

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 1999



THESE N°

137/1

Troubles psychiques de la puerpéralité :
évaluation de son retentissement sur la relation mère-bébé
(étude prospective sur 95 cas)

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 1999

PAR

Nariman BALOUTCH

Né le 08 juin 1964 à Suresnes

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. Le Professeur **LEGER Jean-Marie**

Président

PAR ORDRE ALPHABETIQUE

M. Le Professeur **BAUDET Jean**

Juge

M. Le Professeur **GAROUX Roger**

Juge

Mme Le Docteur **RAINELLI Christine**

Membre invité

Mme Le Docteur **SOUCHAUD Fabienne**

Membre invité



UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

*C.S = Chef de Service

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (C~S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (C~S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C~S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C~S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C~S)	PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CATANZANO Gilbert	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C~S)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure <C.S>	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C~S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre <C.S>	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	NEUROLOGIE
DUMAS Miche (C.S>	UROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION MEDICALE
GAI NANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roaer (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger	REANIMATION MEDICALE
HUGON Jacques (C.S)	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MELLONI Bons	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PECOUT Claude (C~S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C~S)	H EPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

PIVA Claude (C.S)
 PRALORAN Vincent (C.S)
 RAVON Robert (C.S)
 RIGAUD Michel (C.S)
 ROUSSEAU Jacques (C.S)
 SALLE Jean-Yves
 SAUTEREAU Denis
 SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
 TABASTE Jean-Louis
 TREVES Richard (C.S)
 TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
 VALLAT Jean-Michel
 VALLEIX Denis
 VANDROUX Jean-Claude (C.S)
 VERGNENEGRE Alain
 VIDAL Elisabeth (C.S)
 VIGNON Philippe
 VIROT Patrice (C.S)
 WEINBRECK Pierre (C.S)

MEDECINE LEGALE
 HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
 NEUROCHIRURGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 H EPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES

MAÎTRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A Valérie pour son amour

A Bijan qui m'a accompagné tout au long de ce travail, surtout à deux heures du matin

A mes parents qui ont toujours cru en mes capacités, qui m'ont enseigné le sens du partage et de la
famille

A Nima pour tous les moments partagés, passés, présents et à venir

A tous mes amis, ma seconde famille

A tout le personnel médical du secteur I qui m'a formé à la psychiatrie et m'a soutenu tout au long de ma
thèse, merci en particulier à Michèle et à Chantal

A toute l'équipe de la crèche thérapeutique qui a su donner gentiment de son temps

Monsieur le Professeur **Léger**,

Professeur des Universités de psychiatrie d'adultes

Psychiatre des hôpitaux

Chef de service

Vous nous avez initiés à la psychiatrie. Vous nous avez toujours prodigué vos conseils avec patience et tolérance. Dans votre service, nous avons découvert les multiples facettes de la psychiatrie d'adultes. Votre aide nous a été précieuse pour la maturation de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A NOS JUGES,

Monsieur le Professeur **Baudet**,

Professeur des Universités de clinique obstétricale et gynécologique,

Gynécologue accoucheur des hôpitaux,

Chef de service

Vous m'avez encouragé pour ce projet. Vous m'avez ouvert les portes de votre service où j'ai été accueilli chaleureusement.

Vous avez accepté avec gentillesse de juger ce travail. Veuillez trouver ici nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur **GAROUX**,

Professeur des Universités de Pédopsychiatrie,

Psychiatre des Hôpitaux

Chef de Service

Vous nous avez initiés à la pédopsychiatrie. Vous nous avez toujours prodigué vos conseils avec patience et tolérance. Vous nous avez démontré que culture et simplicité pouvaient aller de pair. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Madame le Docteur **Souchaud**,

Praticien hospitalier, Psychiatre

Tu as su m'initier à l'importance de la relation mère-bébé. J'ai apprécié ta gentillesse et ta disponibilité.

Tu as accepté de participer au jury de cette thèse. Je te prie de trouver ici l'expression de ma gratitude.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE,

Madame le Docteur **RAINELLI,**

Praticien hospitalier, Psychiatre

Tout au long de mes stages dans le service, j'ai pu apprécier votre disponibilité, votre constance, et votre sensibilité vis à vis des patients en souffrance. Vous m'avez guidé pas à pas dans ce travail et avez lutté contre mes doutes perpétuels.

Je vous remercie pour tout cela.

PLAN

I. INTRODUCTION

II. DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

- A. ASPECT SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE
- B. LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PUERPÉRALITÉ
 - 1. *Définitions*
 - 2. *Historique*
 - a) Historique de la psychose puerpérale
 - b) historique du concept de dépression postnatale
 - 3. *Les troubles psychiques pendant la grossesse*
 - a) L'anxiété
 - b) La dépression du pré-partum
 - (1) Aspect épidémiologique
 - (2) Symptomatologie
 - (3) Nosographie
 - 4. *Les troubles psychiques du post-partum*
 - a) Le blues du post-partum
 - (1) Aspect épidémiologique
 - (2) Symptomatologie
 - b) Les psychoses puerpérales
 - (1) Aspect épidémiologique
 - (2) Symptomatologie
 - c) la dépression post-natale
 - (1) Epidémiologie
 - (2) Symptomatologie
 - (3) Nosographie
 - (4) Evaluation quantitative de la dépression post-natale
 - (5) Psychopathologie
 - (6) hypothèses étiologiques et facteurs de risques
- C. LES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT
 - 1. *Les interactions précoces*
 - a) Les capacités sensorielles
 - b) Les interactions fœto-maternelles
 - c) Les états de vigilance
 - 2. *La constitution du lien mère-nourrisson*
- D. LES PERTURBATIONS DE LA RELATION MÈRE-BÉBÉ
 - 1. *Psychopathologie*
 - 2. *Clinique*
 - a) Les expressions symptomatiques
 - b) Les manifestations affectives
 - 3. *Evaluation des interactions mère-enfant*
 - a) Méthode d'observation directe des interactions mère-bébé selon ESTHER BICK
 - (1) Généralités
 - (2) La méthode
 - b) Evaluation expérimentale par enregistrements vidéoscopiques
 - (1) Généralités
 - (2) Evaluation de l'attachement : Strange Situation Test
 - c) Echelles d'interactions pour le nourrisson
- E. CONSÉQUENCES DE LA DÉPRESSION POSTNATALE SUR LA RELATION MÈRE-BÉBÉ
 - 1. *Dépression du post-partum et interaction mère-enfant*
 - 2. *Dépression du post-partum et bébé non gratifiant*

III. ETUDE CLINIQUE

A. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

1. *Justification des objectifs*
2. *Echantillon*
 - a) Considérations éthiques
 - b) Recrutement
 - c) Critères d'inclusion
 - d) Critères d'exclusion
3. *Recueil des données*
 - a) Données concernant la mère, le père
 - (1) Données anamnestiques
 - (2) Evaluation diagnostique
 - (3) Evaluation quantitative
 - b) Données anamnestiques concernant l'enfant
 - c) Données concernant la relation mère-enfant
 - (1) Evaluation clinique
 - (2) Evaluation comportementale
4. *Déroulement de l'étude*
 - a) Présentation de l'équipe
 - b) Calendrier des évaluations
5. *Méthodes statistiques utilisées*
 - a) Analyse descriptive
 - b) Analyse comparative
 - (1) Comparaison de moyennes
 - (2) Corrélation entre les différentes échelles
 - (3) Comparaisons entre deux groupes
 - (4) Analyse multivariée
 - c) Logiciels statistiques utilisés

B. RÉSULTATS DE L'ETUDE

1. *Analyse descriptive*
 - a) Description de la population
 - b) Description globale des échelles
 - c) Description clinique
2. *Analyse comparative*
 - a) Comparaison mère répondantes et non répondantes
 - b) Comparaison de moyennes pour chaque échelle
 - c) Corrélation entre les différentes échelles
 - d) Corrélation entre la clinique et les échelles
 - e) Corrélation entre les différents diagnostics cliniques
 - f) Corrélation entre clinique et facteurs de risque
 - g) Analyse multivariée

IV. SYNTHÈSE

- A. BIAIS MÉTHODOLOGIQUES LIÉS À L'ÉTUDE
 - 1. *Concernant le recrutement*
 - 2. *Concernant la méthodologie*
- B. COMMENTAIRES SUR L'ANALYSE STATISTIQUE
 - 1. *Caractéristiques générales de la population*
 - 2. *Clinique et évaluation métrologique*
- C. PRÉSENTATION DE QUELQUES OBSERVATIONS CLINIQUES
 - 1. *En faveur de notre hypothèse : dépression et/ou anxiété en pré-partum aux échelles avec relation mère-bébé perturbée*
 - a) Mme N
 - b) Mme S
 - c) Mme T
 - d) Mme Z
 - 2. *Positivité aux échelles et/ou clinique n'impliquant pas une relation mère-bébé dysharmonieuse*
 - a) Mme M
 - b) Mme B
 - c) Mme D
 - d) Mme T
 - 3. *Scores négatifs aux échelles avec relation mère-bébé intermédiaire ou dysharmonieuse*
 - a) Mme S
 - b) Mme T
 - c) Mme D
 - 4. *Dépression du post-partum corrélée à une relation mère-bébé dysharmonieuse*
 - a) Mme F
 - b) Mme T
 - c) Mme A
 - 5. *Deux situations inclassables*
 - a) Mme P
 - b) Mme M
- D. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE
- E. PERSPECTIVES DE SANTÉ MENTALE EN PÉRINATALITÉ

V. CONCLUSION

VI. ANNEXES

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. Introduction

Dans le rapport de 1993 sur les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes, l'Organisation Mondiale de la Santé a attiré l'attention sur l'importance des troubles psychiatriques gravidopuerpéraux. Elle a mis en exergue la nécessité absolue de conduire des recherches et de proposer des mesures préventives dans ce domaine.

Déjà, dans la circulaire du n°70 du 11 Décembre 1992 du ministère français de la Santé (Circulaire du 7 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale, en faveur des enfants et adolescents, Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire), mettait l'accent sur l'importance de la prévention des troubles mentaux dans le cadre des distorsions du lien mère-enfant, et incitait fortement à la recherche dans ce domaine.

La complexité des processus d'organisation de la vie psychique du nouveau-né, la participation active du bébé dans une interaction constante avec son environnement, et plus particulièrement avec sa mère sont des notions relativement récentes. Ces interactions sont repérables sur le plan comportemental, affectif et également fantasmatique. Leur qualité constitue une condition essentielle à l'organisation psychoaffective de l'enfant. En France depuis les années 70, des équipes s'intéressent à ces aspects relationnels mère-bébé et étudient le champ de la pathologie interactionnelle. L'objectif est de prévenir les troubles graves de la relation précoce mère-bébé qui peuvent être suivis de troubles de la personnalité de l'enfant, mais aussi de troubles persistants chez la mère ne pouvant vivre pleinement sa maternité.

La période du post-partum et les décompensations maternelles qui peuvent s'y installer ont fait l'objet de multiples recherches. Un certain nombre de critères de "fragilité" ont été suspectés sans qu'il s'agisse d'un réel terrain pathologique ni de personnalité à risque. Il apparaît plutôt que certaines femmes ne s'inscrivant pas dans ces profils cliniques, présentent à bas bruit un état anxieux et/ou dépressif du pré-partum (3^{ème} trimestre) dont la symptomatologie peut passer inaperçue et parfois faire le lit des troubles du post partum. En effet, les femmes souffrant de dépression du pré-partum sont rarement détectées, parce que l'anxiété est dite "normale" durant la grossesse et que la symptomatologie dépressive, souvent infra-clinique, ne correspond pas aux critères diagnostiques des classifications actuelles. Par la suite, les femmes déprimées ne consultent pas souvent pour elles, mais plutôt pour des problèmes présentés par leurs bébés.

Peu de travaux se sont penchés jusqu'à maintenant sur le repérage de ce "syndrome de dépression du pré-partum", sur ses conséquences à court et à long terme, et notamment sur les interactions mère-enfant. Notre étude s'intéresse donc à cette période peu prospectée du pré-partum. Nous proposons de réaliser un repérage des troubles dépressifs et anxieux au huitième mois de grossesse, et de faire le lien éventuel avec une mauvaise relation mère-bébé ultérieure. Nous nous posons la question suivante : est-ce que la symptomatologie anxieuse ou dépressive du dernier trimestre coïncide avec une relation mère-bébé dysharmonieuse ?

II. Données bibliographiques

A. Aspect socio-démographique

Les données présentées dans ce chapitre, concernent la situation socio-démographique en France et dans le Limousin, recensée par l'I N.S.E.E (édition 1996).

Le nombre d'enfants nés en France en 1995 est en hausse (confère Tableau n°1), mais reste insuffisant pour assurer le renouvellement de la population. En effet, le nombre moyen d'enfants par femme en 1993 est de 1,65 en France alors que le seuil de remplacement des générations est de 2,08.

Cette évolution est toutefois plus marquée dans le Limousin qui enregistre une baisse de cet indice de 37% au cours des vingt dernières années. Ainsi, en 1990, avec 1.4 enfant par femme en âge de procréer, le Limousin est la région qui a le plus faible indice de fécondité. Comme pour les autres régions, il existe dans le Limousin une reprise de la natalité depuis 1995, avec 6422 naissances en 1996.

Nombre d'enfants nés vivants	1997	1996	1995
<i>En France</i>	725000	734338	729600
<i>En Limousin</i>	6350	6442	6428

Tableau n°1 : INSEE, 1996

L'âge moyen des mères au moment de la naissance est de plus en plus élevé (28,26 ans en France) et ce d'autant plus que l'on se place dans des agglomérations importantes. A Paris par exemple, l'âge moyen est de 29,8 ans contre 27,7 ans dans les villes de moins de 20 000 habitants. En Limousin, le taux de fécondité est inférieur pour chaque tranche d'âge (confère Tableau n°2).

Taux de fécondité par tranche d'âge	LIMOUSIN	FRANCE
15_24 ans	2.7	3.3
25_34 ans	9.9	11.4
35_49 ans	1.1	1.6

Tableau n°2- I.N.S.E.E. 1997

Les structures d'accueil pour les accouchements en haute-Vienne comprennent :

- les hôpitaux publics (C.H.R.U. et C.H. de Saint Junien) ;
- les cliniques privées (cliniques du Colombier et du Square Des Emailleurs).

Le nombre d'accouchements est en augmentation depuis 1994, avec une part importante dans le secteur privé (confère tableau n°3).

Année	1995	1996	1997	
			Total	moyenne par mois
Nombre total d'accouchements en Limousin	6510	6718	6704	558.6
Nombre total d'accouchements en Haute-Vienne	3729	3829	3777	314.7
Etablissements publics	2135	2192	2200	183.3
CHRU	-	-	1746	145.5
CH St Junien	-	-	454	37.8
Etablissements privés	1594	1637	1577	131.4
Clinique du Square des Emailliers	-	-	800	66.7
Clinique du Colombier	-	-	777	64.7

Tableau n°3 : Répartition du nombre d'accouchements dans les différentes maternités en Haute-Vienne. DRASS du Limousin 1998

B. Les troubles psychiques de la puerpéralité

1. Définitions

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner et conceptualiser la période entourant l'accouchement : la puerpéralité, la maternité, les troubles du pré et du post-partum.

La puerpéralité telle qu'elle est définie par Le **dictionnaire Robert (87)** dérive du latin (*puerpera* : accouchée, *puer* : enfant, et *parere* : enfanter). C'est l'état physiologique de l'organisme féminin, après un accouchement. C'est également l'état mental de la femme après un accouchement. Dans cette définition, il est souligné que ce terme peut parfois désigner un ensemble plus vaste : grossesse, accouchement, suite de couches. Dans le **dictionnaire de Médecine Flammarion (25)**, la définition est la suivante : période qui suit l'accouchement et se termine au moment du retour des règles.

La période puerpérale a toujours constitué un sujet de discorde entre psychiatres. Déjà, à l'époque de **MARCE**, la définition était vague : certains auteurs proposaient de restreindre la période aux trente jours suivant l'accouchement, d'autres considéraient qu'elle allait de la période de la conception jusqu'à quarante jours après l'accouchement. Pour **MARCE (15)**, l'état puerpéral recouvre le temps de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement.

La maternité a été introduite par **RACAMIER** en 1961 (86). C'est la traduction de l'anglais "motherhood". Il désigne "l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme durant la maternité".

Les troubles du pré et du post-partum désignent les troubles se situant dans la période avant et après l'accouchement. Le partum dérive du mot latin *partus* qui signifie enfantement. S'il existe un consensus pour définir la durée des troubles du pré-partum "de la conception à l'accouchement", la durée des troubles du post-partum est par contre très floue. Par exemple, la période du post-partum est réduite aux quatre premières semaines dans le D.S.M. IV (1), et aux six premières semaines dans la C.I.M. 10. Actuellement, beaucoup d'auteurs considèrent que la période des troubles du post-partum peut s'étendre jusqu'à un an voire deux ans après l'accouchement (29).

2. Historique

a) *Historique de la psychose puerpérale*

C'est à **HIPPOCRATE**, (15) en 400 avant J-C, que nous devons la description originelle de la psychose puerpérale dans le *Livre Premier des Epidémies*, à travers la fièvre que présenta l'épouse de Dromeades deux jours après son accouchement. Cette fièvre était associée à un état d'agitation avec insomnie, douleurs de l'hypochondre, épistaxis, troubles digestifs et urinaires puis hallucinations au cinquième jour et décès de la jeune mère le lendemain. **HIPPOCRATE** attribua la cause de la mort "au sang des lochies qui remonte au cerveau".

