleased
- Neutral (ie neither sad nor pleased; or mixed feelings)
- Moderately sad
- Very sad

Annexe 4 : Questionnaire « Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS) », traduction anglaise. (36)

Please respond to the following items about yourself and the baby you are expecting. There are no right or wrong answers. Your first impression is usually the best reflection of your feelings.  
(Make sure you mark only one answer per sentence.)

I think or do the following:	Definitely yes	Yes	Uncertain	No	Definitely no
1. I talk to my unborn baby.	_____	_____	_____	_____	_____
2. I feel all the trouble of being pregnant is worth it.	_____	_____	_____	_____	_____
3. I enjoy watching my tummy jiggle as the baby kicks inside.	_____	_____	_____	_____	_____
4. I picture myself feeding the baby.	_____	_____	_____	_____	_____
5. I am really looking forward to seeing what the baby looks like.	_____	_____	_____	_____	_____
6. I wonder if the baby feels cramped in there.	_____	_____	_____	_____	_____
7. I refer to my baby by a nickname.	_____	_____	_____	_____	_____
8. I imagine myself taking care of the baby.	_____	_____	_____	_____	_____
9. I can almost guess what my baby's personality will be from the way she/he moves around.	_____	_____	_____	_____	_____
10. I have decided on a name for a girl baby.	_____	_____	_____	_____	_____
11. I do things to try to stay healthy that I would not do if I were not pregnant.	_____	_____	_____	_____	_____
12. I wonder if the baby can hear inside of me.	_____	_____	_____	_____	_____
13. I have decided on a name for a baby boy.	_____	_____	_____	_____	_____
14. I wonder if the baby thinks and feels inside of me.	_____	_____	_____	_____	_____
15. I eat meat and vegetables to be sure my baby gets a good diet.	_____	_____	_____	_____	_____
16. It seems my baby kicks and moves to tell me it's eating time.	_____	_____	_____	_____	_____
17. I poke the baby to get him/her to poke back.	_____	_____	_____	_____	_____
18. I can hardly wait to hold the baby.	_____	_____	_____	_____	_____
19. I try to picture what the baby will look like.	_____	_____	_____	_____	_____
20. I stroke my tummy to quiet the baby when there is too much kicking.	_____	_____	_____	_____	_____
21. I can tell the baby has hiccoughs.	_____	_____	_____	_____	_____
22. I feel my body is ugly.	_____	_____	_____	_____	_____
23. I give up doing certain things because I want to help my baby.	_____	_____	_____	_____	_____
24. I grasp my baby's foot through my tummy to move it around.	_____	_____	_____	_____	_____

Annexe 5 : Questionnaire « Mother-to-infant Bonding Scale (MIBS), traduction française de l'auto-questionnaire et évaluation du lien mère-nouveau-né en maternité. » (37)

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé	0	1	2	3
Sentiment d'en vouloir à mon bébé	3	2	1	0
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion	3	2	1	0
Joie	0	1	2	3
Sentiment de ne pas être attirée par mon bébé	3	2	1	0
Protectrice	0	1	2	3
Déçue	3	2	1	0
Aggressive	3	2	1	0

*Note d'accompagnement.* Ces questions concernent vos sentiments pour votre enfant depuis qu'il est né. Quelques adjectifs sont listés ci-dessus qui décrivent quelques-uns des sentiments que les mères ont envers leur bébé durant les premières semaines qui suivent la naissance. Faites une croix en face de chaque mot, dans la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie depuis la naissance de votre bébé.

Annexe 6 : Questionnaire « Postpartum Bonding questionnaire (PBQ) ». Traduction française du questionnaire en 22 items. (38)