MARCE (65), (29) et (15) en 1858, faisant suite à **ESQUIROL**, en donna probablement la description la plus précise et surtout fit de la psychose puerpérale une entité nosologique. Il décrivait dans son traité un tableau symptomatique apparaissant chez les nouvelles accouchées. Il comprenait une désorientation temporo-spatiale, une perplexité, des troubles mnésiques avec fausses reconnaissances, des visions oniroïdes vécues et agitées. "Les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et les nourrices sont exposées à des troubles intellectuels qui, tout en se confondant intimement avec les formes ordinaires de la folie, n'en diffèrent pas moins d'une manière notable par les conditions organiques au milieu desquelles elles se développent" (65). **ESQUIROL** et **MARCE** attribuèrent à la "modification fonctionnelle et organique de l'utérus et de ses annexes" un rôle pathogène sur le cerveau des nouvelles accouchées.

A l'opposé **MAGNAN**, en 1877 dénia toute spécificité nosologique aux psychoses puerpérales par rapport aux grandes entités psychiatriques. En fait "il n'y a pas une psychose puerpérale mais des psychoses puerpérales" comme l'a rappelé **BALLET** (5) pour qui les conceptions sur la psychose puerpérale rejoignent celles de **MAGNAN**, notamment dans l'importance accordée au terrain et à la prédisposition morbide. **BALLET** considère que les psychoses puerpérales ne présentent aucune spécificité symptomatique évolutive ou étiopathogénique et les étudie selon les modèles neurologiques de l'époque.

Plus tard, ce fut l'hypothèse de l'infection qui était évoquée, en raison de sa gravité et de sa fréquence au siècle dernier. En 1948 **DELAY** ne retrouvait qu'un cas d'infection chez 21 psychoses puerpérales. L'avènement des antibiotiques ne confirma pas cette hypothèse.

DELAY et ses collaborateurs (24) évoquèrent par la suite une étiologie hormonale, par rétention anormale de fragments déciduaux microscopiques dans la cavité utérine. Le retour à des règles normales consacrait la guérison des psychoses puerpérales.

Ensuite, on tenta d'expliquer les troubles observés chez les accouchées par la chute des taux d'œstrogène et de progestérone enregistrés après l'accouchement, par l'élévation des 17 hydroxystéroïdes d'origine surrénalienne ou encore par l'insuffisance de sécrétion thyroïdienne.

Aucune de ces hypothèses n'a pu être confirmée.

C'est sous l'influence des travaux de **FREUD** et de **MEAD** (69) qu'une nouvelle orientation, psychanalytique, fut prise en compte dans le cadre des hypothèses étiologiques. **ZILBOORG** (104) se référa lui également aux écrits de **FREUD** sur l'envie du pénis chez la femme et sur les fantasmes œdipiens et préœdipiens propres aux stades infantiles du développement psychosexuel pour interpréter les troubles psychiques du post-partum.

Dans les années 60 ensuite, les articles de **RACAMIER** et collaborateurs (86) en France, montrèrent combien la séparation mère-nourrisson pouvait déterminer une expérience traumatisante pour l'un comme pour l'autre ; cette séparation pouvant confirmer à la mère ses sentiments hostiles vis-à-vis de son enfant.

b) *historique du concept de dépression postnatale*

L'association des perturbations de l'humeur à la naissance avec des rechutes fréquentes lors des accouchements suivants ont été remarquées très tôt. Les premières descriptions de la littérature remontent à 1551 avec **Joano RODRIGUES CASTELO BIANCO (10)** qui décrivait une femme commerçante en ces termes :

“La femme magnifique du Carcinares qui jouissait habituellement d'une santé excellente fut plusieurs fois atteinte de mélancolie après la naissance d'un enfant, elle devenait folle durant un mois mais récupérait par la suite.”

A cette époque la maladie mentale du post-partum était considérée comme une entité unique.

Pendant l'ère asilaire, en Grande Bretagne, elle est divisée en trois groupes : la maladie débutant pendant la grossesse, celle débutant en post-partum et la celle liée à l'allaitement. Les deux dernières étaient considérées le plus souvent comme étant de nature dépressive.

TUKE, en 1864 (10), retrouvait 39 cas de mélancolie parmi les 54 "Insanity of lactation". Il avait déjà remarqué que certaines femmes avaient des antécédents dépressifs.

En 1950, on retrouve des descriptions sous le titre “d'anémie du post-partum”. Les différents auteurs retrouvent une association entre ces troubles de l'humeur et des conditions sociales difficiles. Le seul traitement proposé à cette époque était l'injection d'extrait de foie cru !

OSMOND, en 1953 (84), notait que le plus fréquent des désagréments du post-partum était un syndrome comprenant des malaises, un manque d'énergie, des lombalgies, et de la fatigue. Il pensait que l'anémie pouvait contribuer à cet état mais qu'elle n'expliquait pas tout.

KLINE, en 1955 (10), est le premier à apprécier la fréquence des dépressions survenant dans le post-partum, soulignant la faible fréquence des hospitalisations, et par conséquent la difficulté à évaluer l'incidence exacte du trouble. Il insiste également sur le fait qu'un grand nombre de cas passent inaperçus, évoluant au domicile soit vers une guérison spontanée, soit vers une dépression chronique.

TOD, en 1964, présente le premier un premier échantillon de femmes. Il décrit une "dépression moyenne" qui apparaît trois à cinq jours après la naissance. Cette description est fugace et correspondrait à notre conception actuelle du blues du post-partum. Il évoque également des dépressions apparaissant plus tardivement et propose un traitement par I.M.A.O.

En 1968, **PITT** publie un premier article sur la "dépression atypique" qui apparaît dans les suites de l'accouchement. Il différencie déjà le blues du post-partum et la dépression qui apparaîtrait plus tard dans 10.8% des cas.

Plus tard, en 1971, **DALTON** évoque sous le terme de dépression puerpérale à la fois le blues et des dépressions plus tardives.

Dans son article de 1973, **PITT** (82) reprend d'une part le blues qu'il définit comme un phénomène "éphémère" pouvant être considéré comme "normal", alors que la dépression puerpérale est "plus sérieuse et prolongée".

Par la suite et depuis maintenant une vingtaine d'années, la littérature fait une distinction nette entre ces deux entités du post-partum.

3. Les troubles psychiques pendant la grossesse

La grossesse, serait associée à une incidence plus faible du nombre d'hospitalisations psychiatriques. C'est à ce titre qu'elle est parfois considérée comme une période protégée (59)

a) *L'anxiété*

Un état anxieux isolé s'observe dans moins de 15% des cas pendant la grossesse, le plus souvent pendant les premier et troisième trimestres (48). Les difficultés sociales, familiales et professionnelles favorisent l'anxiété qui s'accompagne souvent de troubles du sommeil et de somatisations multiples. Les troubles phobiques et obsessionnels-compulsifs sont rares.

b) *La dépression du pré-partum*

Les dépressions mélancoliques sont rares et surviennent électivement dans la deuxième moitié de la grossesse. Dans la majorité des cas, il s'agit de dépressions névrotiques pouvant constituer la première manifestation pathologique chez une femme jusque là équilibrée (59).

(1) Aspect épidémiologique

L'incidence de la dépression pendant la grossesse est d'environ 10%, avec une prépondérance des troubles au cours du premier trimestre. Il y a habituellement une baisse voire une guérison au cours du deuxième et du début du troisième trimestre. Les troubles réapparaissent dans les semaines précédant l'accouchement, souvent accompagnés d'anxiété pouvant être au premier plan.

Dans l'étude de MANZANO (62), sur une population de 570 femmes enceintes, l'incidence retrouvée est de 19.8%.

L'étude **MATQUID**, actuellement en cours, retrouve une incidence de dépression du pré-partum de 6.6% au 8^{ème} mois de grossesse (7), ce qui correspond aux données épidémiologiques de la population générale.

(2) Symptomatologie

Elle est atypique et comporte dysphorie et asthénie, plaintes somatiques multiples, demande affective excessive, inquiétude disproportionnée quant au devenir de l'enfant. Il peut exister une recrudescence vespérale des troubles (59). Quelques facteurs de risque ont pu être mis en évidence : âge inférieur à 20 ans, antécédent d'IVG, attitude ambivalente par rapport à la grossesse (10).

La seule étude prospective récente en langue française est celle de **MANZANO** (62) sur une population de 570 femmes. Il retrouve que le syndrome de dépression du pré-partum se caractérise par des sentiments de solitude, des auto-reproches, une autodévalorisation, de l'anxiété, des troubles du sommeil ainsi que des problèmes somatiques tels que démangeaisons ou douleurs dorsales. Les facteurs de stress sont : un vécu difficile de la grossesse, moins d'activité pendant la grossesse, des événements malheureux (décès, séparations, difficultés économiques), un éloignement familial, une catégorie socio-professionnelle basse. Fait important, la majorité des femmes dépressives pendant la grossesse vont sortir de leur état dépressif après la naissance de l'enfant.

(3) Nosographie

Les classifications actuelles ne prennent pas en compte la spécificité de la dépression du pré-partum.

4. Les troubles psychiques du post-partum

Le post-partum est une période à risque pour les troubles psychiatriques.

KENDELL et Coll. retrouvent une forte augmentation du nombre d'hospitalisations en post-partum et en particulier dans les deux premiers mois qui suivent l'accouchement (51).

Trois entités psychopathologiques spécifiques s'individualisent dans le post-partum :

- le blues du post-partum ;
- les psychoses puerpérales ;
- la dépression post-natale.

a) *Le blues du post-partum*

Il est constitué de manifestations émotionnelles plus que de symptômes psychiatriques proprement dits, et apparaît dans les dix jours qui suivent l'accouchement. Une fréquence augmentée a été parfois constatée aux alentours du cinquième jour de post-partum.

(1) Aspect épidémiologique

La fréquence de survenue du blues serait importante, touchant jusqu'à 30 à 80 % des femmes accouchées (59).

(2) Symptomatologie

C'est un épisode marqué par des manifestations émotionnelles et psychiques pouvant durer de quelques heures à quelques jours. Il associe à des degrés divers différents symptômes tels qu'asthénie, labilité émotionnelle, pleurs inexplicables, troubles de la concentration ou du sommeil, voire une confusion (95). Les femmes plus anxieuses et dépressives pendant la fin de leur grossesse seraient plus susceptibles de faire un baby blues, d'après **GUEDENEY (39)**.

b) *Les psychoses puerpérales*

Il ne s'agit pas d'une entité clinique homogène. La plupart des décompensations psychotiques du post-partum seraient représentées par des épisodes thymiques (dépressifs ou maniaques), et constitueraient environ 80 % des hospitalisations du post-partum (59).

(1) Aspect épidémiologique

La fréquence des psychoses puerpérales est de 1 à 2 pour mille dans la population générale (51). Le risque est nettement accru chez les femmes aux antécédents de troubles de l'humeur et encore davantage en cas de psychose puerpérale (99).

(2) Symptomatologie

(a) *Les épisodes thymiques*

Ils représentent plus de 80 % des cas de psychoses du post-partum. Les épisodes thymiques du post-partum débutent généralement dans les deux premières semaines qui suivent l'accouchement, et sont caractérisés par une désorientation, une agitation et une labilité émotionnelle.

Pour la symptomatologie maniaque, on note également des productions hallucinatoires et délirantes, ainsi que des signes de désorganisation.

Pour la symptomatologie mélancolique, la thématique délirante est généralement centrée sur le nourrisson, avec une humeur congruente au délire. La mère est envahie de sentiments d'incapacité et de culpabilité. Le risque est alors celui d'un raptus suicidaire, voire d'un infanticide altruiste.

(b) *La psychose puerpérale*

Le pic de fréquence se situe au 10^{ème} jour suivant l'accouchement. La symptomatologie est très labile avec fluctuations thymiques, troubles de la vigilance. Des moments d'agressivité pouvant alterner avec une humeur ludique.

La symptomatologie délirante est généralement très présente, toujours centrée sur l'enfant. L'ambivalence est importante, alternant rejet de l'enfant et amour maternel. Le délire peut être centré sur une négation de la maternité, un syndrome d'influence... L'évolution est le plus souvent favorable.

(c) *La Schizophrénie*

Les tableaux "schizophréniformes" avec discordance et idées délirantes entrent dans le cadre des états maniaques ou mélancoliques. Cependant, environ 10 % des psychoses du post-partum pourraient évoluer vers une schizophrénie vraie (59). Dans ce cas, le maintien de l'enfant auprès de sa mère à moyen et à long terme est souvent compromis.

c) *la dépression post-natale*

(1) Epidémiologie

Les différentes études retrouvent une prévalence de l'ordre de 10 à 15 %. C'est un chiffre très proche de celui retrouvé dans des échantillons de femmes du même âge, mais en dehors d'une période de grossesse.

Par contre, elles retrouvent une différence statistiquement significative pour l'incidence de la dépression postnatale entre la quatrième et la sixième semaine qui suit l'accouchement. Le nombre de nouveaux cas est en effet trois fois plus élevé durant cette période, ce qui laisse supposer un lien direct entre la naissance et la survenue d'un épisode thymique.

WATSON présente une étude non contrôlée portant sur un échantillon de 128 femmes recrutées dans une maternité au Sud de Londres pendant un an (101).. La prévalence de la dépression postnatale est de 12 % à six semaines de post-partum et de 22 % sur l'année suivant l'accouchement. Le pic de survenue d'un épisode dépressif se situe donc dans les tous premiers mois du post-partum.

COX et Coll, (20), étudient la dépression du post-partum sur un échantillon de femmes du district de Staffordshire.. Au total, 232 femmes sélectionnées sur une liste de consultation anténatale, ont été comparées à un groupe témoin (pas de grossesse dans les douze mois précédant l'enquête). **COX** retrouve un taux de prévalence identique pour les deux groupes. A l'évaluation du sixième mois, le taux est de 9,1 % sur l'échantillon étudié contre 8,2 % dans le groupe témoin. Le taux de prévalence sur la période des six mois est respectivement de 13,8 et de 13,4%.

Pour le début de la symptomatologie dépressive, **COX** note un taux trois fois plus élevé dans le groupe étudié lors de l'évaluation de la cinquième semaine du post-partum. La naissance apparaît donc être une cause directe ou indirecte (stress physique ou psychologique) de la dépression postnatale.

La seule étude de notre bibliographie mettant en évidence des différences significatives entre un groupe témoin et des femmes en période postnatale est celle de **TROUTMAN et CUTRONA (98)**, portant sur des adolescentes. L'échantillon étudié comporte 128 jeunes filles enceintes (moyenne d'âge de 16,8 ans), comparées à un groupe de 114 témoins. En période prénatale, ils retrouvent un taux de dépression identique dans les deux groupes : 10 % pour les jeunes filles enceintes, contre 17 % dans le groupe contrôle. Une différence significative apparaît à six semaines de post-partum, avec une prévalence de dépression postnatale de 26 % pour les jeunes accouchées, contre 15 % pour les témoins. Cependant cette différence n'apparaît que pour les épisodes dépressifs mineurs (20% accouchées et 10% non accouchées) et n'est pas retrouvée pour les épisodes dépressifs majeurs.

O'HARA (77) présente une méta analyse sur la dépression postnatale en 1996. Il retrouve une prévalence moyenne de 13 %. Celle-ci est obtenue à partir de cinquante neuf études, qui ont été sélectionnées en fonctions de critères précis.

L'étude de **MANZANO (62)** retrouve une dépression du post-partum dans 10.2% des cas. 65.5% de ces femmes présentaient déjà une dépression pendant la grossesse.

(2) Symptomatologie

PITT, (83), est le premier à caractériser la dépression postnatale d'«atypique». Il s'agirait d'une dépression caractérisée par la présence de pleurs, d'irritabilité et d'un sentiment d'incapacité à assumer les soins de l'enfant. La culpabilité serait très importante, apparaissant sous la forme d'auto-reproches concernant l'amour et les soins apportés au bébé. L'humeur serait très labile, variant au cours de la journée avec une détresse maximale le soir.

Cette symptomatologie dépressive serait accompagnée invariablement, et même parfois masquée, par une anxiété majeure concernant l'enfant, sa santé, et son alimentation. **PITT** décrit également des troubles de la concentration et de la mémoire, des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, cauchemars et réveils nocturnes.

Les études ultérieures insistent beaucoup moins sur ces éléments atypiques et semblent s'accorder à décrire la dépression postnatale comme un épisode dépressif sans caractéristiques psychotiques selon la terminologie du DSM III R. Ces dernières années, les auteurs ont cherché à analyser les profils symptomatiques en utilisant différents instruments d'évaluation. (20), (78). Ils ne retrouvent pas de différences significatives entre la clinique de la dépression postnatale, et celle des épisodes dépressifs rencontrés chez les sujets témoins.

Dans une étude plus récente, **ROGER** et **NIELANDS** (74), effectuent une comparaison à partir de 70 symptômes répertoriés, et confirment l'absence de caractéristiques cliniques spécifiques de la dépression postnatale.

GODFROID au contraire montre à partir de sa thèse de Médecine (34) qu'il existe une spécificité clinique de la dépression du post-partum par rapport à une dépression classique. Il cite notamment une aggravation vespérale des troubles et un allongement du stade IV du sommeil à l'EEG.