1. Je me sens proche de mon bébé	0	1	2	3	4	5
2. Je souhaiterais que les temps où je n'avais pas de bébé puissent revenir	0	1	2	3	4	5
3. Je me sens distante de mon bébé	0	1	2	3	4	5
4. J'aime faire des câlins à mon bébé	0	1	2	3	4	5
5. Je regrette d'avoir eu ce bébé	0	1	2	3	4	5
6. Le bébé ne semble pas être le mien	0	1	2	3	4	5
7. Mon bébé me tape sur les nerfs	0	1	2	3	4	5
8. Mon bébé m'irrite	0	1	2	3	4	5
9. J'aime mon bébé à la folie	0	1	2	3	4	5
10. J'aime jouer avec mon bébé	0	1	2	3	4	5
11. Mon bébé crie trop	0	1	2	3	4	5
12. Je me sens prise au piège en tant que mère	0	1	2	3	4	5
13. Je suis en colère contre mon bébé	0	1	2	3	4	5
14. J'en veux à mon bébé	0	1	2	3	4	5
15. Mon bébé est le plus beau bébé du monde	0	1	2	3	4	5
16. Je souhaiterais que mon bébé s'en aille d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3	4	5
17. Mon bébé me rend anxieuse	0	1	2	3	4	5
18. J'ai peur de mon bébé	0	1	2	3	4	5
19. Mon bébé m'agace	0	1	2	3	4	5
20. Je pense que la seule solution est que quelqu'un d'autre prenne soin de mon bébé	0	1	2	3	4	5
21. J'ai envie de faire du mal à mon bébé	0	1	2	3	4	5
22. Mon bébé est facilement consolé	0	1	2	3	4	5

Annexe 7 : Tableaux récapitulatifs des données des 20 articles inclus à notre recherche.

<u>Texte n° 1</u> : Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding	
Date / type	Article datant de Septembre 2006 / Étude longitudinale descriptive
Auteurs	E. Moehler, R. Brunner, U. Wiebel, C. Resch
Qualité des auteurs	Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Pays	Allemagne
Population	<p><u>Nombre et genre</u> : 101 paires mère-enfant</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mère volontaire en bonne santé</li> <li>- Grossesse unique</li> <li>- Accouchement à terme</li> <li>- Poids du nourrisson &gt; 2500g</li> <li>- Score Apgar à la naissance &gt; 7</li> <li>- Bonne santé du nourrisson attestée lors des visites postnatales</li> <li>- Consentement écrit éclairé</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité à parler et lire allemand</li> <li>- Consommation de drogue ou de médicaments présentant un risque pour le fœtus</li> <li>- Consommation cigarette &gt; 5/j</li> <li>- Consommation d'alcool pendant la grossesse</li> </ul>
Intervention	La psychopathologie générale de la mère et le lien mère-enfant ont été évalués à deux semaines, deux mois, quatre mois et quatorze mois après la naissance. <u>Questionnaire EPDS</u> et <u>questionnaire PBQ</u> remplis à ces quatre moments.
Critères de jugements et leurs outils	<p><b><u>Dépression</u></b> par le questionnaire EPDS</p> <p><b><u>Attachement mère-enfant</u></b> par le questionnaire PBQ</p>



<u>Texte n° 2</u> : Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk	
Date / type	Article datant d'Avril 2008 / Étude descriptive
Auteurs	A. Brandon, M. Trivedi, L. Hynan, P. Miltenberger, D. Broussard Labat, J. Rifkin et C. A. Stringer
Qualité des auteurs	Centre médical du Sud-Ouest de l'université du Texas à Dallas Centre médical de l'université Baylor
Pays	États-Unis
Population	<p><u>Nombre et genre</u> : 129 femmes dont 57 femmes ont obtenu un score EPDS &gt; 11 et 25 répondaient aux critères du DSM-IV pour le trouble dépressif majeur.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes anglophones et hispanophones enceintes</li> <li>- Hospitalisation dans l'unité « antepartum » du Baylor University Medical Center pour des complications obstétricales graves</li> <li>- Consentement éclairé</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme atteinte de troubles cognitifs, activement suicidaire, meutrière ou psychotique</li> <li>- Femme dans l'incapacité de communiquer en anglais ou en espagnol</li> <li>- Patiente avec une durée d'hospitalisation &lt; 72h</li> <li>- État de santé préoccupant (insuffisance rénale ou hépatique terminales)</li> <li>- Mère porteuse</li> </ul>
Intervention	<p>Femmes hospitalisées pour complications obstétricales graves entre 7 et 38 semaines de grossesse. Questionnaires distribués et remplis, mettant en lumière que 44,2% de ces femmes présentaient des symptômes dépressifs cliniquement significatifs.</p> <p><u>Questionnaire EPDS</u></p> <p><u>Questionnaire MAAS</u></p>
Critères de jugements et leurs outils	<p><u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS</p> <p><u>Attachement fœto-maternel</u> par les questionnaires MAAS</p>