Si les différents auteurs s'accordent à situer le début de la dépression postnatale entre la quatrième et la huitième semaine de post-partum, les données concernant la durée de l'épisode restent contradictoires. La durée des épisodes varie de 4 à 8 semaines pour **CAMPBELL et Coll. (12)**, à 3 à 6 mois pour **PITT (83)**, **KUMAR (53)** et **WATSON (101)** et **(78)**. Pour **COX (20)**, la durée est plus longue : 36 semaines. Il souligne également une différence significative avec les dépressions survenant en dehors de la période du post-partum (50 semaines).

(3) Nosographie

Dans la nomenclature internationale, la classification du DSM III-R ne faisait pas apparaître la dépression postnatale. Il était seulement précisé dans le chapitre "facteurs prédisposant à l'apparition d'un épisode dépressif majeur", la notification suivante: "un accouchement peut parfois précipiter un épisode dépressif majeur". Dans l'échelle de "sévérité des stress psychosociaux pour les adultes", la naissance du premier enfant est cotée comme un "stress sévère" (coté 4 sur une échelle allant de 1 à 6).

Dans le **DSM IV (1)**, une catégorie pour les troubles de l'humeur débutant dans le post-partum a été créée. Elle s'applique aux épisodes dépressifs, maniaques ou mixtes, ainsi qu'aux troubles dépressifs, bipolaires ou psychotiques brefs. Cependant, le critère du délai d'apparition est beaucoup plus court que celui de un an communément admis, puisqu'il est réduit aux quatre premières semaines du post-partum.

Dans la **C.I.M.10 (14)**, cette pathologie est répertoriée dans le chapitre des "troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs". Cette classification internationale distingue les troubles légers associés à la puerpéralité dont la dépression après un accouchement et la dépression du post-partum, les troubles sévères dont la psychose puerpérale, les autres troubles et enfin les troubles sans précision. Le critère de délai d'apparition est de six semaines.

(4) Evaluation quantitative de la dépression post-natale

L'E.P.D.S. (Edinburgh, Postnatal. Dépression Scale) est l'échelle d'auto-évaluation spécifique de la dépression postnatale.

Elle présente dans sa dernière version (21) dix items :

- 5 items concernant l'humeur ;
- 2 items concernant l'anxiété ;
- 1 item pour les idées suicidaires ;
- 1 item pour la culpabilité ;
- 1 item pour le sentiment d'incapacité.

Chaque item étant noté de 0 à 3, le score varie de 0 à 30. Dans la première semaine après l'accouchement, la note 0 est considéré comme une attitude défensive et d'évitement. Pour la même période, un score allant de 1 à 9 correspond à un baby blues et un score supérieur ou égal à 10 est prédictif d'une dépression du post-partum ultérieure (43).

Elle est devenue l'échelle de référence en matière de dépression postnatale.

La caractéristique principale de cette échelle est l'exclusion dans ses items des éléments somatiques qui sont habituels dans la dépression mais qui en période de post-partum paraissent être confondus avec les manifestations physiologiques des suites de couche. C'est donc un instrument particulièrement intéressant, utilisé pour évaluer la sévérité de la pathologie dépressive mais surtout comme un outil de screening, ce qui est mis en valeur dans l'article de **POINSO (85)**. La note seuil est de 13 dans la validation initiale en Anglais.

La version française de l'EPDS a été validée dans une étude de **GUEDENEY et Coll. (41)** et (40) sur une population de 87 femmes dans les quatre premiers mois du post-partum. L'étude a montré que la sensibilité est de 0.80 et que la spécificité est de 0.92 pour une note-seuil de 10.5, recommandée pour la meilleure détection de la dépression du post-partum.

(5) Psychopathologie

Lors de l'accouchement et dans ses suites, une forme particulière de fonctionnement psychique et une psychopathologie spécifique se mettent en place. La venue du premier bébé surtout, entraîne une adaptation psycho-biologique et un cortège d'expressions psychopathologiques chez les parents, qui n'existaient pas auparavant. L'enfant à sa naissance devient dépositaire de toute une série d'investissements narcissiques et pulsionnels de la mère, qui étaient cantonnés jusque là dans son espace intra-psychique. Du point de vue maternel, l'enfant est alors à cheval sur son espace intra et extra-psychique, ce qui favorise à la fois les confusions (self et non self) et les externalisations (projection des contenus psychiques maternels sur l'enfant). Cet "événement de vie" fait passer le couple de deux à trois, rééditant la situation œdipienne avec le risque d'un tiers exclu, souvent le père. L'adulte est contraint de prendre le manteau parental avec les vicissitudes de l'identification aux bonnes et mauvaises images de ses parents. Les investissements de l'enfant imaginaire se transmettent à l'enfant réel occasionnant un deuil. La réalité des exigences constantes du bébé déclenche cette sollicitude pour un autre que l'on appelle préoccupation maternelle primaire. Elle impose une abnégation qui peut entraîner l'ébranlement du narcissisme et de ses défenses, devenant une cause fréquente d'effondrement dépressif.

Le bébé peut être investi comme la réalisation d'une instance psychique par les parents. Il peut être le Surmoi exigeant, source intarissable de culpabilité. Il peut incarner l'Idéal du Moi, ce qui fait de lui et du projet qu'il véhicule le support de gratification narcissique. Enfin, il peut être l'expression du Ça, n'étant que pulsion, agressivité incontrôlée ou amour passionnel.

Si la puberté et l'adolescence comportent le risque d'effondrement psychotique chez le jeune, la parentalité (22) fait courir au jeune adulte le risque d'effondrement dépressif par son deuil développemental. La parentalité est définie par **CRAMER** comme étant les vicissitudes psychiques déclenchées par le fait de devenir parents. Par exemple, l'introjection forcée à laquelle sont confrontés les nouveaux parents raniment l'ambivalence développée dans l'enfance et l'adolescence à l'égard de leurs propres parents, et réactivent les conflits et les deuils mal élaborés durant cette période. La parentalité passe par la gestion de ce deuil développemental, dont résultent des idéaux parentaux plus ou moins excessifs. Ceux-ci, confrontés au Moi du jeune parent peuvent entraîner un conflit de nature mélancoliforme responsable de la dépressivité. Une telle ambivalence donne l'impression au jeune parent que la parentalité est une tâche insupportable. Ainsi, il ne peut pas faire usage de l'agressivité, indispensable à la fermeté lui permettant de préserver sa propre liberté. Prisonnier de son idéal parental, il devient fréquemment la proie sacrifiée de la tyrannie de son enfant, tyrannie qu'il suscite avec la projection sur lui de sa partie infantile revendicatrice.

(6) hypothèses étiologiques et facteurs de risques

(a) *Hypothèses hormonales*

(i) Modifications hormonales normales pendant la grossesse

La période de la maternité est associée à un bouleversement hormonal important. Ces modifications interviennent pour les hormones spécifiques de la grossesse (œstrogènes, progestérone et hormones placentaires), mais aussi pour d'autres glandes endocrines de l'organisme telles que la thyroïde ou les surrénales.

Pendant la grossesse, le système hypothalamo-hypophysaire et les sécrétions ovariennes sont au repos. L'équilibre hormonal de la grossesse est lié à la persistance du corps jaune qui s'hypertrophie, puis à l'apparition du placenta qui prend le relai pour la sécrétion des hormones stéroïdes (œstrogènes et progestérone), et polypeptidiques spécifiques de la grossesse (Béta HCG ou hormone gonadotrope, hormone chorionique somatotrope ou hormone de la lactation). Leur taux augmente de façon importante pendant la grossesse, pour s'effondrer après l'accouchement.

La prolactine est l'hormone de la lactation. Son taux s'élève juste après l'accouchement (taux de 100 à 150 ng/ml) de façon importante, provoqué par la succion du mamelon lors de l'allaitement. Dans tous les cas, son taux commence à diminuer après le quinzième jour du post-partum.

La grossesse s'accompagne également d'une augmentation du volume de la glande thyroïde, associée pendant le premier trimestre à une élévation du taux sanguin de l'iode par augmentation globale de la T3 et de la T4, le taux de T3 et T4 libres restant le même.

Durant la période du post-partum, la taille de la thyroïde diminue progressivement.

Contrairement à la glande thyroïde, les surrénales ne sont pas soumises à des modifications anatomiques pendant la grossesse, mais les concentrations de cortisol plasmatique augmentent considérablement. Les taux de cortisol plasmatiques sont comparables en fin de grossesse à ceux observés dans le syndrome de CUSHING. Seules les variations nyctémérales s'amenuisent.

Après l'accouchement, le cortisol va chuter progressivement pour revenir à des taux habituels à partir du douzième ou du quatorzième jour qui suit l'accouchement.

(ii) Hormones mises en cause dans la dépression du post-partum

La progestérone, et en particulier la chute de ses taux plasmatiques, qui suit l'accouchement a été considérée comme pouvant être responsable du développement de la symptomatologie dépressive (23). Les femmes présentant une symptomatologie dépressive auraient des taux de progestérone inférieur à la normale. Dans une première étude **HARRIS et Coll.** (1989)(45) retrouvent une association positive entre les concentrations salivaires de progestérone (reflet de la concentration de progestérone libre plasmatique) et l'apparition de symptômes dépressifs chez les femmes qui nourrissent leur enfant au biberon. Pour les femmes qui allaitent au sein, l'association est négative. **HARRIS** retrouve également une incidence de dépression post natale plus faible dans le groupe des femmes qui nourrissent leur enfant au sein et prennent une contraception orale progestative. Cependant, les études réalisées ultérieurement (**O'HARA** 1991)(79), (**HARRIS** 1994)(44) n'ont pas trouvé la moindre corrélation entre les taux sériques de progestérone et la survenue d'une dépression postnatale. Dans un travail récent, **HARRIS** (1996) (46) étudie les corrélations avec les concentrations de progestérone, mais aussi avec le profil de diminution de cette hormone. Il n'a pas mis en évidence d'association avec une dépression post natale.

Les œstrogènes ont fait l'objet de peu d'études, et les résultats restent contradictoires d'un auteur à l'autre. **O'HARA** (1991)(79) ne trouve pas d'association entre dépression post natale et taux d'œstrogènes dans le post-partum tardif. Il met par contre en évidence lors des prélèvements à 36 semaines de grossesse et au deuxième jour du post-partum, un taux d'œstradiol plus bas chez les futures déprimées. Cette étude est en contradiction avec les résultats obtenus par **NOTT et Coll.** en 1976 (75). Ceux-ci retrouvent en période prénatale des taux d'oestriol et d'œstradiol plus élevés chez les femmes qui développent une dépression du post-partum. Par la suite, les œstrogènes ont fait l'objet de peu de recherches. Malgré des résultats controversés, il existe actuellement un regain d'intérêt avec l'utilisation de cette hormone par voie cutanée dans le traitement des dépressions sévères du post-partum **GREGOIRE et Coll.**, 1996)(37).

Les résultats concernant la prolactine sont également peu concluants. **NOTT** (1976) (75) et **O'HARA** (1991) (79) ne retrouvent pas d'association entre concentration de prolactine et dépression du post-partum. **O'HARA** insiste sur la difficulté de doser la prolactine dans la période du post-partum, ce d'autant plus que les femmes allaitent, d'où des résultats peu fiables. **HARRIS** (1989) (45) retrouve dans le groupe des femmes qui allaitent au sein un taux de prolactine plus élevé que chez celles qui nourrissent leur enfant au biberon, ce qui est normal. Il note par contre que le sous-groupe de femmes dépressives allaitant au sein aurait un taux de prolactine significativement plus faible comparé à celles qui ne présentent pas de troubles.

HARRIS en 1992 (47) retrouve une association significative entre la présence d'anticorps anti-thyroïdiens en post-partum et l'apparition d'une symptomatologie dépressive dans les six mois qui suivent l'accouchement. Il n'y a pas de corrélation entre le statut immunitaire et l'anxiété.

Parmi les femmes présentant des anticorps antithyroïdiens positifs, **HARRIS** observe une augmentation progressive de la concentration en anticorps sur les six mois suivant l'accouchement. La moitié des femmes anticorps positifs à l'accouchement présentent une dépression postnatale. Seul un tiers d'entre elles n'a pas de pathologie thyroïdienne associée, les deux autres tiers présentant une probable maladie thyroïdienne auto-immune. Chez cette population de femmes aux anticorps antithyroïdiens positifs, la dépression postnatale pourrait donc avoir une origine auto-immune. Ces auteurs insistent sur le fait qu'en période de post-partum les pathologies auto-immunes thyroïdiennes sont plus volontiers accompagnées de symptomatologie psychiatrique. L'hypothèse proposée par **HARRIS** est double.

D'une part l'augmentation des anticorps antithyroïdiens après l'accouchement serait une réponse à une élévation des cytokines auto-immunes. Celles-ci pourraient entraîner une altération au niveau du système nerveux central se manifestant par des perturbations émotionnelles et psychologiques peu spécifiques (irritabilité, asthénie, troubles du sommeil).

D'autre part, les modifications du taux de corticostéroïde au moment de l'accouchement pourraient révéler une pathologie jusque là inaperçue. En effet, la grossesse s'accompagne d'une augmentation globale du cortisol, ce dernier ayant probablement un rôle immuno suppresseur. La chute de cortisol en post-partum pourrait donc faire flamber les réactions auto-immunes thyroïdiennes. Une étude plus récente de **ORETTI** (1997) (80) ne retrouve aucune association en période anténatale entre les troubles de l'humeur pendant la grossesse et la positivité des anticorps antithyroïdiens.

Les études concernant la dépression dans la population générale retrouvent fréquemment une hypercortisolémie. Le syndrome de Cushing également, est souvent associé à une symptomatologie dépressive. Les différents travaux réalisés jusqu'à présent (**HARRIS** en 1989 (45), **O'HARA** en 1991 (79); **PEDERSEN** en 1993 (81) ne retrouvent pourtant aucune corrélation entre l'apparition d'une symptomatologie dépressive dans le post-partum et les concentrations plasmatiques ou salivaires en cortisol (qui reflètent le cortisol plasmatique libre). **O'HARA**, a étudié la réponse au test de freination à la Dexaméthazone en 1991 (79), sans résultat significatif. Dans une étude plus récente **HARRIS** (1996) (46) étudie les variations nyctémérales du cortisol. Chez les femmes qui développeront par la suite un épisode dépressif, le taux de cortisol est significativement plus bas dans le prélèvement du soir, au quatorzième et au dernier jour précédant l'accouchement. Par contre, il n'existe pas de corrélation entre l'apparition d'une symptomatologie dépressive et les variations diurnes du cortisol.

En conclusion le modèle hormonal de la dépression postnatale n'a pas reçu jusqu'à présent de confirmation nette. Les résultats restent contradictoires. Les études réalisées se sont également heurtées à la petite taille des échantillons, et aux difficultés des mesures des concentrations hormonales. Il est plus satisfaisant, en l'état actuel des connaissances de proposer un modèle plurifactoriel dans lequel interviendraient les variations hormonales.

(b) *Les facteurs de risque*

(i) Donnée socio-démographiques

Les différentes études de notre bibliographie s'accordent à dire que l'âge ne constitue pas un facteur de risque. Les moyennes d'âge des femmes qui développent une dépression postnatale sont sensiblement les mêmes que celles des témoins (**ROUILLON**, 1992 (89); **MURRAY & COX**, 1995 (70); **AUGUSTO** 1996 (34).

De même, il ne paraît pas y avoir d'association entre l'appartenance aux diverses classes sociales et le risque de dépression du post-partum **WARNER** (1996) (100). **MURRAY & COOPER**, 1997 (71). Cependant, aucune de ces études ne définit clairement les classes sociales étudiées.

Les études concernant le statut marital ne soulignent pas de différences significatives entre le groupe des femmes dépressives et les témoins **ROUILLON** en 1992 (89), **COOPER & MURRAY** en 1995 (18).

Les études portant sur le statut professionnel obtiennent des résultats plus mitigés. **O'HARA** (1991) (79), **ROUILLON** (1992) (89) ne trouvent aucune association entre le statut professionnel et la dépression du post-partum. Par contre, **WARNER** (1996) (100) retrouve comme facteur de risque le chômage chez la femme ou chez son époux, ainsi que l'absence de projet de reprise d'emploi à la fin du congé de maternité. **MURRAY et Coll.** (1995) (70) concluent à l'instabilité professionnelle comme facteur prédictif spécifique de la dépression postnatale. Il s'agit de "la tendance fréquente à quitter son emploi pour un autre considéré comme meilleur", alors que l'insatisfaction au niveau professionnel ne serait pas un facteur de risque.

JACQUEMAIN (1996) (49), a tenté de mettre en place un outil de dépistage par un auto-questionnaire pour obtenir un indice de prédictivité de dépression du post-partum en période anténatale sans résultat satisfaisant.

(ii) Les antécédents psychiatriques personnels

Certains auteurs décrivent une association positive **O'HARA** (1991) (79) et **ROUILLON** (1987) (88). D'autres études concluent à l'absence de lien entre l'apparition d'une dépression postnatale et les antécédents personnels **MURRAY et COX** en 1995 (70).

Un travail de **MURRAY & COOPER** (1995) (18) met en évidence une forte corrélation entre l'existence d'une dépression postnatale à la suite d'un premier accouchement et le risque de développer un nouvel épisode lors des naissances suivantes. Ils concluent à l'existence probable d'une population de femmes pour laquelle la naissance démasquerait une vulnérabilité, et constituerait un facteur de risque spécifique. Pour les femmes aux antécédents de dépression, l'accouchement serait un facteur de stress non spécifique.

(iii) Les antécédents familiaux de dépression

O'HARA (1996) (77) relève une association positive alors que **MURRAY & COX** (1995) (70) ne retrouvent aucun lien avec la dépression du post-partum.

(iv) Les facteurs gynéco-obstétricaux.

PITT en 1968 (83), effectue une revue de toutes les complications obstétricales durant la grossesse et au moment de l'accouchement. Cela comprend la toxémie gravidique, la durée du travail, la nécessité de déclencher l'accouchement, l'utilisation de forceps ou de césarienne, la naissance d'un enfant prématuré. Il ne retrouve pas d'association avec l'apparition de dépression du post-partum. Plusieurs autres études, bien qu'elles ne précisent pas le type de complications recensées, confirment les conclusions de **PITT** (12 et 43). La parité n'est pas considérée comme un facteur de risque **ROUILLON** (1987) (88) ; **MURRAY et Coll**, 1995 (70).

Quelques études retrouvent une association positive ; **ROUILLON**, 1987 (88). **O'HARA** en 1996 (77), rattache les complications survenant au moment de l'accouchement à la sévérité de la dépression du post-partum. L'accouchement par césarienne serait également un facteur de risque pour **LEMPERIERE** en 1984 (88.), et **HANNAH** en 1992 (43). Les problèmes de fertilité (femmes ayant attendu plus d'un an avant de parvenir à avoir un enfant) augmenteraient également le risque **WARNER**, (1996) (100).

GAUTHIER (33) a comparé un groupe de femmes enceintes à haut risque médical à un groupe contrôle. Il a retrouvé un rôle primordial du réseau médical obstétricien dans la transmission réelle ou fantasmatique de l'angoisse liée aux risques obstétricaux. Cette angoisse paraît avoir des conséquences ultérieures sur la qualité de la relation mère-bébé.

(v) Mode d'alimentation de l'enfant

HANNAH (1992) (43) soulignent une prévalence de dépression post natale plus élevée chez les femmes ayant choisi un allaitement artificiel. Ces conclusions ont été confirmées par **WARNER** (1996) (100).

Cette dernière propose l'explication suivante : l'allaitement au sein augmenterait l'estime de soi et diminuerait donc le risque dépressif. Cependant elle souligne également que les femmes insatisfaites de leur rôle maternel donnent le sein moins facilement. L'allaitement serait dans ce cas non plus un facteur de risque mais une conséquence.

(vi) Le désir de grossesse

Quelques études ont mis en évidence une association entre une grossesse non désirée et l'apparition d'une dépression post natale **MURRAY, 1995 (70); WARNER, 1996 (100)**. Ceci pourrait provenir d'une ambivalence par rapport à l'enfant pendant la grossesse ou d'un manque d'engagement vis à vis du bébé.

(vii) Les événements de vie

La survenue d'événements de vie négatifs, au cours de la grossesse ou après la naissance de l'enfant, tels qu'une maladie grave de l'entourage, le chômage augmenteraient le risque de dépression (**GOTLIB, (33); O'HARA, 1991 (79)**).

D'après l'étude de **MARBLE et LEGER (64)**, la dépression chez la femme est plutôt un mode de décompensation réactionnel immédiat aux événements de vie. Plus que le nombre d'événements vécus, ce serait la manière de les vivre qui serait responsable de la décompensation, ce qui fait des femmes une population plus vulnérable à la dépression. Dans cette conception, la grossesse et l'accouchement, constituent des moments à risque.

(viii) les relations avec l'entourage

De manière globale, les femmes présentant une dépression post natale auraient une insertion sociale moins bonne que les témoins. De mauvaises relations avec le conjoint constitueraient un facteur de risque (**GOTLIB, 1991 (36)**). Le plus souvent, le manque de soutien de l'époux préexiste à la grossesse.

PITT (1968) (83) rapporte que 25 % des femmes ayant vécu une dépression post natale éprouvaient des sentiments négatifs pour leurs maris et se plaignaient d'un manque d'aide et de soutien. On peut cependant se demander si cette plainte correspond à la réalité ou bien s'il s'agit d'un retentissement de la dépression elle-même.

Les théories analytiques insistent sur l'importance des relations précoces de chaque mère avec sa propre mère. Plusieurs auteurs ont alors étudié une association éventuelle entre les relations de la nouvelle mère avec ses propres parents, et l'incidence que cela pouvait avoir sur l'apparition d'une dépression post natale. Une mauvaise relation avec la mère serait un facteur de risque spécifique de la dépression post natale, pour **GOTLIB** (1991). Il note que les femmes déprimées en post-partum ont davantage de perceptions négatives concernant les soins qu'elles ont reçus de leurs propres mères (36).

(ix) Personnalité et dépression du post-partum

La grossesse et la naissance d'un enfant entraînent de grandes modifications de l'image corporelle, du rôle de femme, des changements des relations sociales et conjugales, dont la difficulté de la gestion psychique pourrait être augmentée par une personnalité vulnérable

PITT (1968) (83). le premier souligne la fréquence des personnalités névrotiques chez les femmes dépressives en post-partum. Mais son observation se basant sur des mères en période dépressive, certains traits de personnalité peuvent être confondus avec des symptômes dépressifs. **WATSON** en 1984 (101) voit également en la personnalité névrotique un facteur prédictif de dépression postnatale.

Les comportementalistes décrivent un certain nombre de distorsions cognitives entraînant une interprétation négative des événements de vie, portant essentiellement sur les compétences maternelles. Différentes études ont ensuite cherché à déterminer si ce dysfonctionnement cognitif pouvait être un facteur prédictif de dépression postnatale.

Au contraire, **WHIFFEN** (1988) (102) ne retrouve aucun lien entre dysfonctionnement cognitif et dépression post-natale.

(x) Blues du post-partum et Dépression du post-partum

L'intensité du blues serait un facteur de risque de dépression postnatale (83, 89, 43 et 97).

HANNAH (1992) (43) étudie, sur une population de 384 femmes, les profils des symptômes à l'EPDS au cinquième jour puis à la sixième semaine suivant l'accouchement.. Elle retrouve que les femmes ayant un score à l'EPDS supérieur à dix lors de la première évaluation ont huit fois plus de chances d'avoir également un score élevé à la sixième semaine.

Dans un travail récent, **SUTTER & BOURGEOIS** (1998) (96) font l'hypothèse de l'existence de deux type de blues du post-partum. Le premier serait en relation avec la fatigue de l'accouchement. Le second serait davantage caractérisé par l'importance des troubles thymiques, laissant alors supposer qu'il s'agirait là des premières manifestations d'une dépression postnatale.

(xi) Liens entre dépression pendant la grossesse et dépression du post-partum

O'HARA (1986) (76) souligne l'absence de relation entre la dépression durant la grossesse et en post-partum. Pour lui il s'agit de deux entités ayant des modèles et des facteurs de risque différents

L'étude de **MANZANO (63)** retrouve que deux tiers des femmes présentant une dépression du post-partum avaient déjà un syndrome dépressif du pré-partum. Par contre, quand il examine le devenir des femmes présentant une dépression du pré-partum, la majorité de ses femmes sortent de leur état dépressif après l'accouchement. Pour lui, ces deux états pathologiques reposent sur des causes différentes. La dépression du pré-partum serait liée à la signification psychologique du fait d'être enceinte, alors que la dépression du post-partum serait liée à celui d'être mère.

Quelques auteurs retrouvent une association positive (76). **WATSON (1984) (101)** insiste sur le fait que dans certain nombre de cas, les symptômes de la dépression postnatale apparaîtraient dès la fin de la grossesse. L'étude prospective de **ROUILLON et LEMPERIERE (88)** sur 211 cas retrouve un lien significatif entre la dépression du post-partum et la dépression du pré-partum.

C. Les interactions mère-enfant

Les interactions précoces mères-enfants normales ont été étudiées sur la base de la pathologie de l'interaction entre la mère et son enfant (22). L'un des pionniers de la psychopathologie interactionnelle, **SPITZ**, a mis l'accent sur le rôle vital de la relation mère-bébé et sur les compétences du bébé à partir de son concept de dépression anaclitique. Pour lui, "les déraillements du dialogue" sont conséquents des conflits inconscients maternels.

MAHLER, par son observation filmée des interactions comportementales, a introduit l'idée d'une sémiologie relationnelle précoce, liée à des mouvements intra-psychiques, chez la mère et l'enfant.

WINNICOT ne conçoit l'individu qu'en "relation". Il souligne l'importance du fonctionnement maternel dans un double registre, de façon simultanée : la technique comportementale de soins, comme instrument, et son monde représentationnel comme disposition de base.

BOWLBY, psychanalyste est à l'origine de la théorie de l'attachement. C'est à partir des années 50 qu'il avait souhaité définir "la nature du lien qui unit l'enfant à sa mère" (8). Cette théorie tente d'expliquer les mécanismes qui initient l'établissement des liens privilégiés entre un nourrisson et sa mère, en étudiant les mêmes liens chez les mammifères. **BOWLBY** propose l'idée qu'il existe une pulsion d'attachement qui serait à la source du comportement d'attachement dans les deux premières années de la vie et se traduirait par cinq conduites qui se succèdent : la succion, l'étreinte, le cri, le sourire et la tendance à s'accrocher. (9). Il se différencie en cela des théoriques freudiennes basées sur la notion de satisfaction du plaisir.

Le comportement d'attachement est activé et renforcé par le contact physique entre la mère et son enfant, dans un premier temps assuré par la mère, seule. A partir de six mois, le bébé peut par lui-même assurer un rapprochement, mais ne peut pas suivre sa mère. Ce n'est que grâce à l'acquisition de la marche que l'enfant peut personnellement intervenir pour rester près de sa mère, qui le repousse ou l'encourage à rester auprès d'elle. (57)

Les conduites d'attachement ne se développent que si la mère interprète les signaux que lui renvoie son enfant comme étant renforçateurs pour elle, et y répond. Pour **BOWLBY**, l'attachement du nourrisson à sa mère ou à un substitut maternel serait un comportement instinctif, non dérivé d'un autre besoin primaire comme la soif ou la faim. Le schéma général serait caractéristique de l'espèce, alors que les détails seraient propres à chaque individu.

Les "interactionnistes" (**BOWLBY**, **BRAZELTON**...), par leurs études comportementales micro-analytiques, attirent l'attention sur la continuité de la communication dans la dyade mère-bébé et considèrent que toute manifestation comportementale a un but communicatif.

FRAIBERG, (32), en créant la métaphore du fantôme (ghost in the nursery) pour illustrer la présence d'objets internes des parents rôdant autour du berceau, insiste sur le rôle crucial d'identification projective et la dimension transgénérationnelle dans la psychopathologie relationnelle précoce. C'est sur cette dimension transgénérationnelle que **LEBOVICI** attire également l'attention. Derrière le symptôme de l'enfant se cache parfois un hyperinvestissement de représentations clés, soit traumatiques, soit très chargées narcissiquement, remontant aux générations antérieures et contribuant à créer une mythologie familiale.

1. Les interactions précoces

a) *Les capacités sensorielles*

L'audition semble être le sens le plus développé chez le bébé. C'est grâce à elle que le nourrisson peut faire le lien entre l'état de fœtus et l'extérieur. D'un point de vue anatomique, l'audition est possible pour le fœtus à partir du cinquième mois de la vie intra-utérine. Il perçoit les bruits vasculaires, cardiaques et viscéraux provenant de l'organisme de sa mère, ainsi que les bruits de l'extérieur. Ces bruits lui parviennent de façon atténuée, surtout en ce qui concerne les sons aigus. La présentation d'un son lorsque le nouveau-né se trouve en état de vigilance déclenche fréquemment des réactions d'orientation en direction de la source sonore. Si le bébé est somnolent, la présentation d'un son déclenche l'ouverture des yeux. A l'opposé, si le bébé crie ou pleure, un son continu est capable de mettre fin aux pleurs. Le nouveau-né est donc non seulement capable d'entendre les sons, mais il est également capable de discriminer les stimuli sonores. D'ailleurs, dès les premiers jours de vie, le bébé montre une préférence pour la voix humaine et essentiellement pour celle de sa mère. Chez le nouveau-né, les voix humaines déclenchent plus fréquemment des sourires que les autres sons.

Les travaux de **GREENMAN** cités par **LEBOVICI (57)**, montrent que 95% des nouveau-nés sont capables dès les quatre premiers jours de leur vie de suivre des yeux un objet de couleur vive tel qu'un anneau rouge. Certains nourrissons sont même capables de tourner la tête pour faciliter le mouvement de poursuite oculaire. Le fait d'amener le nourrisson de la position couchée horizontale à une position relevée de 30° environ, induit une stimulation vestibulaire, favorise l'ouverture des yeux et augmente ainsi le niveau de vigilance et d'attention pour les cibles visuelles.

Dans une étude citée par MAZET (68), on soumet les nourrissons à des modèles de forme et de taille équivalents au visage humain. Les nourrissons montrent une nette préférence visuelle pour le modèle où les yeux, la bouche et le nez sont placés le plus conformément au visage humain. Le bébé serait donc dès la naissance "programmé" pour diriger son attention vers le regard de sa mère et ainsi utiliser le regard pour développer la force du lien affectif entre sa mère et lui.

En ce qui concerne le goût, le bébé naît avec une série de préférences, notamment pour le sucré. Il fait instantanément la différence, dès la naissance. Tout se passe comme si, le goût pour le sucré était génétiquement établi. L'expérience a été faite de sucrer le liquide amniotique, et il a été constaté que le fœtus tétait davantage et en avalait une plus grande quantité.

Les nouveau-nés sont également doués de capacités sensorielles olfactives et peuvent discriminer deux odeurs proches l'une de l'autre dès l'âge de 2 jours. Les études de Mc FARLANE citées par LEBOVICI (57) montrent que les nouveau-nés tournent préférentiellement la tête vers un tampon imprégné par l'odeur maternelle et délaissent un autre tampon imprégné de l'odeur du sein d'une autre mère.

Enfin, le fœtus semble percevoir un contact à travers la paroi abdominale et utérine. Ainsi, les mères ont constaté qu'à partir du 7^{ème} mois de grossesse, le fait de poser un poids sur leur ventre déclenchait des coups de pieds ou de bras, comme si le fœtus voulait s'en débarrasser (68).

b) *Les interactions fœto-maternelles*

La symbiose profonde lors de la grossesse est à l'origine d'interactions fœto-maternelles importantes. Par le biais des liens physiologiques, la vie émotionnelle de la mère semble avoir des effets sur le fœtus. Ainsi, la vie imaginaire et fantasmatique de la mère pendant la grossesse est la base des relations qu'elle aura ensuite avec son enfant. Cette image consciente et inconsciente élaborée pendant la grossesse viendra moduler sa relation avec son bébé. Tout est lié au vécu maternel, vie affective, relations avec le père du bébé, histoire personnelle et relations avec les imago parentales.

SONTAG en 1965 rapportée par **GRAVES** étudie huit mères ayant subi un choc émotionnel grave (survenue d'une grave maladie, décès du mari) en fin de grossesse. Dans tous les cas, l'activité motrice du fœtus a augmenté de manière importante, en réaction au traumatisme subi par la mère. Les mouvements fœtaux étaient violents et douloureux par la suite. A la naissance, ces nouveau-nés étaient hyper excitables et présentaient une activité motrice intense. (68)

La technique moderne de l'échographie largement utilisée de nos jours, a des répercussions sur la conception du fœtus par les parents, transformant un être perçu par la mère comme étant vaguement à l'intérieur de soi, en un bébé bien présent et dont on peut suivre les réactions. Pourtant, malgré son rôle rassurant, elle peut avoir des répercussions sur le plan de la mobilisation fantasmatique. La visualisation du fœtus in utero "court-circuite" momentanément l'imaginaire parental. Pour **SOULE** (93), un tel examen peut être à l'origine de véritables avortements de fantasmes, "d'interruption volontaire du fantasme".

c) *Les états de vigilance*

WOLFF distingue 6 états de vigilance. L'état de veille calme et attentif est celui où les performances du bébé sont maximales, où le bébé est le plus disponible. La proportion de cet état augmente progressivement pendant les premières semaines. Il existe des variations individuelles considérables pouvant refléter des différences importantes dans les relations des nouveau-nés avec leur environnement.

Le bébé exerce un contrôle sur ses niveaux de vigilance, c'est ce que **BRAZELTON** décrit sous le nom de "phénomène d'habituation". Si un nouveau-né est exposé à un stimulus répété, ses amplitudes de réactions seront hautes dans un premier temps, puis elles vont aller en décroissant jusqu'à ce que le bébé s'endorme pour échapper au stimulus. Il utilise ses états de vigilance comme un moyen de défense et de contrôle des tensions endogènes ou exogènes (55).

Les états de vigilance sont également en relation avec l'interaction mère-bébé. Ils représentent des communications entre ces deux partenaires. Ainsi, la mère met les états de vigilance du nouveau-né en relation avec le type de soins qu'elle a prodigués à celui-ci. Un nouveau-né peut passer de l'état de somnolence à l'état de veille quand sa mère lui sourit et le caresse. Il transmet alors une information à sa mère que celle-ci interprétera probablement comme : "les caresses et les sourires m'incitent à être pleinement éveillé et attentif à toi". Réciproquement, les premiers mois de la vie du bébé lui permettent de créer des liens entre ses états et le type de soins que sa mère ou son père lui apportent. Ces états de vigilance sont interprétés par les parents comme des témoignages de la qualité de leurs soins. Ils se jugeront en tant que parents selon ce que leur renverra leur bébé à travers la qualité de ses états de vigilance. (57).