<u>Texte n° 3</u> : Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant : 3 months before and 3 months after	
Date / type	Article datant du 4 Mars 2009 / Étude longitudinale descriptive
Auteurs	B. Figueiredo et R. Costa
Qualité des auteurs	Département psychologie
Pays	Portugal
Population	<p><u>Nombre et genre</u> : 91 femmes</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme primipare</li> <li>- Sélection dans unité ambulatoire d'obstétrique de Porto (Portugal)</li> <li>- Consentement éclairé</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité de la femme à lire / écrire le Portugais</li> <li>- Grossesse multiples</li> </ul>
Intervention	<p>Femmes ayant répondu aux questionnaires 3 mois avant l'accouchement et 3 mois après l'accouchement.</p> <p><u>Questionnaire EPDS</u></p> <p><u>Questionnaire « échelle de liaison »</u> qui est une version portugaise validée de la MIBS.</p>
Critères de jugements et leurs outils	<p><b><u>Dépression</u></b> par le questionnaire EPDS</p> <p><b><u>Attachement fœto-maternel et mère-enfant</u></b> par le questionnaire « échelle de liaison » qui évalue l'attachement positif, négatif et « pas clair » en pré et post-partum.</p>

<u>Texte n° 4</u> : Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward	
Date / type	Article datant d'Avril 2011 / Étude prospective
Auteurs	M. Bienfait, M. Maury, A. Haquet, J. Faillie, N. Franc, C. Combes, H. Daudé, J. C. Picaud, A. Rideau, G. Cambonie
Qualité des auteurs	Service de néonatalogie Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Service de biostatistique
Pays	France
Population	<u>Nombre et genre</u> : 78 mères accouchées > 48h  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme accouchée dans la maternité partenaire (CHU Montpellier)</li> <li>- Accouchement &gt; 48h</li> <li>- Hospitalisation avec leur nouveau-né dans l'unité de soins néonataux</li> <li>- Consentement éclairé écrit des deux parents</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus d'un des parents de participer</li> <li>- Incapacité du couple à lire les documents dans la langue Française</li> <li>- Accouchement &lt; 48h</li> </ul>
Intervention	Questionnaires remplis en 24h à partir des 48h post-partum suivi d'un entretien avec un pédopsychiatre. <u>Questionnaire MIBS</u> <u>Questionnaire EPDS</u>
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement mère-enfant</u> par les questionnaires MIBS

<u>Texte n° 5</u> : Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mother's emotional tie to their infants 2-3 months postpartum : a population-based study from rural Bangladesh	
Date / type	Article datant du 28 Mai 2011 / Étude de cohorte longitudinale
Auteurs	M. Edhborg, H. Nasreen et Z. Nahar Kabir
Qualité des auteurs	Département de neurobiologie
Pays	Bangladesh
Population	<u>Nombre et genre</u> : 672 femmes enceintes  <u>Critères d'inclusion</u> : Non renseignés pour cet article.  <u>Critères d'exclusion</u> : Non renseignés pour cet article.
Intervention	4 sous-groupes formés en fonction du score EPDS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe 1 : femmes avec score EPDS &lt; 10 reflétant une bonne santé mentale.</li> <li>- Groupe 2 : femmes avec score EPDS ≥ 10 présentant quelques symptômes dépressifs et anxieux.</li> <li>- Groupe 3 : : femmes avec score EPDS ≥ 10 présentant quelques symptômes dépressifs mais pas anxieux.</li> <li>- Groupe 4 : femmes avec score EPDS &lt; 10 reflétant l'absence de symptômes dépressifs mais présentant des symptômes anxieux.</li> </ul> <u>Questionnaire PAI</u> rempli au cours du troisième trimestre de grossesse <u>Questionnaire EPDS</u> rempli 2 à 3 mois après l'accouchement <u>Questionnaire PBQ</u> rempli 2 à 3 mois après l'accouchement
Critères de jugements et leurs outils	<b><u>Dépression</u></b> par le questionnaire EPDS <b><u>Attachement fœto-maternel</u></b> par le questionnaire PAI <b><u>Attachement mère-enfant</u></b> par le questionnaire PBQ