2. La constitution du lien mère-nourrisson

Pendant la grossesse, la mère élabore mentalement (consciemment et inconsciemment) certaines images, certaines préoccupations anxieuses, certains fantasmes concernant l'enfant à naître. Celui-ci est déjà inscrit dans la fantasmagorie maternelle, il occupe une place dans le jeu des désirs infantiles et des pulsions de ses parents. **LEBOVICI** attribue à cet enfant inscrit profondément dans la vie mentale inconsciente de ses parents le nom "d'enfant fantasmagorie", contrairement à l'enfant imaginaire qui figure dans les systèmes préconscient et conscient.

L'interaction mère-bébé qui a commencé durant la grossesse se poursuit pendant l'accouchement et après la naissance. La douleur de l'accouchement met fin à l'imaginaire de manière brutale, le réel faisant une irruption massive dans la relation à l'enfant. La douleur physique et psychologique de l'accouchement va aider la mère dans le processus de séparation qui n'est encore qu'à ses débuts, le bébé étant encore aux yeux de la mère un prolongement d'elle-même.

Le travail mental de l'accouchée, qui suit les premiers instants de la naissance peut se rapprocher d'un travail de deuil. En effet, la mère doit faire à la fois le deuil de sa grossesse et le deuil de l'enfant imaginaire, idéal et conforme à chacun de ses désirs. Ensuite, la mère devra effectuer le travail inverse, c'est à dire attribuer à l'enfant nouveau-né des désirs, des espoirs, et des sentiments. Les premiers jours et même les premières heures suivant la naissance représentent une période sensible, où la mère est particulièrement apte à constituer un lien d'attachement avec son bébé. Il est capital pour la mère de pouvoir donner ses soins au bébé et de réaliser ce travail psychique coûteux. Si celui-ci lui est évité, son appareil psychique suivra sa tendance spontanée, à savoir limiter ses dépenses énergétiques et donc diminuer le travail d'investissement.

Après l'accouchement, des pensées anxieuses se développent chez la mère en rapport avec l'état du bébé. C'est ce que **WINNICOTT (103)** appelle la préoccupation maternelle primaire. Grâce aux soins de la mère, le bébé se développera, communiquera de plus en plus avec elle, permettant à la préoccupation maternelle de diminuer et aux expériences de plaisir d'augmenter.

KLAUS et KENNEL (52), deux pédiatres américains, ont mis l'accent sur l'importance toute particulière de ces premiers instants après la naissance. Ils ont étudié 28 accouchées primipares et leurs bébés, à terme et en bonne santé. Quatorze de ces mères ont aperçu furtivement leurs nouveau-nés après l'accouchement, puis toutes les 4 heures. Dans l'autre groupe, les bébés restaient au maximum près de leurs mères, c'est à dire 5 heures de plus que les mères du premier groupe. Un mois plus tard, les mères qui avaient eu plus de contacts avec leur bébé consolait davantage l'enfant, participaient plus à des périodes de regard mutuel par rapport au premier groupe des mères. Un an plus tard, on retrouvait dans les 2 groupes des différences statistiquement significatives.

Depuis cette étude, d'autres chercheurs ont tenté de vérifier les conclusions de **KENNEL** et **KLAUS**. Ainsi, 9 études ont utilisé le même protocole. (57). Ces études ont mis en évidence chez les mères ayant bénéficié d'un contact prolongé avec leur nouveau-né, les notions suivantes :

- l'allaitement au sein était d'une durée supérieure ;
- à 3 mois, les mères adoptaient une position face à face plus prolongée et embrassaient leur bébé davantage ;
- les bébés pleuraient moins et souriaient.

Ainsi, après l'accouchement tout se passe comme si l'état psychologique de la mère était en cours de réorganisation. Le monde mental de la mère se restructure soit en incluant le bébé dans son organisation et sa dynamique, soit en le laissant plus ou moins en dehors de cette restructuration. Si le bébé est éloigné de sa mère, il risque plus d'être exclu de cette réorganisation mentale, et des perturbations du lien mère-bébé pourront apparaître.

D. Les perturbations de la relation mère-bébé

1. Psychopathologie

Dans la période du post-partum, les conflits intra-psychiques de la mère sont mis en actes par l'intermédiaire des interactions mère-bébé. La dyade mère-bébé est un système instable, très sensible aux influences internes et externes. Cette instabilité permet non seulement l'installation rapide d'une pathologie mais également une efficacité thérapeutique dans un temps court.

La conception fantasmatique du bébé débute dès les premiers mois de la grossesse. Ce "bébé imaginaire" est le début du processus projectif qui se poursuit après la naissance de l'enfant. Il s'agit d'un dynamisme normal, contribuant à la structuration et au développement psychique de l'enfant, par la transmission de l'investissement maternel. Par contre, lorsque ce mécanisme a pour but la défense, avec expulsion, déni des conflits, ou projection des pulsions agressives sur l'enfant, il est source d'interactions mère-bébé franchement pathologiques. L'enfant, dans ce contexte relationnel conflictuel, ne reçoit pas l'investissement libidinal suffisant et subit passivement une mauvaise image de lui-même. Ainsi, chez les bébés de mère dépressive, l'enfant va développer des sentiments d'inefficacité conduisant à l'apathie et à la tristesse, et aboutissant à l'appauvrissement de la vie mentale du bébé.

2. Clinique

L'étude des perturbations de l'interaction mère-nourrisson est utile car elle peut être le seul indice sémiologique de troubles psychopathologiques en voie de constitution chez l'enfant. Il est important de préciser en préambule que la notion de stimulation doit être mise en rapport avec le bébé. Chaque bébé réagit de manière personnelle, ce qui fait qu'un niveau de stimulation peut être adéquat pour certains nourrisson et être excessif pour d'autres. Les troubles de la relation mère-enfant peuvent se situer dans l'excès de stimulation du bébé, dans l'insuffisance de la relation ou dans les perturbations de la réciprocité.

Le bébé est capable de signaler un excès de stimulation à sa mère en émettant certains signaux (fermeture des yeux, détournement du regard et de la tête, mimique exprimant une tension ou de la détresse...), attendant en retour une diminution de stimulation.. STERN, cité par **LEBOVICI (57)**, écrit à ce sujet que si la mère ne tient pas compte des signaux de son bébé, et notamment du détournement du regard, l'enfant "est privé d'un de ses principaux mécanismes autorégulateurs qui lui permettent de s'adapter au niveau de la stimulation qu'il reçoit. Il peut être ainsi forcé de mettre au point un autre type de comportement plus extrême qui réglerait ou mettrait fin à l'interaction. (...). Celui-ci (le nourrisson) aura perdu une occasion d'apprendre qu'il a la possibilité d'exercer avec succès une influence sur le monde extérieur et, en second lieu, sur son état intérieur, par le biais d'une communication émotionnelle (...). Si une telle expérience se répète indéfiniment, le bébé peut en conclure, soit que l'expression qu'il manifeste par une mimique n'est pas un événement communicatif adéquat pour modifier son environnement, soit que, et ceci est pire, elle est un événement communicatif adéquat mais ne fera qu'empirer les choses". L'absence d'efficacité de ses communications peut conduire le bébé à renoncer à les exprimer.

Une hypostimulation peut s'observer en cas d'inhibition de l'expression des affects maternels, c'est à dire de dépression, de personnalité schizoïde, ou d'inhibition névrotique. La dépression est une cause fréquente de sous-stimulation du bébé.. L'intérêt inhibé de la mère pour son bébé se traduit au cours de l'interaction par l'appauvrissement de sa mimique, de son langage et de ses gestes. Le sentiment d'incapacité conduit la mère à réduire les échanges avec son enfant. Le sentiment d'être une mauvaise mère est très souvent présent en cas de dépression maternelle, ce qui peut entraîner chez la mère une mauvaise compréhension des signaux du bébé. Par exemple, lorsque le bébé détourne la tête, la mère a tendance à interpréter le signal comme un rejet, ce qui peut appauvrir davantage l'interaction (55).

La mère a pour rôle d'évaluer quel est le vécu affectif de son nourrisson, son besoin et sa capacité à supporter les stimulations. Dans certains cas, le nourrisson et sa maman sont l'un à côté de l'autre, et évoluent chacun à leur propre rythme sans partager d'affects de plaisir. La mère n'a pas les capacités de répondre aux demandes de son enfant, l'enfant ne s'adapte pas aux demandes de sa mère. Cette perturbation de la réciprocité peut provoquer des tensions de part et d'autre, aggravant les difficultés interactionnelles. Les perturbations de la réciprocité peuvent s'observer dans l'évitement du regard par la mère ou l'enfant, dans les efforts pour maintenir un contact physique ou la recherche d'une prise de distance, dans la non-réponse aux vocalises de l'enfant.

a) *Les expressions symptomatiques*

Le sommeil n'est pas simplement une fonction neurophysiologique chez le nourrisson. La qualité des soins maternels dans la manipulation, la voix, la chaleur et les contacts, imprègnent le sommeil de sa charge affective et permettent ainsi au bébé de s'abandonner au sommeil. Les troubles du sommeil sont souvent l'indicateur d'un malaise chez l'enfant. Ce sont essentiellement des insomnies qui débutent le plus souvent après quelques semaines de vie. Un nourrisson insomniac a toujours un retentissement considérable sur la vie familiale, provoquant énervement, exaspération, conflit au sein du noyau familial, avec un risque d'intolérance secondaire important. Ces troubles peuvent être en rapport avec des attitudes alimentaires maternelles peu adaptées aux besoins du bébé, ou avec un excès de stimulation de l'enfant. Mais si ils sont tenaces, il faut rechercher une distorsion de la relation mère-enfant. L'imprévisibilité des comportements maternels, la discontinuité affective, les attitudes maternelles inconscientes contradictoires, la multiplicité des sollicitations sont des facteurs perturbant la qualité du sommeil de l'enfant. D'autre part, une hypersomnie peut être le reflet d'une tristesse ou d'un état dépressif de l'enfant, en rapport avec une dépression maternelle par exemple.

L'alimentation a une double fonction qui est d'apaiser et de satisfaire la faim et la soif, mais aussi de décharger les tensions du bébé par la satisfaction de l'oralité. L'anorexie réactionnelle simple, en rapport par exemple avec un sevrage ou une modification des conditions de vie du bébé, semble être le trouble le plus souvent rencontré. Le refus de nourriture provoque ainsi chez la mère un sentiment d'échec de sa fonction maternelle, source d'une profonde angoisse. L'anorexie dite "d'inertie" peut être en rapport avec un état dépressif de l'enfant, s'alliant à l'apathie, l'indifférence au monde extérieur et à la tristesse.

Tout ce passe comme si, en raison d'une défaillance grave de la fonction maternelle, le bébé privé du minimum d'expériences de plaisir positives désinvestissait la fonction oro-alimentaire. Les vomissements et les régurgitations répétées paraissent proches de certaines formes d'anorexie et semblent représenter une autre forme d'expression de ces mêmes types de conflits.

L'oralité frénétique est un autre type de conflit. Dans ce trouble il s'agit d'un nourrisson qui s'agite, suce convulsivement plusieurs de ses doigts, hurle en attendant son biberon, crie en même temps qu'il boit, et dont l'avidité orale ne paraît jamais satisfaite. Ce type de perturbation peut s'observer chez une mère anxieuse, incapable de maîtriser la situation et de sécuriser l'enfant.

La vie affective et relationnelle de l'enfant est également une voie privilégiée d'expression de la vie psychique. Elle s'exprime par le tonus corporel, la motricité et donc le mouvement. WALLON, cité par MAZET (68), parle d'un "dialogue tonique" dans la relation du nourrisson avec autrui, qui s'instaure bien avant les échanges verbaux. SALBREUX (90) a réalisé des observations quotidiennes de nourrissons dans les bras de leur mère. Il a montré que la sensation d'un enfant atone dans les bras peut modifier le comportement des parents, et gêner l'établissement des relations entre le bébé et sa mère. Les principaux troubles du tonus sont l'hypotonie, l'inadéquation posturale, les activités motrices en décharge, la grande inhibition, l'instabilité psychomotrice, ainsi que les anomalies de l'investissement et de l'utilisation du corps. Un retard psychomoteur peut s'observer dans le cas d'une relation maternelle fusionnelle majeure, entraînant une perturbation du processus de séparation individuation.

b) *Les manifestations affectives*

La vie affective et émotionnelle représente une autre modalité d'expression des perturbations psychologiques du nourrisson. Autrement dit, il s'agit des affects de l'enfant, au sens ou le définissent **LAPLANCHE et PONTALIS (56)** :

Les cris et les pleurs du bébé représentent un bon indicateur de l'état des interactions entre la mère et son enfant. Ils représentent des signaux destinés à agir de façon spécifique sur l'entourage, et plus particulièrement sur la mère. Celle-ci interprète les cris, leur donnent un sens afin de pouvoir y répondre de manière adéquate.

Le nourrisson, à un âge variable selon les auteurs, peut également manifester de l'angoisse. Lorsqu'un bébé serein est laissé seul un moment, il a la capacité de se rassembler en regroupant ses mains et ses pieds. Un bébé angoissé se présentera au contraire comme "éparpillé" avec une incapacité à se rassembler. Chez un nourrisson, l'angoisse peut se manifester par des comportements d'accrochage et d'agrippement moteur ou visuel, ou par une attitude d'hyper-vigilance, avec immobilité silencieuse et attentive. La figure maternelle doit sécuriser le nourrisson jusqu'à ce qu'il puisse développer un sentiment de sécurité lors de l'individuation, et que la qualité de la relation mère-enfant aboutisse progressivement à la création d'un sentiment de confiance en soi.

Le nourrisson peut manifester de la tristesse lors de la séparation de la figure d'attachement. Mais, un sentiment de perte et de manque peut aussi s'observer au sein de sa relation avec sa mère présente physiquement, mais non disponible pour communiquer et interagir avec lui. La forme la plus grave de dépression du jeune enfant est la dépression anaclitique décrite par **SPITZ**. Mais il existe des formes "camouflées", beaucoup plus difficiles à repérer et dont le retentissement à long terme est tout aussi grave pour l'enfant. La symptomatologie dépressive chez le nourrisson comporte essentiellement une inertie motrice et une pauvreté interactive, avec une tendance au repli sur soi. Les causes de tels états chez le jeune enfant sont principalement la dépression maternelle, et la rupture du lien affectif maternel.

Les troubles du comportements traduisent également une souffrance psychique. Chez le nourrisson, ils peuvent apparaître sous forme de crises de colère, d'agitation, d'instabilité, de succion importante des doigts ou de la tétine, avec impossibilité de retour au calme. L'inactivité et l'apathie sont les conséquences d'une faille relationnelle majeure et d'un état dépressif.

3. Evaluation des interactions mère-enfant

La plupart des échelles existantes sont en langue anglaise et ne sont pas validées en français. Les échelles d'évaluations françaises sont encore en expérimentation (25)

a) *Méthode d'observation directe des interactions mère-bébé selon ESTHER BICK*

(1) Généralités

On apprécie les différents facteurs d'un échange interactif congruent par ce type de micro-analyse. Les interactions affectives, fantasmatiques, la qualité des chaînes interactives et l'enrichissement mutuel de leur configuration, sont étudiées par une observation à distance et empathique, sur une longue durée (17)

La pratique systématique d'observation d'un bébé a été introduite par **E. BICK**, en 1948, au sein du groupe de travail de la Tavistock Clinic (42). **Esther BICK** fut en effet, la créatrice d'une méthode simple en apparence, mais en réalité complexe et riche par ses implications pour la pratique analytique. Auparavant, certains psychanalystes (**A. FREUD, WINNICOTT, SPITZ, MAHLER**) avaient pratiqué des observations du nourrisson. Leur souci était d'étayer les connaissances et les constructions de la théorie psychanalytique avec des données de l'observation.

E. BICK a permis le développement de l'observation du nourrisson, fondée sur l'attention mise à observer et à décrire de très près le nourrisson. Son but était de s'approcher de la réalité observée avec le moins de préjugés théoriques possible. Pour cela, aucun moyen d'enregistrement mécanique n'est utilisé. Le seul "instrument" utilisé est la présence de l'observateur avec ses pensées, ses émotions et son état de réceptivité.

(2) La méthode

Dans le principe, un observateur doit assister aux deux premières années du développement du bébé. Les mères peuvent à tout moment mettre fin à l'observation si elles le souhaitent.

Cette observation, comporte différents moments. C'est tout d'abord l'impact émotionnel de la situation observée, pendant laquelle l'observateur se laisse imprégner par la situation, en essayant de ne pas interférer avec le déroulement spontané de la relation parent-enfant.

C'est ensuite un travail de reconstruction à travers la rédaction écrite. Pendant ce temps, l'observateur se retrouve seul face aux souvenirs, aux émotions, aux associations et à tout ce que la situation observée a laissé en lui.

Le troisième moment important de cette méthode est la mise en commun des informations. Grâce aux discussions et aux réflexions en équipe, une "autre" lecture de l'observation pourra apparaître, avec toute la richesse qui l'accompagne.

L'"après observation", est la période pendant laquelle l'observateur laisse mûrir en lui ce qui a été d'abord vécu puis reconstruit dans la rédaction de l'observation et discuté en équipe. C'est à ce moment là que les vrais apports de l'observation peuvent se faire sentir et agir en lui, pour réapparaître lorsque la situation clinique les amènera à faire surface (91)

b) *Evaluation expérimentale par enregistrements vidéoscopiques*

(1) Généralités

SPITZ a été le pionnier dans l'utilisation des techniques d'imagerie pour l'observation des bébés. Il s'agit essentiellement d'enregistrements vidéo de séquences représentant la relation mère-enfant dans plusieurs situations : situation de jeu, situation face à face sans l'apport d'un objet extérieur, intervention de l'examineur dans la relation. Par la suite le film est étudié en fonction de différents paramètres, qui sont l'interaction verbale, le regard, la qualité des réponses.

A partir d'un protocole vidéoscopique en direct et en différé (66), **MARCELLI** retrouve que les bébés des mères déprimées ont moins d'exigence de synchronie interactionnelle que les bébés contrôles car cette situation est plus habituelle chez eux.

(2) Evaluation de l'attachement : Strange Situation Test

Le test est constitué de plusieurs séquences de trois minutes durant lesquelles l'enfant est séparé de sa mère puis les deux partenaires sont de nouveau réunis. Ceci se déroule dans un milieu non familier. Les réactions de l'enfant à la séparation puis au retour de sa mère sont filmées et évaluées selon un système de cotation (54).

L'attachement sécurisé est caractérisé par une protestation au départ de la mère et une recherche de contact à son retour, suivie d'une reprise de l'activité de l'enfant.

Les attachements insécures correspondent à divers comportements caractérisés par l'évitement (peu de manifestations de détresse au départ de la mère et évitement du contact à son retour), la résistance (détresse majeure à la séparation et résistance au contact avec persistance de la prostration), ou la désorientation (séquences de mouvements et d'expressions désorganisés témoins d'une confusion de l'enfant).

c) *Echelles d'interactions pour le nourrisson*

L'intérêt croissant porté aux compétences du nourrisson et l'importance accordée aux interactions mère-bébé ont motivé des recherches sur l'élaboration d'instruments de mesure. Ces évaluations portent sur l'observation de l'enfant dans des situations interactives. Ces recherches tentent d'intégrer les interactions fantasmatiques sous-jacentes. Actuellement, plusieurs échelles sont en construction et en cours de validation (26). En effet, la Clark Early Relational Assessment a été traduite en français par **STOLERU** ; elle évalue les comportements de la mère (intonation, attitude à l'égard de l'enfant, engagement affectif...), de l'enfant (capacités d'adaptation, niveau d'activité, communication, état affectif), et de la dyade (mutualité au sein de la dyade, jugement du cotateur) pendant l'interaction. La cotation se fait après analyse de la bande vidéo. Cette échelle n'est pas encore validée. La grille d'évaluation clinique de **Bur** (63) destinée initialement aux consultations pédiatriques évalue de manière globale les différentes parties de l'interaction (domaines corporel, visuel, vocal, sourires). Cette échelle n'est pas validée pour les enfants de moins de trois mois.

Actuellement, une grille d'hétéro-évaluation est en cours d'expérimentation dans toutes les unités mère-bébé en France depuis 1997. Elle a été mise au point par le **Dr. DURAND** (secteur 5 de psychiatrie infanto-juvénile du Val de Marne, Créteil) et **M. C. GLANGEAUD** (chercheur psychologue, U 149, INSERM, Villejuif). Elle se comprend trois volets : observation de la mère, observation du bébé, interactions de la dyade mère-bébé. Chaque volet comprend quatre parties : interactions corporelles, visuelles, vocales, et expression du visage. Le but est d'évaluer l'évolution de l'intensité des difficultés interactionnelles pendant la durée de l'hospitalisation le plus finement possible (confère annexe).

E. Conséquences de la dépression postnatale sur la relation mère-bébé

Ces dernières années, plusieurs auteurs se sont intéressés à l'impact que pouvait avoir la dépression du post-partum sur le développement de l'enfant. Dans ce cadre, des observations de mères dépressives avec leurs bébés ont mis en évidence des perturbations des interactions mère-bébé (35).

De nombreuses observations expérimentales visant à étudier l'influence du comportement parental sur le fonctionnement de l'enfant, suggèrent que les premiers mois de la vie constituent une période particulièrement sensible pour le développement ultérieur. Le mode d'interaction de l'adulte pourrait donc influencer la manière dont l'enfant organise ses premières expériences cognitives.

Nous présenterons dans ce chapitre les résultats bibliographiques qui ont mis en évidence quelques conséquences néfastes de la dépression du post-partum sur le développement de l'enfant à l'aide d'études prospectives.

1. Dépression du post-partum et interaction mère-enfant

L'étude des interactions mère-enfant lors des premiers mois qui suivent l'accouchement, met en évidence des perturbations de la relation en cas de dépression postnatale.

COHN & TRONICK (1989) (16) décrivent des difficultés dans l'engagement de la relation de la mère avec son bébé. Les femmes dépressives adoptent soit un comportement hostile et intensif, soit un désengagement et un retrait.

Dans un travail antérieur, ces mêmes auteurs avaient étudié la réaction de nourrissons âgés de trois mois face à leur mère mimant tour à tour des attitudes "normales" ou "dépressives" (diminution de l'expression, des contacts corporels et des mouvements). Lors des situations dépressives, les bébés

avaient des attitudes de détresse. Ils protestaient par des pleurs, diminuaient leurs regards en direction de la mère, avaient moins d'intérêt pour un jeu.

Les résultats des études portant sur des enfants de moins de un an, avec mères dépressives, retrouvent des différences significatives. **FIELD** (1988) (31) met en évidence des différences quant aux interactions de mères dépressives avec leurs nourrissons (âgés de trois à six mois), comparées à un groupe contrôle. Les enfants du groupe index présentent en effet moins d'activités physiques, moins d'expressions faciales, moins de vocalisations. La qualité du regard et de l'orientation de la tête est également moins bonne, comparées aux enfants de mères indemnes. Lors des interactions avec un étranger, ces enfants gardent le même type de relations et induisent chez l'interlocuteur des sentiments avoisinant les symptômes dépressifs : ralentissement psychomoteur, diminution des échanges vocaux, diminution des jeux proposés et de la qualité de réponse à l'enfant.

Dans l'article écrit par **GOLSE** (35), il existe plusieurs formes de dysfonctionnement de l'interaction mère-bébé qui conduisent à une dépression chez le nourrisson. En effet, mis à part la classique dépression anaclitique qui se voit actuellement plus rarement, les dysfonctionnements qualitatifs (où il n'existe pas de carence de soins "matériels" mais plutôt une altération de l'accordage affectif avec dévitalisation de la relation) ou les discontinuités interactives (où la relation est dominée par l'imprévisibilité de la mère) peuvent conduire à plus ou moins long terme à une altération de la structuration psychique de l'enfant.

En ce qui concerne le développement cognitif, on retrouve à neuf mois un attachement moins sécure (*Strange situation test*). Il y a davantage d'échecs aux tests de permanence de l'objet (**MURRAY**, 1992) (73). Rappelons ici que le concept de permanence de l'objet a été défini par **PIAGET**. Au départ l'objet apparaît et disparaît dans du champ visuel du nouveau-né. Progressivement l'objet se détache et l'enfant vers huit, dix mois commence à rechercher un objet qui disparaît derrière un écran. A la fin de la deuxième année, l'enfant est capable de tenir compte des déplacements invisibles de l'objet et de le concevoir comme permanent.

L'étude de **MANZANO (63)** conclut que les relations mère-bébé des mères déprimées pendant le post-partum sont significativement différentes de celles des mères non déprimées. Cette différence a été retrouvée de manière identique à trois mois et à dix-huit mois.

L'adaptation de l'enfant à la dépression de la mère n'est pas toujours négative. "Le bébé n'est jamais une cire molle" (**SAUCIER (92)**). L'enfant peut développer une personnalité marquée par un hyper-investissement des fonctions intellectuelles de maîtrise et de restauration de l'objet et par une identification à la fonction soignante de l'adulte (**27**). Les dépressions maternelles ne sont pas toujours ni nécessaires ni suffisantes pour que l'enfant développe une "dépressivité". Il n'existe pas un simple déterminisme linéaire. D'autre part, l'étayage de l'enfant peut se faire sur un tiers structurant pendant les difficultés maternelles, ce que **JEAMMET** a bien formalisé dans ses concepts de "réalité-étayage", et de "réalité-prothèse" (**50**). En effet, la famille et surtout le père ont leur place "thérapeutique" dans cette dyade favorisant l'élaboration mentale de l'enfant par la constance et la stabilité de leur étayage (**6**).

2. Dépression du post-partum et bébé non gratifiant

Toutes les études que nous venons d'évoquer se basent donc sur une vision normative du nourrisson dans laquelle on s'intéresse finalement peu aux différences qui existent entre chacun d'entre eux, et sur l'impact que peut avoir le comportement du bébé sur l'humeur des parents. Seuls quelques auteurs se sont intéressés à cette dimension des interactions.

Ainsi, **WHIFFEN (1988) (102)** évoque des difficultés maternelles chez les femmes présentant une dépression du post-partum, liées à des caractéristiques de l'enfant qui est décrit comme irritable, pleurant longtemps, et favorisant ainsi la survenue chez la mère d'un sentiment d'incapacité.

GOTLIB (1988) (36) rapporte également que les mères dépressives perçoivent leur enfant comme plus difficile, plus ennuyeux, sans qu'il n'y ait réellement d'évaluation spécifique du bébé.

FIELD (1988) (31) présente une étude comparative, observant des bébés de trois mois de mère déprimée et de mère indemne, lors des interactions avec leur mère et avec des adultes non déprimés. Dans les deux types de relations, les bébés de mères déprimées se présentent comme moins actifs, moins expressifs sur le plan facial. Ils vocalisent moins et ont davantage d'attitudes de prostration pouvant même induire chez les examinateurs des comportements et des sentiments dépressifs.

Dans une étude récente, **MURRAY** (1998) (72) se sont particulièrement intéressés au rôle que peut jouer le nourrisson dans le déclenchement d'une dépression du post-partum. Ils proposent d'étudier les enfants de deux populations de femmes dépressives en post-partum selon l'index prédictif de **COOPER** (1996) (19). Un groupe de femmes est à haut risque de dépression postnatale et un groupe à bas risque. Dans les deux populations sont étudiées séparément les performances de l'enfant avec le *test de Brazelton* au 10ème jour après la naissance, et la présence de troubles de l'humeur précoces (*échelle de Maternity Blues Scale*) chez la mère. On recherche également à coter les perceptions de l'enfant (*Mother and Baby Scale*) au 10ème jour, puis la survenue d'une dépression postnatale à la sixième et huitième semaine après l'accouchement.

Dans le groupe défini comme à haut risque, Lynn Murray retrouve deux facteurs fortement prédictifs de dépression postnatale chez la mère, ceux-ci étant indépendants de l'existence d'un blues dans le post-partum immédiat ou des perceptions maternelles du nouveau-né. Il s'agit d'une part d'un *comportement moteur mal régulé* avec des scores moteurs élevés qui multiplierait par 4,88 le risque de dépression post natale. D'autre part, *l'irritabilité* du bébé multiplierait le risque de dépression postnatale chez la mère par 3,38.

Ainsi dans ce groupe, 80 % des femmes dont les bébés présentent à la fois un mauvais contrôle moteur et une irritabilité, développent par la suite une dépression post natale, contre 40% d'entre elles lorsque le bébé ne présente que l'un des facteurs et 19% lorsque le bébé n'a aucune des deux caractéristiques.

Jusqu'à présent, aucune variable pouvant expliquer un tel "dysfonctionnement" chez l'enfant n'a été mise en évidence: stress pendant la grossesse, tabagisme, déroulement de l'accouchement, Score d'Apgar à la naissance, détresse foetale ou utilisation d'une respiration artificielle. Les résultats concernant le groupe dit à bas risque semblent confirmer le même impact significatif sur l'humeur maternelle de ces deux mêmes facteurs que sont le contrôle moteur mal régulé et à degré moindre dans ce groupe l'irritabilité.

Cette étude ne permet pas d'identifier les mécanismes impliqués dans l'association entre le comportement du nouveau-né et l'apparition d'une dépression post natale. Cependant Lynn Murray émet plusieurs hypothèses. L'enfant pourrait limiter les moments d'échange par son comportement. Il est en effet possible que les activités quotidiennes telles que le bain ou le biberon entraînent davantage de difficultés en raison du mauvais contrôle moteur.

D'autre part, cette absence de contrôle satisfaisant expliquerait l'absence d'expression des signes habituels de sympathie chez les nourrissons, très gratifiants pour les mères.

GUARALDI, dans son étude de 1985, n'a pas trouvé de lien entre une relation mère-bébé perturbée et les données socio-biographiques, les antécédents obstétricaux, la position dans la fratrie, le sexe, la pathologie péri et néonatale du nouveau-né. Par contre, une sexualité problématique pendant la grossesse, une mauvaise impression au moment de la rencontre avec le nouveau-né, un faible poids à la naissance, une prématurité, un allaitement artificiel plus rapidement mis en place, et les difficultés à endormir l'enfant semblent être liées à une mauvaise relation mère-bébé (38).

Une étude actuellement en cours, menée par **COOPER & MURRAY** cherche à repérer l'impact du comportement du nourrisson sur l'état émotionnel de la mère, en étudiant les systèmes de reconnaissance de l'enfant. Les mères présentant une dépression postnatale lors de la première étude se plaignaient très souvent de l'impression que leur enfant ne semblait avoir aucune préférence pour elle, ce qui entraînait un sentiment de tristesse. Les nourrissons ont été testés au dixième jour afin d'évaluer le détournement de la tête soit vers un coton imprégné de l'odeur de la mère, soit vers celui d'une autre mère ayant un bébé du même âge. Les premiers résultats obtenus montrent que les nourrissons dont les mères développent par la suite une dépression post natale ne montrent aucune préférence pour l'un des deux cotons alors que 50 % des enfants de sexe féminin bien portants auraient une préférence très nette pour l'odeur de leur propre mère.

III. Etude clinique

A. Aspects méthodologiques

1. Justification des objectifs

Comme nous l'avons vu dans la revue bibliographique, de nombreuses études ont fait la preuve de répercussions gravissimes des états dépressifs du post-partum sur les relations mère-bébé et leurs conséquences à long terme (71).

Les facteurs de risque de décompensation du post-partum ont eux aussi fait l'objet de multiples recherches (28). Un certain nombre de critères de fragilité ont été suspectés sans qu'il s'agisse d'un réel terrain pathologique. Ces critères sont les suivants :

- antécédents de dépression personnels et familiaux ;
- antécédents de dépression du post-partum ;
- niveau socio-économique défavorisé ;
- âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 30 ans ;
- mères célibataires ;
- perte d'un emploi, chômage ;
- complications obstétricales ;
- problème de fertilité ;
- alimentation de l'enfant au biberon ;
- ambivalence du désir de grossesse ;
- événements de vie négatifs autour de la grossesse ;
- mauvais soutien familial ;
- mauvaise relation mère-mère ;
- personnalité névrotique ;
- intensité du baby blues.

Tous ces facteurs ne sont pas spécifiques de la dépression du post-partum, et peuvent représenter des facteurs de risque ou des événements de vie stressants comme dans n'importe quelle dépression.

L'intérêt des travaux actuels semble maintenant se porter sur la période du pré-partum. L'existence d'une symptomatologie infra-clinique évoluant à plus ou moins bas bruit, passant facilement inaperçue, est suggérée comme nouvel axe de recherches, permettant d'engager les différentes équipes médicales dans un repérage préventif

Notre étude s'intéresse donc à cette période peu prospectée du pré-partum. Nous proposons de réaliser un repérage clinique des troubles dépressifs et anxieux au huitième mois de grossesse, et de faire le lien éventuel avec une mauvaise relation mère-bébé ultérieure. Notre hypothèse de départ est la suivante : **“il existe un lien entre d'une part la symptomatologie dépressive et anxieuse du pré-partum et d'autre part la perturbation de la relation mère-bébé”**.

Cette étude prospective pré-expérimentale basée sur l'article de **J. M. AZORIN (4)** comprend deux parties :

- recueil anonyme des données par numérotage des questionnaires à la consultation du huitième mois sur une période de 4 mois (du mois d'août au mois de décembre 1998 inclus). Ces questionnaires évaluent l'anxiété et la dépression du pré-partum :
- remplissage d'un auto-questionnaire spécifique de la dépression du post-partum avant l'examen clinique sur la base d'un entretien semi-structuré de la mère ; appréciation clinique globale de la relation mère-bébé et des interactions, par un observateur extérieur entraîné à la méthode d'Esther Bick ; cotation d'une échelle évaluant la qualité des relations mère-bébé.

La faisabilité de l'étude a été réalisée sur 5 femmes dont une hospitalisée dans l'Unité de soins de jour Mère-Bébé au C.H. Esquirol.

2. Echantillon

a) *Considérations éthiques*

Nous ne nous sommes pas placés dans un cadre d'expérimentation mais dans celui d'un travail pouvant permettre à toute femme l'élaboration d'une demande de soins. Nous avons respecté la liberté de la future mère, chacune étant libre de participer à cette recherche.

Lors de l'entretien, une proposition de soins a été faite à chaque dyade mère-bébé en souffrance.

b) *Recrutement*

Notre population concerne les femmes enceintes, venant pour la consultation du huitième mois de grossesse, dans les services de gynécologie publiques (C.H.R.U et C.H. Saint Junien) et privés (Clinique du Square des Emailleurs et Clinique du Colombier) sur le département de la Haute-Vienne.

c) *Critères d'inclusion*

- femmes enceintes ;
- accouchement en Haute-Vienne ;
- française ou vivant en France depuis plus de 10 ans.

d) *Critères d'exclusion*

- obstacle linguistique ;
- décès de l'enfant ;
- pathologie psychiatrique grave (psychose, maladie bipolaire), décompensée ;
- psychose puerpérale ;
- conduites addictives ;
- fécondation In Vitro car le parcours est très stressant .