<u>Texte n° 6</u> : The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first time mothers.	
Date / type	Article datant du 22 Mars 2012 / Étude prospective
Auteurs	T. W. Goecke, F. Voigt, F. Faschingbauer, G. Spangler, M. W. Beckmann et A. Beetz
Qualité des auteurs	Département d'obstétrique et de gynécologie Département de psychologie Institut d'éducation spécialisé, de développement et de réhabilitation
Pays	Allemagne
Population	<u>Nombre et genre</u> : 161 femmes dont 42 femmes dans le groupe intervention (souffrant de symptômes dépressifs légers, moyens ou sévères pendant la grossesse) et 119 femmes dans le groupe contrôle (ne souffrant pas de symptômes dépressifs pendant la grossesse).  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primipare sans facteurs de risques spécifiques</li> <li>- &gt;32 semaines de grossesse</li> <li>- Consentement recueilli</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge (&lt;18 ans ou &gt;40 ans)</li> <li>- Fausses couches précoces ou tardives (&gt;22SA)</li> <li>- Médecine via la médecine reproductive</li> <li>- Malformations fœtales graves</li> <li>- Troubles mentaux diagnostiqués psychiatriquement et/ou médicaments antipsychotiques</li> <li>- Épilepsie</li> <li>- Perte de membres de la famille / d'amis au cours des 6 derniers mois</li> </ul>
Intervention	Collecte de données au cours du troisième trimestre, appelé temps d'évaluation (t1), MAAS distribué à ce moment. EPDS administré par téléphone à 3 semaines (t2), 6 mois (t3) et 18 mois (t4) après la naissance. <u>Questionnaires EPDS et MAAS</u>
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement fœto-maternel</u> par le questionnaire MAAS

<u>Texte n° 7</u> : Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment	
Date / type	Article datant du 13 Février 2014 / Étude prospective
Auteurs	H. Ohoka, T. Koide, S. Goto, S. Murase, A. Kanai, T. Masuda, B. Aleksic, N. Ishikawa, K. Furumura et N. Ozaki
Qualité des auteurs	Département de psychiatrie École supérieure de droit Université Sugiyama Jokakuen
Pays	Japon
Population	<u>Nombre et genre</u> : 388 femmes enceintes dont 106 présentant une symptomatologie dépressive  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme avec suivi de grossesse dans deux hôpitaux partenaires de l'étude à Nagoya (Japon)</li> <li>- Consentement éclairé</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire avec valeurs aberrantes extrêmes</li> </ul>
Intervention	Échantillon total divisé en 4 groupes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe non dépressif (score EPDS &lt; 8-9)</li> <li>- Groupe dépressif gestationnel temporaire (score EPDS &gt; 8-9 uniquement pendant la grossesse)</li> <li>- Groupe dépressif continu (score EPDS &gt; 8-9 pendant la grossesse et après l'accouchement)</li> <li>- Groupe dépressif post-partum (score EPDS &gt;8-9 après l'accouchement)</li> </ul> <u>Questionnaires EPDS et MIBS</u> remplis à quatre moments : au début de la grossesse (< 25 semaines), en fin de grossesse (36 semaines environ), à 5 jours après la naissance et à 1 mois après la naissance.
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement fœto-maternel et mère-enfant</u> par le questionnaire MIBS

<u>Texte n° 8</u> : Examen des propriétés psychométriques de la traduction française de la Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)	
Date / type	Article datant de Février 2015 / Étude descriptive
Auteurs	A. Denis, S. Callahan, M. Bouvard
Qualité des auteurs	Département de psychologie Centre d'études et de recherches en psychopathologie Laboratoire de psychologie et neurocognition
Pays	France
Population	<u>Nombre et genre</u> : 117 primipares dans leur troisième trimestre de grossesse  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme majeure</li> <li>- Compréhension et communication parfaite en français</li> <li>- Être enceinte de son premier enfant</li> <li>- &gt; 32 SA</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : Non renseignés pour cette étude
Intervention	Deux recueils de population : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Via internet (n = 82)</li> <li>- Via les cabinets de sages-femmes / PMI (n = 35)</li> </ul> <u>Questionnaires EPDS, MAAS et PAI</u>
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement fœto-maternel</u> par les questionnaires MAAS et PAI

<u>Texte n° 9</u> : Postpartum bonding : the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy	
Date / type	Article datant d'Avril 2017 / Étude prospective
Auteurs	S. Dubber, C. Reck, M. Müller, S. Gawlik
Qualité des auteurs	Centre de médecine psychosociale Département de psychologie Département d'obstétrique et de gynécologie
Pays	Allemagne
Population	<u>Nombre et genre</u> : 80 femmes sur l'échantillon final  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme enceinte &lt;32 semaines de gestation (SG)</li> <li>- Femme suivie à l'hôpital universitaire de Heidelberg (Allemagne)</li> <li>- Consentement éclairé</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme mineure (&lt;18 ans)</li> <li>- Grossesse multiple</li> <li>- Troubles médicaux graves</li> <li>- Incapacité de communiquer en allemand</li> </ul>
Intervention	Questionnaires distribués en deux temps. En premier temps, questionnaires distribués et retournés à environ 32 SG puis dans un deuxième temps 3 mois après l'accouchement (12 semaines après). <u>Questionnaire EPDS</u> distribué et rempli à 32 SG et à 12 semaines après l'accouchement <u>Questionnaire MFAS</u> distribué et rempli à 32 SG <u>Questionnaire PBQ</u> distribué et rempli 12 semaines après l'accouchement
Critères de jugements et leurs outils	<b><u>Dépression</u></b> par le questionnaire EPDS <b><u>Attachement fœto-maternel</u></b> par le questionnaire MFAS <b><u>Attachement mère-enfant</u></b> par le questionnaire PBQ



<u>Texte n° 10</u> : Discrete category of mother-to-infant bonding disorder and its identification by the Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) : a study in Japanese mothers of a 1-month-old	
Date / type	Article datant de Août 2017 / Étude transversale descriptive
Auteurs	A. Matsunaga, F. Takauma, K. Tada, T. Kitamura
Qualité des auteurs	Département de réadaptation psychiatrique Département de psychiatrie Hôpital universitaire d'Okayama
Pays	Japon
Population	<u>Nombre et genre</u> : 723 femmes  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme accouchée</li> <li>- Accouchement dans service d'obstétrique et de gynécologie d'un hôpital général ou 4 cliniques prénatales situées à Okayama (Japon)</li> <li>- Accouchement &lt; 6mois dans un de ces établissements</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : Non renseignées dans cette étude
Intervention	Données recueillis en deux vagues : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vague 1 (5 jours après l'accouchement) : questions sur le lien mère-enfant et questions d'ordre psychosociales.</li> <li>- Vague 2 (1 mois après accouchement) : questions sur le lien mère-enfant, la dépression postnatale et la maltraitance néonatale.</li> </ul> Échantillon total classé par grappe : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grappe 1 (n = 619)</li> <li>- Grappe 2 (n = 104) : Contenant plus de femmes ressentant un manque d'affection, un sentiment de colère ou de rejet. Score EPDS et sous échelles violence psychologique plus élevées dans ce groupe.</li> </ul> <u>Questionnaire MIBS</u> utilisé lors de la vague 1 et 2. <u>Questionnaire EPDS</u> utilisé lors de la vague 2.
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement mère-enfant</u> par le questionnaire MIBS

<u>Texte n° 11</u> : Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles : the mediating role of postpartum depression and childbirth-related post-traumatic stress disorder (PTSD)	
Date / type	Article datant du 27 Février 2018 / Étude longitudinale descriptive
Auteurs	I. Hairston, J. Handelzalts, C. Assis, M. Kovo
Qualité des auteurs	Département de psychiatrie d'Israël École des sciences du comportement
Pays	Israël
Population	<u>Nombre et genre</u> : 114 mères de nourrissons âgés de 4 à 12 semaines de vie  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme ayant accouché dans la maternité du centre médical Edith Wolfson (Israël)</li> <li>- Consentement éclairé</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naissance ≤ 32 semaines de grossesse</li> <li>- Nourrisson atteint de maladie chronique</li> <li>- Réponses déraisonnables aux questionnaires</li> <li>- Enfants âgés &gt; 12 semaines de vie</li> </ul>
Intervention	Questionnaires distribués et remplis entre 4 et 12 semaines après l'accouchement chez des femmes accouchées sans facteurs de risques. <u>Questionnaire EPDS</u> en version hébraïque <u>Questionnaire PBQ</u> en version hébraïque
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par la version hébraïque du questionnaire EPDS <u>Attachement mère-enfant</u> par la version hébraïque du questionnaire PBQ