3. Recueil des données

a) *Données concernant la mère, le père*

(1) Données anamnestiques

Nous avons recueilli, au moyen d'un entretien semi-structuré :

- Concernant la mère :

- les antécédents personnels médicaux, obstétricaux, chirurgicaux ;
- les antécédents personnels psychiatriques ;
- les antécédents familiaux psychiatriques ;
- les événements traumatiques anciens ;
- les événements traumatiques pendant la grossesse ou l'accouchement ;
- la qualité de la relation mère-mère ;
- le désir et l'acceptation de la grossesse ;
- les problèmes somatiques, psychiatriques et le vécu de la grossesse, avec examen des dossiers de gynécologie ;
- les problèmes somatiques et le vécu de l'accouchement ;
- la qualité du soutien familial ;
- les données biographiques (âge, statut marital, niveau socio-économique, niveau d'études, nombre d'enfants).

- Concernant le père :

- les antécédents personnels psychiatriques ;
- les données biographiques (âge, statut marital, niveau socio-économique, nombre d'enfants) ;

(2) Evaluation diagnostique

Nos diagnostics sont avant tout cliniques, sur la base des Critères Diagnostiques du DSM-1V et de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M. 10) (14).

(3) Evaluation quantitative

(a) *Au huitième mois de grossesse*

Nous avons utilisé l'échelle de dépression C.E.S.d (61), qui a été largement utilisée et validée dans des enquêtes épidémiologiques notamment chez des sujets consultant en médecine générale. L'intérêt est qu'il existe une note-seuil spécifique aux femmes (par rapport aux hommes) qui est 23, avec une sensibilité de 0.71 et une spécificité de 0.84 (13). Celle-ci nous apparaissait la plus adaptée dans notre étude en comparaison des autres échelles de dépression en raison de l'absence des items somatiques incompatibles avec l'état gravidique. Elle a été utilisée comme outil de dépistage de la dépression dans de nombreuses études, et c'est dans ce sens que nous l'utilisons.

Nous avons utilisé l'Inventaire d'Anxiété Etat de Spielberger ou STAI forme Y-A (2), qui a été étudiée chez les femmes au 7^{ème} et au 8^{ème} mois de grossesse (11). La note-seuil de cette population est de 57, les notes variant de 0 à 80.

Nous n'avons pas fait d'entretien clinique au 8^{ème} mois de grossesse, faute de moyens. En effet, pour ne pas introduire de biais et d'à priori clinique après l'accouchement, il fallait que l'entretien clinique du pré-partum soit fait par une personne différente de celui du post-partum.

(b) *Dans les trois mois suivant l'accouchement*

L'échelle de Cox ou EPDS (Edinburgh Post-natal Depression Scale) nous semblait intéressante du fait de sa simplicité (10 items) et de sa réalisation en auto-évaluation. Elle a aussi comme utilité d'évaluer une période donnée et non un moment ponctuel, et d'être validée en langue française par **GUEDENEY et Coll. (40)**. Cette échelle est spécifique de la dépression post-natale, avec une sensibilité de 0.80 et une spécificité de 0.92 pour une note-seuil de 10.5. Dans notre étude, nous avons utilisé la note-seuil de 11. Nous n'avons pas jugé utile de réutiliser l'échelle CESd en raison de la spécificité de l'échelle de dépression EPDS pour la période du post-partum.

b) *Données anamnestiques concernant l'enfant*

Nous nous sommes basés sur les données contenues dans le carnet de santé de l'enfant :

- date de naissance ;
- poids, taille ;
- score d'Apgar ;
- problèmes de santé depuis la naissance.

c) *Données concernant la relation mère-enfant*

(1) *Evaluation clinique*

Les données de l'impression clinique globale recueillies par les observateurs, tous formés à la méthode d'Esther Bick, ont été transcrites en variables semi-quantitatives :

- 0 : relation mère-bébé harmonieuse ;
- 1 : relation mère-bébé intermédiaire ;
- 2 : relation mère-bébé dysharmonieuse ;

La relation mère-bébé est considérée comme non satisfaisante (dysfonctionnements suffisants pour attirer l'attention) à partir de 1. Cette méthode permet la saisie simultanée du psychisme maternel (par le discours), et de l'interaction mère-bébé, pour une dialectique entre interaction fantasmatique et réelle.

(2) Evaluation comportementale

Nous nous sommes inspirés de la grille des interactions mères bébé de **DURAND et Coll.** pour évaluer les interactions comportementales par un cotateur différent du cotateur clinique. Cette grille, utilisée depuis deux ans par les différents cotateurs, est bien assimilée par toute l'équipe. L'observation de la mère, du bébé et des interactions de la dyade mère-bébé permettent d'évaluer les difficultés interactionnelles dans chaque segment de la relation : interactions corporelles, visuelles, vocales, et expression du visage. Les données recueillies par l'observateur ont été transcrites en variables semi-quantitatives :

- 0 : bonne interaction mère-bébé ;
- 1 : interaction mère-bébé moyenne ;
- 2 : mauvaise interaction mère-bébé.

L'interaction comportementale mère-bébé est considérée comme non satisfaisante (dysfonctionnements suffisants pour attirer l'attention) à partir de 1.

4. Déroulement de l'étude

a) *Présentation de l'équipe*

Elle est composée de cinq infirmières et puéricultrices de l'Unité d'Hospitalisation Mère Bébé de Jour, de l'interne en psychiatrie, supervisés par les psychiatres responsables des Unités mère-bébé : le Dr. C. Rainelli et le Dr. F. Souchaud, Praticiens Hospitaliers au C.H. Esquirol.

b) *Calendrier des évaluations*

Les deux questionnaires du huitième mois de grossesse ont été proposés par les gynéco-obstétriciens, les secrétaires médicales, les sages-femmes et les infirmières des services de consultations en gynécologie, à chaque patiente venant pour la consultation du huitième mois de grossesse, du mois de septembre 1998 au mois de décembre 1998 inclus. Nous avons demandé leur accord écrit aux femmes ayant rempli les questionnaires. Elles s'engageaient à être revues dans les trois mois après l'accouchement avec leur bébé. Les échelles d'auto-évaluation étaient remplies dans la salle d'attente avant la consultation gynéco-obstétrique du huitième mois. Elles étaient recueillies par la sage-femme ou le médecin consultants.

Dans un second temps, chaque femme a été contactée individuellement dans les trois mois après l'accouchement, par téléphone ou par courrier afin de prendre un rendez-vous pour une entrevue. Celles-ci ont eu lieu du mois d'octobre 1998 au mois de février 1999 inclus. Nous avons effectué des visites à domicile quand les femmes ne pouvaient pas se déplacer.

Les mères remplissaient l'échelle d'évaluation EPDS avant l'entretien qui avait lieu en présence du bébé, de l'interne en psychiatrie, et d'un membre de l'équipe de l'Unité de jour. Les scores aux différentes échelles n'étaient pas connus avant l'entretien pour ne pas influencer le jugement.

Après l'entretien, les deux intervenants de l'observation cotaient chacun leur partie sans concertation préalable.

	Echelle STAI-Y	Echelle CES-d	Echelle EPDS	Consultation des dossiers gynécologiques	Entretien clinique : (données concernant la mère, le père, le soutien familial, carnet de santé...)	Evaluation de la relation mère-bébé
	<i>Distribuées par les gynécologues et sage-femmes</i>		<i>Réalisé par l'interne en psychiatrie</i>			<i>Réalisé par un membre de l'Unité de soins mère-bébé</i>
Au huitième mois de grossesse (sept-déc 1998)	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>non</i>	<i>non</i>	<i>non</i>
Après accouchement (nov 1998 - janv 1999)	<i>non</i>	<i>non</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>

Calendrier des évaluations de l'étude

5. Méthodes statistiques utilisées

Pour la méthodologie statistique et l'analyse des données, nous avons été conseillés et orientés par le Dr. P. M. Preux, Maître de Conférences Universitaire, Praticien Hospitalier (U. F. de Recherche Clinique et Biostatistique, C.H.R.U. de Limoges).

a) *Analyse descriptive*

Elle comporte la description de la population, et la description globale des échelles.

b) *Analyse comparative*

Nous avons utilisé des tests non paramétriques du fait des effectifs et de l'absence d'hypothèse à priori sur la normalité des variables dans la population. Pour l'ensemble des analyses, le seuil de significativité a été fixé à **0.05**.

(1) Comparaison de moyennes

Les moyennes de variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test U de **MANN WHITNEY** ou du test de **KRUSKAL** et **WALLIS** en fonction du nombre de groupes à comparer. Les corrélations ont été estimées par le calcul du coefficient de corrélation linéaire r . Les comparaisons de moyenne chez les mêmes femmes avant et après l'accouchement ont été réalisés par des tests appariés (test de **WILCOXON** ou test de **FRIEDMAN**).

(2) Corrélation entre les différentes échelles

Les corrélations quantitatives entre différentes échelles ont été réalisées à l'aide du test des rangs de **SPEARMAN**.

(3) Comparaisons entre deux groupes

Les fréquences de variables qualitatives ont été comparées par le test de **CHI 2 de PEARSON** ou le test exact de **FISHER** en fonction des effectifs théoriques.

(4) Analyse multivariée

Une analyse multivariée a été réalisée par une régression logistique pas à pas descendante.

c) *Logiciels statistiques utilisés*

Nous avons utilisé les logiciels suivants :

- STATVIEW 5.0 ;
- SPSS.

B. Résultats de l'étude

1. Analyse descriptive

a) Description de la population

Dans notre étude, 96 femmes ont accepté de répondre à nos questionnaires du huitième mois. Cela correspond à 13% du nombre total de femmes accouchées sur la Haute Vienne sur 4 mois (en référence aux données de l'année 1997). Elles sont réparties en 79% sur le domaine public et 21% sur le domaine privé (confère Tableau n°4).

	Septembre 1998	Octobre 1998	Novembre 1998	Décembre 1998	Total
C.H.R.U.	15	18	8	8	49
C.H. St Junien	5	6	7	9	27
Clinique du Square des Emailliers	5	0	0	0	5
Clinique du Colombier	2	7	5	1	15

Tableau n° 4 : Répartition des 96 femmes de l'étude selon les maternités et les mois

	Nombre de réponses	Nombre de refus pour la deuxième partie
C.H.R.U.	35	14
C.H. St Junien	7	20
Clinique du Square des Emailliers	4	1
Clinique du Colombier	13	2
Total	59	37

Tableau n°5 : Répartition des réponses selon les différentes maternités

Sur les 96 réponses, deux ont été éliminées d'emblée pour remplissage partiel du questionnaire. Dans la deuxième partie, nous avons eu 59 réponses, ce qui représente 62.11% de la population étudiée. La répartition des réponses est illustrée par le tableau n°5. La relation mère-bébé n'a pu être cotée dans trois cas. Une mère a refusé de réveiller son bébé qui dormait dans la chambre, une autre mère est venue sans son enfant qui avait de graves atteintes neurologiques, la dernière femme a perdu son enfant, décédé au 9^{ème} mois de grossesse.

La totalité de la population étudiée a une **moyenne d'âge** de 29.7 ans, (écart-type de 4.4). L'âge minimum est de 18 ans, l'âge maximum est de 43 ans. Elle se divise en 52.1% d'habitants **urbains** et 47.9% d'habitants ruraux (inférieur à 2000 habitants selon la définition de l'O.M.S). 57.4% des femmes sont **mariées**, 39.4% vivent en concubinage, 3.2% sont célibataires. Sur les 94 mères, 8 sont divorcées. Le nombre moyen d'**enfant** par femme est de 1.6 (écart-type de 0.7). 67.0% des mères n'ont aucun **antécédent obstétrical**, 19.2% ont fait une ou plusieurs fausses couches, 7.5% ont eu une ou plusieurs interruption volontaire de grossesse, 1.1% ont eu une interruption thérapeutique de grossesse, 2.1% ont bénéficié d'une procréation médicalement assistée pour une grossesse antérieure, 3.2% ont des antécédents obstétricaux autres. Il y a 52% de **primipares**.

Les 59 mères ayant répondu (population répondante) ont une moyenne d'**âge** de 30.4 ans (écart-type de 4.6). L'âge minimum est de 18 ans, l'âge maximum est de 43 ans. Elles se divisent en 61% d'habitants urbains et 39% d'**habitants** ruraux. 59.3% des femmes sont **mariées**, 40.7% vivent en concubinage, 0% sont célibataires. Sur les 59 mères, 4 sont divorcées. Le nombre moyen d'**enfant** par femme est de 1.7 (écart-type de 0.8). 11.9% (7 femmes) ont un **revenu familial** inférieur à 5000,00 francs, 44.1% (26 femmes) sont situées entre 5000.00 et 15000.00 francs, et 44.1% (26 femmes) ont plus de 15000.00 francs de revenus mensuels. 28.8% des mères (17 femmes) n'ont pas le **baccalauréat**, 23.7% (14 femmes) ont seulement le baccalauréat, et 47.5% (28 femmes) ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. 59.3% des mères n'ont aucun **antécédent obstétrical**, 18.6% ont fait une ou plusieurs fausses couches, 11.9% ont eu une ou plusieurs interruption volontaire de grossesse, 1.7% ont eu une interruption thérapeutique de grossesse, 3.4% ont bénéficié d'une procréation médicalement assistée pour une grossesse antérieure, 5.1% ont des antécédents obstétricaux autres. **L'âge moyen des bébés** lors de l'entretien était de 2 mois et demi. Il y a 47% de **primipares**.

Les 36 mères ayant refusé de répondre (population non répondante) ont une moyenne d'**âge** de 28.6 ans (écart-type de 3.9). L'âge minimum est de 22 ans, l'âge maximum est de 38 ans. Elles se divisent en 37.1% d'**habitants** urbains et 62.9% d'**habitants** ruraux. 54.3% des femmes sont **mariées**, 37.1% vivent en concubinage, 8.6% sont célibataires. Sur les 36 mères, 4 sont divorcées. Le nombre moyen d'**enfant** par femme est de 1.5 (écart-type de 0.7). 80% des mères n'ont aucun **antécédent obstétrical**, 20% ont fait une ou plusieurs fausses couches. Il n'y a pas eu d'antécédent d'interruption volontaire de grossesse, d'interruption thérapeutique de grossesse, de procréation médicalement assistée pour une grossesse antérieure, ni d'antécédents obstétricaux autres.

b) *Description globale des échelles*

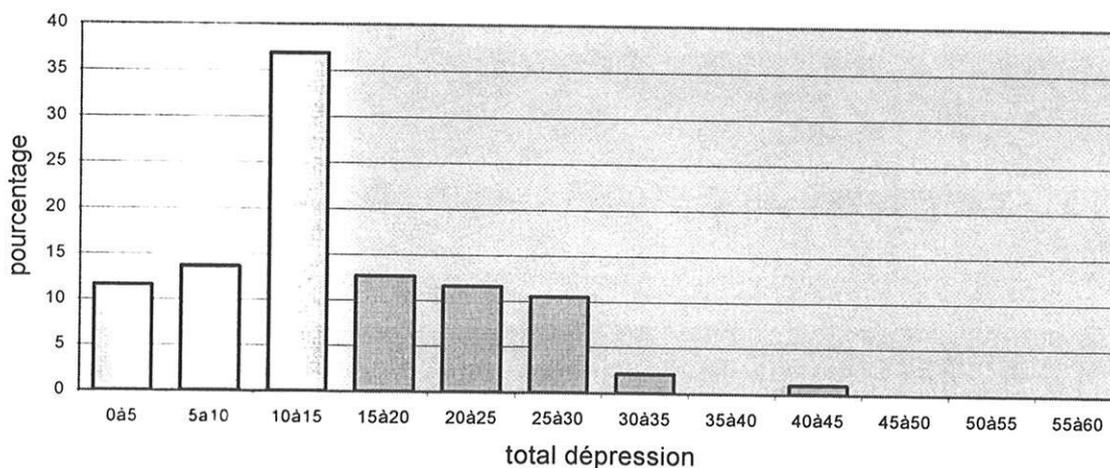
Réponses aux questionnaires de dépression pendant la grossesse (CESd) :

20% de la totalité de la population étudiée, soit 19 femmes, sont cotées comme étant dépressives (note-seuil supérieure ou égale à 23) sur l'échelle **CESd**. La distribution du total à l'échelle suit de façon approchée une loi normale, avec une moyenne de 14.4 (écart-type de 8.3) et une médiane de 13.0 (confère histogramme 1).

25.4% de la population répondante, soit 15 femmes, sont cotées comme étant dépressives sur l'échelle **CESd**.