<u>Texte n° 12</u> : The relationship of maternal-Fetal attachment and postpartum depression : a longitudinal study	
Date / type	Article datant d'Avril 2018 / Étude longitudinale descriptive
Auteurs	M. Delavari, S. Charandabi et M. Mirghafourvand
Qualité des auteurs	Département de sage-femme Faculté des sciences infirmières et sages-femmes Centre de recherche sur les déterminants sociaux de la santé
Pays	Iran
Population	<u>Nombre et genre</u> : 242 femmes enceintes  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volonté de participer à l'étude</li> <li>- Primiparité</li> <li>- Âge gestationnel de 32 à 37 semaines de gestation</li> <li>- Niveau d'étude secondaire inférieur ou supérieur</li> <li>- Inexistence de troubles mentaux ou de dépression avant la grossesse</li> <li>- Résider à Tabriz (Iran)</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Score &gt; 12 sur l'EPDS</li> <li>- Survenue d'événements stressants pendant la grossesse (décès de proches, séparation avec le conjoint)</li> <li>- Grossesse à haut risque (diabète, hypertension, pathologies hépatiques ou rénales)</li> <li>- Anomalies fœtales</li> <li>- Grossesse multiple</li> <li>- Décès du fœtus ou de l'enfant pendant l'étude</li> </ul>
Intervention	<u>Questionnaire MFAS</u> rempli entre la 32 <sup>ème</sup> et la 37 <sup>ème</sup> semaine de gestation <u>Questionnaire EPDS</u> rempli lors d'une réunion de suivi dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement
Critères de jugements et leurs outils	<b>Dépression</b> par le questionnaire EPDS <b>Attachement fœto-maternel</b> par le questionnaire MFAS

<u>Texte n° 13</u> : Risks factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old : a longitudinal population based study from Japan	
Date / type	Article datant du 8 Mars 2019 / Étude longitudinale descriptive
Auteurs	M. Nakano, S. Upadhyaya, R. Chudal, N. Skokauskas, T. Luntamo, A. Sourander et H. Kaneko
Qualité des auteurs	École supérieure d'éducation et de développement humain Centre de recherche en pédopsychiatrie Centre pour la santé mentale et la protection de l'enfance des enfants et des adolescents Centre de soutien psychologique et de recherche pour le développement humain
Pays	Japon
Population	<u>Nombre et genre</u> : 1060 mères accouchées ≈ 39 semaines. <u>Critères d'inclusion</u> : - Femme accouchée >3 mois - Accouchement dans la ville de Hekinan (Japon) <u>Critères d'exclusion</u> : - Accouchement gémellaire - Femme non Japonaise - Femme n'ayant pas rempli le questionnaire PBQ
Intervention	L'état de santé des mères a été évalué à quatre moments : - Au premier trimestre de grossesse avec le formulaire de notification de la grossesse - 2 semaines après l'accouchement avec le formulaire d'enregistrement du nourrisson - 1 mois après l'accouchement par des visites à domicile - 3 mois après l'accouchement par un rendez-vous dans un centre public pour le bilan de santé du nourrisson Échantillon total subdivisé en 3 groupes en fonction du niveau d'altération du lien maternel : niveau élevé (n = 35), niveau modéré (n = 116), niveau faible (n = 909). <u>Questionnaire EPDS</u> rempli 1 mois après l'accouchement <u>Questionnaire PBQ</u> rempli 3 mois après m'accouchement
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement fœto-maternel</u> par les questionnaires PBQ

<b>Texte n° 14 : A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity</b>	
Date / type	Article datant du 15 Mai 2020 / Étude comparative randomisée de faible puissance
Auteurs	J. Alhusen, M. Hayat et L. Borg
Qualité des auteurs	École d'infirmière de l'université de Virginie
Pays	États-Unis
Population	<p><u>Nombre et genre</u> : 60 femmes enceinte présentant des symptômes dépressifs</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes anglophones</li> <li>- &lt; 12 semaines de gestation à l'inscription</li> <li>- Âge &gt; 16 ans</li> <li>- Symptomatologie dépressive modérée à sévère (EPDS &gt; 12)</li> <li>- Consentement éclairé</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement pharmacologique ou psychologique en cours</li> <li>- Diagnostic antérieur de trouble psychiatrique majeur (trouble bipolaire, schizophrénie)</li> <li>- Problème de santé chronique</li> </ul>
Intervention	<p>Intervention réalisée entre 22 et 32 SG, basée sur la TCC, appelée « cours mère-bébé » utilisée pour diminuer le risque de dépression périnatale.</p> <p>Intervention scindée en 6 sessions de 2h. Chaque session de cette intervention réunissait un thème, des sujets de discussion spécifiques au thème ainsi que des projets personnels mis en place suite à ces séances. Pour l'étude, 30 femmes ont suivi l'intervention expliquée ci-dessus et les 30 autres femmes ont eu recours aux soins habituels.</p> <p><u>Questionnaire EPDS</u> rempli entre 9-12 SG, à 36 SG et 12 semaines PP.</p> <p><u>Questionnaire MFAS</u> rempli à 36 semaines de gestation</p>
Critères de jugements et leurs outils	<p><b>Dépression</b> par le questionnaire EPDS</p> <p><b>Attachement fœto-maternel</b> par les questionnaires MFAS</p>

<u>Texte n° 15</u> : Mother-to-Infant Bonding in women with postpartum psychosis and severe postpartum depression : a clinical cohort study	
Date / type	Article datant du 19 Juillet 2020 / Étude de cohorte prospective
Auteurs	J. Gilden, N. Molenaar, A. Smit, W. Hoogendijk, A. S. Rommel, A. Kamperman et V. Bergink
Qualité des auteurs	Département de psychiatrie Institut de recherche épidémiologique et sociale en psychiatrie Département d'obstétrique, de gynécologie et des sciences de la reproduction
Pays	Pays Bas
Population	<u>Nombre et genre</u> : 155 femmes souffrant d'un trouble de l'humeur post partum sévère dont 64 femmes ont reçu un diagnostic de dépression post-partum.  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme âgée de 18 à 45 ans</li> <li>- Début de psychose du post-partum, de manie ou dépression sévère</li> <li>- Admise en MBU (Unité Mère-Bébé)</li> <li>- Consentement écrit</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apparition prénatale d'une psychose, d'une manie ou d'une dépression sévère</li> <li>- Dépendance à l'alcool / drogue au cours des 3 derniers mois</li> <li>- Déficience intellectuelle (QI &lt; 80)</li> <li>- Maladie somatique grave</li> <li>- Incapacité à lire ou à écrire</li> </ul>
Intervention	Les dyades mère-enfant étaient hospitalisées en unité mère bébé (MBU). La mère était placée sous traitement pharmacologique et recevait aussi une intervention non pharmacologique afin d'optimiser le lien avec son nourrisson. Questionnaires remplis chaque semaine par les femmes pendant leur hospitalisation. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 semaines environ. <u>Questionnaire EPDS</u> <u>Questionnaire PBQ</u>
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement mère-enfant</u> par le questionnaire PBQ

<u>Texte n° 16</u> : Prenatal depression in women in the third trimester : prevalence, predictive factors, and relationship with maternal-fetal attachment	
Date / type	Article datant du 26 Janvier 2021 / Étude comparative non randomisée bien menée
Auteurs	L. Zhang, L. Wang, S. Cui, Q. Yuan, C. Huang et X. Zhou
Qualité des auteurs	École de la santé mentale et des sciences psychologiques Hôpital Chaohu
Pays	Chine
Population	<p><u>Nombre et genre</u> : 340 femmes enceintes dont 65 d'entre elles souffrant de dépression prénatale.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme enceinte dans son troisième trimestre de grossesse</li> <li>- Âgée de 18 à 40 ans</li> <li>- Grossesse unique</li> <li>- Grossesse suivie à l'hôpital de Chaohu (Chine)</li> <li>- Consentement éclairé</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents de troubles mentaux</li> <li>- Grossesse à risque</li> <li>- Antécédents de fausse couche</li> <li>- Questionnaires incomplets ou invalides</li> </ul>
Intervention	<u>Questionnaire EPDS</u> <u>Questionnaire MAAS</u>
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement fœto-maternel</u> par le questionnaire MAAS

<u>Texte n° 17</u> : The mediating role of prenatal depression in adult attachment and maternal-fetal attachment in primigravida in the third trimester	
Date / type	Article datant du 16 Avril 2021 / Étude transversale
Auteurs	L. Zhang, L. Wang, Q. Yuan, C. Huang, S. Zhang et X. Zhou
Qualité des auteurs	École de santé mentale et des sciences psychologiques Hôpital Chaohu
Pays	Chine
Population	<u>Nombre et genre</u> : 260 femmes enceintes  <u>Critères d'inclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme enceinte âgée de 18 à 45 ans</li> <li>- Primigeste</li> <li>- Âge gestationnel de 28 à 40 semaines de grossesse</li> <li>- Suivi de grossesse à l'hôpital universitaire de Chaohu (Chine)</li> <li>- Grossesse unique</li> <li>- Consentement éclairé</li> </ul> <u>Critères d'exclusion</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédent de maladie mentale</li> <li>- Grossesse à haut risque</li> <li>- Antécédent de fausse couche</li> </ul>
Intervention	Questionnaires remplis une fois par femme enceinte entre la 28 <sup>ème</sup> et la 40 <sup>ème</sup> semaine de grossesse. <u>Questionnaire EPDS</u> en version chinoise validée <u>Questionnaire MAAS</u>
Critères de jugements et leurs outils	<u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS <u>Attachement fœto-maternel</u> par les questionnaires MAAS



<u>Texte n° 18</u> : Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth	
Date / type	Article datant du 25 Janvier 2022 / Étude longitudinale descriptive
Auteurs	I. Hildingsson et C. Rubertsson
Qualité des auteurs	Département de la santé des femmes et des enfants
Pays	Suède
Population	<p><u>Nombre et genre</u> : 172 femmes enceintes</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femme ayant peur de l'accouchement</li> <li>- Suivi Hôpital universitaire et deux hôpitaux de référence en Suède</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion</u> : Non renseignés pour cette étude</p>
Intervention	<p>Questionnaires distribués et remplis en trois temps. En premier temps, questionnaires distribués et retournés au milieu de la grossesse (<math>\approx</math> 25 SG), dans un deuxième temps en fin de grossesse (<math>\approx</math> 36 SG) et dans un troisième temps 2 mois après l'accouchement.</p> <p><u>Questionnaire EPDS</u> : Les symptômes dépressifs sont évalués à deux reprises, au milieu de la grossesse et 2 mois après l'accouchement.</p> <p><u>Questionnaire PAI-R</u> (une version révisée de la PAI) distribué et rempli en fin de grossesse</p> <p><u>Questionnaire PBQ</u> distribué et rempli 2 mois après l'accouchement</p>
Critères de jugements et leurs outils	<p><u>Dépression</u> par le questionnaire EPDS</p> <p><u>Attachement fœto-maternel</u> par le questionnaire PAI</p> <p><u>Attachement mère-enfant</u> par le questionnaire PBQ</p>



## Résumé

Introduction : La grossesse est un état de la vulnérabilité particulier marquée par le phénomène de la transparence psychique. Celle-ci représente un bouleversement dans la vie d'une femme, notamment chez les femmes souffrant de troubles dépressifs. Les troubles dépressifs peuvent provoquer, à une forte intensité, une extinction partielle ou totale de la réponse maternelle envers son nourrisson, entraînant à terme un développement psychique perturbé. De plus, ces symptômes dépressifs pourraient entraîner, pendant la grossesse et le post-partum, des altérations de l'attachement materno-fœtal et mère-enfant. Objectifs : Apprécier l'intérêt de l'utilisation des outils psychométriques dans le dépistage des troubles de l'attachement chez les femmes souffrant de dépression périnatale. Matériel et méthode : Nos recherches, basées sur les bases de données PubMed et Summon, ont permis l'étude de l'attachement prénatal et postnatal chez les femmes souffrant de dépression. Pour ce fait, l'équation de recherche « (antenatal depression and attachment and scale) OR (postpartum depression and attachment and scale) » a été utilisée. Résultats : Une corrélation positive a pu être mise en évidence entre l'intensité des symptômes dépressifs, l'attachement materno-fœtal et l'attachement mère-enfant. Conclusion : L'utilisation des outils psychométriques pourrait s'avérer être intéressante chez les femmes présentant des facteurs de risques de trouble de l'attachement.

**Mots clés** : Attachement, dépression anténatale, dépression postnatale, échelles.

## Abstract

Introduction: Pregnancy is a particular state of vulnerability marked by the phenomenon of psychic transparency. It represents an upheaval in a woman's life, especially for women suffering from depressive disorders. Depressive disorders can cause, at a high intensity, a partial or total extinction of the maternal response towards her infant, leading to a disturbed psychic development. In addition, these depressive symptoms could lead, during pregnancy and postpartum, to alterations in maternal-fetal and mother-infant attachment. Objectives: To assess the value of using psychometric tools in screening for attachment disorders in women with perinatal depression. Material and method: Our research, based on the PubMed and Summon databases, allowed the study of prenatal and postnatal attachment in women suffering from depression. For this purpose, the search equation "(antenatal depression and attachment and scale) OR (postpartum depression and attachment and scale)" was used. Results: A positive correlation was found between the intensity of depressive symptoms, maternal-fetal attachment and mother-infant attachment. Conclusion: The use of psychometric tools could be interesting in women with risk factors for attachment disorders.

**Key words** : Attachment, antenatal depression, postnatal depression, scale.