11.1% de la population non répondante, soit 4 femmes, sont cotées comme étant dépressives sur l'échelle **CESd**.

répartition en % des scores à l'échelle de dépression CESd



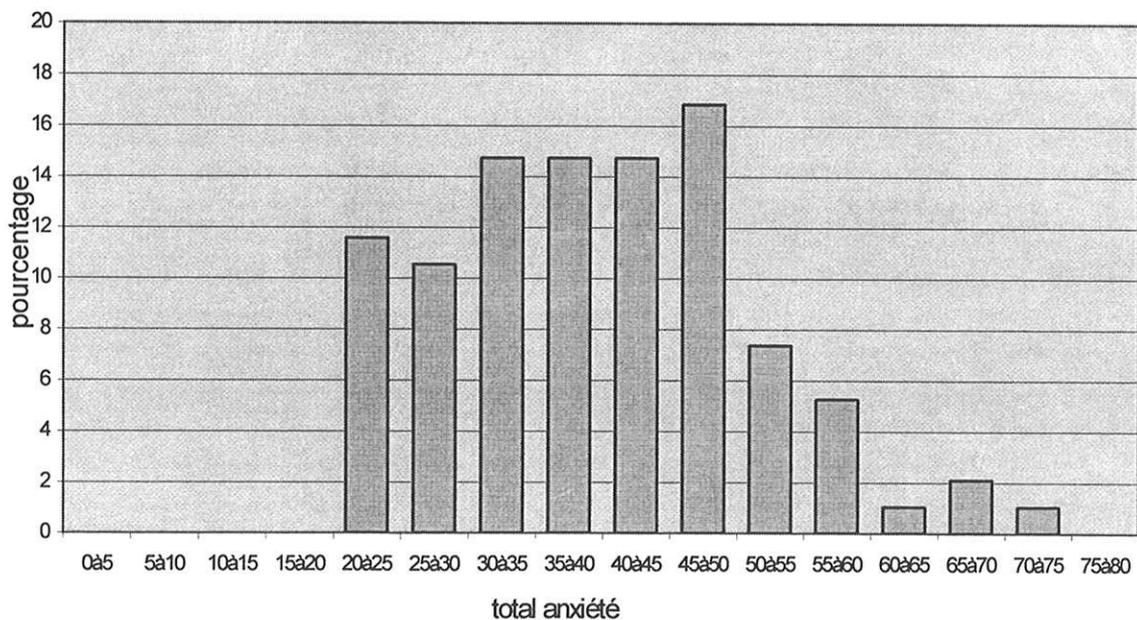
Réponses aux questionnaires d'anxiété pendant la grossesse (STAI-Y) :

6.3% de la population totale étudiée, soit 6 femmes, sont cotées comme étant anxieuses (note-seuil supérieure ou égale à 57) sur l'échelle **STAI-Y**. La distribution des réponses à l'échelle suit de façon approchée une loi normale, avec une moyenne de 39.4 (écart-type de 11.3) et une médiane de 39.0 (confère histogramme 2).

10.2% de la population répondante, soit 6 femmes, sont cotées comme étant anxieuses sur l'échelle **STAI-Y**.

Aucune femme n'a été cotée comme étant anxieuse dans la population non répondante.

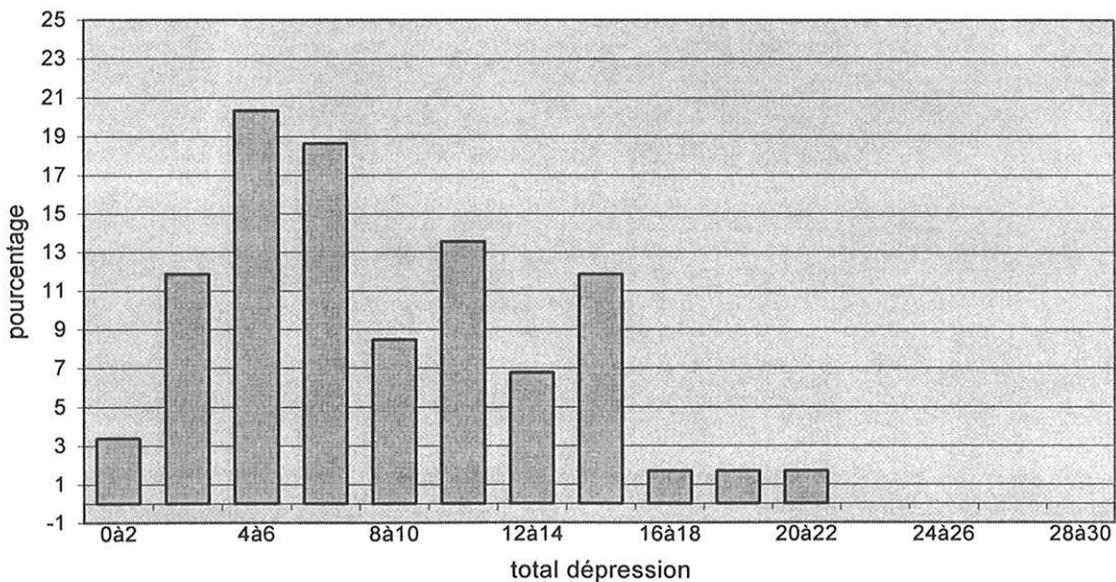
répartition en % des scores à l'échelle d'anxiété STAI-Y



Réponses aux questionnaires de dépression du post-partum (EPDS) :

32.2% de la population répondante, soit 19 femmes, sont cotées comme étant dépressives (note-seuil supérieure ou égale à 11) sur l'échelle **EPDS**. La distribution des réponses à l'échelle suit de façon approchée une loi normale, avec une moyenne de 8.2 (écart type de 4.8) et une médiane de 7.0 (confère histogramme 3).

répartition en % des scores à l'échelle de dépression EPDS



c) *Description clinique*

A l'anamnèse du 8^{ème} mois :

Sur le plan clinique nous avons retrouvé à l'entretien anamnestique 20.3% de mères **probablement dépressives**, soit un total de 12 mères.

Seule une femme enceinte a été suivie et **traitée** par un psychiatre ; une autre a refusé le traitement psychotrope (benzodiazépines) prescrit par son gynécologue. Une troisième femme a vu une psychologue pendant sa grossesse et a eu une consultation avec un pédopsychiatre à la demande du pédiatre.

64.4% des mères, soit 38 femmes, présentaient une symptomatologie **anxieuse** répondant aux critères d'un trouble anxieux non spécifié F41.9 (300.00).

Dans le post-partum :

34.5% des mères, soit 20 femmes, présentaient un **baby blues** dans les 10 jours suivant l'accouchement.

34.5% des mères, soit 20 femmes, présentaient une **dépression du post-partum**.

Analyse des antécédents et des facteurs de risque :

49.2% des mères soit, 29 femmes, avaient des **antécédents de troubles de l'humeur** dont 9 **dépressions du post-partum** (sur 31 femmes multipares). 2 femmes avaient fait une ou plusieurs **tentatives de suicide**.

25.4% des mères, soit 15 femmes, présentaient des **antécédents de trouble anxieux**.

Il n'y avait pas d'antécédent de **psychose** ou de bouffée délirante aigue.

Parmi les **pères**, 10,3% ont des **antécédents dépressifs**. Un père a un antécédent de **conduite addictive** à l'alcool. Un père est décrit comme étant actuellement dépressif, un autre est décrit comme étant alcoolique avec un comportement paranoïaque. Il n'y a pas d'antécédent de psychose traitée.

Sur le plan **familial**, les **troubles de l'humeur** concernent 45.8% des familles. 28.8% ont des antécédents de conduite addictive, à l'alcool essentiellement. Il n'y a pas d'antécédent de psychose traitée.

20.3% des mères, soit 12 femmes ont subi un **événement traumatisant** pendant leur grossesse (deuil, séparation, perte d'un emploi).

La grossesse était **désirée** dans 72.9% des cas, soit 43 femmes. Elle était **mal acceptée** dans 5 cas.

4 femmes ont été **hospitalisées** pendant leur grossesse pour menace d'accouchement prématuré, et une pour placenta praevia. 21 femmes ont eu une grossesse pathologique sans hospitalisation : menace d'accouchement prématuré, fausse-couche d'un jumeau, hypertension gravidique, contractions utérines, vomissements gravidiques, asthme...

Le **vécu de la grossesse** était bon dans 44.1% des cas (26 femmes), moyen dans 33.9% des cas (20 femmes), et mauvais dans 22% des cas (13 femmes)

L'**accouchement** était à terme pour 58 mères sur 59. Les forceps ont été utilisés dans 7 cas. Il y a eu 12 **césariennes** et 1 délivrance artificielle. Il y a eu 3 cas d'hémorragie de la délivrance dont une ayant nécessité une transfusion, et 1 cas de phlébite.

Le **vécu de l'accouchement** a été bon dans 65.5% des cas (38 femmes), moyen dans 17.2% des cas (10 femmes), et mauvais dans 17.2% des cas (10 femmes).

5 bébés ont présenté des pathologies **néonatales** :

- septicémie à streptocoque B ;
- hypoglycémie nécessitant un transfert en réanimation pendant 3 semaines ;
- cryptorchidie droite ;
- pyéloectasie gauche ;
- difficultés d'alimentation nécessitant un gavage.

.9 bébés ont présenté une ou des pathologies **medico-chirurgicales** apparues après un intervalle de temps libre, ayant nécessité(s) une hospitalisation :

- séquelles neurologiques suite à une septicémie au CMV ;
- bronchiolite ;
- bronchiolite, reflux gastro-œsophagien et eczéma ;
- infection rénale ;
- - stagnation du poids ;
- dilatation pyélocalicielle bilatérale (découverte pendant la grossesse) ;
- bronchiolite, hypertonie hemicorps gauche ;
- pneumopathie au CMV avec pneumothorax et emphysème ;
- constipation, eczéma, reflux gastro-œsophagien, conjonctivite.

46.6 % des mères (27 femmes) ont **allaité** leurs bébés pendant 15 jours ou plus.

67.0% des mères (40 femmes) ont trouvé la **relation avec leur bébé** satisfaisante, sans grande difficulté pour l'alimentation ou le sommeil. 18.4% des mères (11 femmes) ont ressenti que la relation était moyennement satisfaisante. 13.6% des mères (8 femmes) se sont trouvées en difficulté dans la relation avec leur bébé.

D'après les mères, le **soutien du père** était bon dans 49.2% des cas, soit 29 femmes. Il était moyen dans 32.2% des cas (19 femmes) et mauvais dans 18.6% (11 femmes). De la même manière, le **soutien familial** était bon dans 35.6% des cas (21 femmes). Il était moyen dans 25.4% des cas (15 femmes) et mauvais dans 39% des cas, soit 23 femmes.

Evaluation clinique des interactions :

D'après l'observation clinique, 53.6% des mères, soit 30 femmes, avaient **une relation mère-bébé harmonieuse**. La relation était intermédiaire dans 33.9% des cas, soit 19 femmes. Enfin nous avons retrouvé une relation dysharmonieuse dans 12.5% des cas, soit 7 femmes. 3 relations mère-bébé n'ont pu être jugées (confère ci-dessus).

D'après la grille comportementale, nous avons jugé que **l'interaction comportementale** était harmonieuse dans 58.9% (33 femmes). Elle était intermédiaire dans 23.2% des cas (13 femmes) et dysharmonieuse dans 17.9% (10 femmes) des cas.

Descriptions croisées (clinique et échelles) :

Parmi les 30 femmes ayant une relation mère-bébé **harmonieuse**, nous avons retrouvé les pathologies suivantes :

- 3 symptomatologies dépressives du pré-partum ;
- 16 symptomatologies anxieuses ;
- 6 dépressions du post-partum ;
- 12 femmes ne sont ni anxieuses ni dépressives pendant ou après leur grossesse ;
- 2 femmes présentent à la fois une symptomatologie dépressive pendant et après la grossesse, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse ;
- une seule femme semble avoir présenté seulement une dépression pendant la grossesse ;
- 11 femmes sont seulement anxieuses ;
- une seule femme présente seulement une dépression du post-partum.

Parmi les 30 femmes ayant une relation mère-bébé **harmonieuse**, les scores aux échelles donnent les résultats suivants :

- la majorité des femmes (22) ont un score inférieur à la note-seuil aux 3 échelles ;
- 2 femmes ont des scores positifs à l'échelle d'anxiété **STAI-Y** ;
- 4 femmes ont des scores positifs à l'échelle de dépression **CESd** ;
- 7 femmes ont des scores positifs à l'échelle de dépression **EPDS** ;
- une seule femme cote de manière positive aux trois échelles ;
- une seule femme cote de manière positive seulement à l'échelle d'anxiété **STAIY** ;
- 3 femmes cotent de manière positive seulement à l'échelle de dépression **EPDS**.

Parmi les 19 femmes ayant une relation mère-bébé **intermédiaire**, nous avons retrouvé les pathologies suivantes :

- 7 symptomatologies dépressives du pré-partum ;
- 14 symptomatologies anxieuses ;
- 7 dépressions du post-partum ;
- 5 femmes ne sont ni anxieuses ni dépressives pendant ou après leur grossesse ;
- 5 femmes présentent à la fois une symptomatologie dépressive pendant et après la grossesse, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse ;
- 5 femmes sont seulement anxieuses.

Parmi les 19 femmes ayant une relation mère-bébé **intermédiaire**, les scores aux échelles donnent les résultats suivants :

- la majorité des femmes (11) ont un score inférieur à la note-seuil aux différentes échelles ;
- 3 femmes ont des scores positifs à l'échelle d'anxiété **STAI-Y** ;
- 8 femmes ont des scores positifs à l'échelle de dépression **CESd** ;
- 4 femmes ont des scores positifs à l'échelle de dépression **EPDS** ;
- deux femmes cotent de manière positive aux trois échelles ;
- 3 femmes cotent de manière positive seulement à l'échelle de dépression **CESd**.

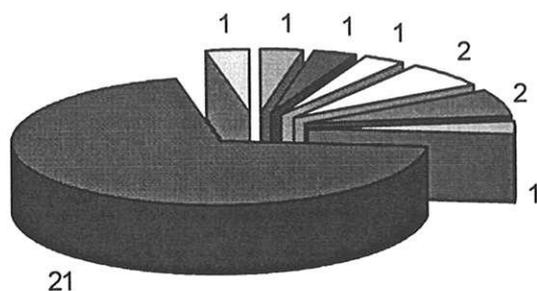
Parmi les 7 femmes ayant une relation mère-bébé **dysharmonieuse**, nous avons retrouvé les pathologies suivantes :

- 2 symptomatologies dépressives du pré-partum ;
- 6 symptomatologies anxieuses ;
- 6 dépressions du post-partum ;
- toutes les femmes présentent une ou plusieurs des trois pathologies citées ci-dessus ;
- 2 femmes présentent à la fois une symptomatologie dépressive pendant et après la grossesse, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse ;
- 1 femme est seulement anxieuse ;
- 1 femme présente seulement une dépression du post-partum.

Parmi les 7 femmes ayant une relation mère-bébé **dysharmonieuse**, les scores aux échelles donnent les résultats suivants :

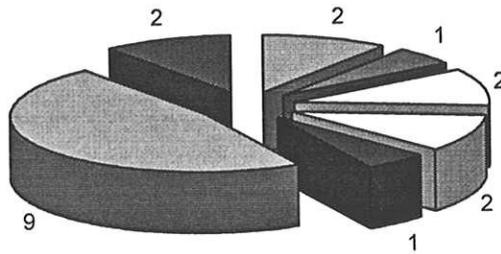
- une seule femme a un score inférieur à la note-seuil aux différentes échelles ;
- aucune femme n'a de score positif à l'échelle d'anxiété **STAI-Y** ;
- 2 femmes avaient des scores positifs à l'échelle de dépression **CESd** ;
- 6 femmes avaient des scores positifs à l'échelle de dépression **EPDS** ;
- 4 femmes cotent de manière positive seulement à l'échelle de dépression **EPDS**,
- 2 femmes cotent de manière positive aux deux échelles de dépression (**CESd** et **EPDS**).

répartition des femmes ayant une relation mère bébé harmonieuse
selon les scores aux échelles et le diagnostic de la dépression du
post partum



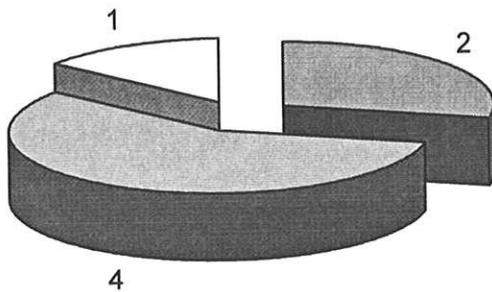
21 femmes ne présentent pas de dépression du post-partum et ont des scores négatifs à toutes les échelles. Une femme est dépressive et positive à toutes les échelles. Une femme présente une dépression du post partum et est positive à l'échelle d'anxiété STAI-Y. Une autre est positive aux deux échelles de dépression seulement. Deux femmes sont seulement positives à l'échelle de dépression EPDS, deux présentent une dépression du post-partum et sont positives aux deux échelles de dépression.

**répartition des femmes ayant une relation mère bébé intermédiaire
selon les scores aux échelles et le diagnostic de la dépression du
post partum**



Neuf femmes ne présentent pas de dépression et ne sont pas positives aux échelles. Deux femmes présentent seulement une dépression du post-partum, et deux sont seulement positives à l'échelle de dépression CESd. Une femme est dépressive et est positive à l'échelle de dépression CESD, une autre à l'échelle de dépression CESd et l'échelle d'anxiété STAI-Y. Deux sont positives à toutes les échelles et sont dépressives. Deux femmes sont dépressives et sont positives aux échelles de dépressions : CESd et EPDS.

répartition des femmes ayant une relation mère bébé dysharmonieuse selon les scores aux échelles et le diagnostic de la dépression du post-partum



Parmi les sept femmes qui ont une relation mère bébé dysharmonieuse, quatre présentent une dépression du post-partum et positives à l'échelle de dépression EPDS. Deux sont dépressives et positives aux échelles de dépression, une ne présente pas de dépression du post-partum et n'est pas positive aux échelles.

2. Analyse comparative

a) *Comparaison mère répondantes et non répondantes*

Il existe une différence significative d'âge entre les deux groupes ($p=0.03$). En effet, le groupe répondant a une moyenne d'âge de 30.4 ans (écart-type de 4.6) contre une moyenne de 28.57 ans (écart-type de 3.8) dans le groupe non répondant.

De même, le lieu d'**habitation** est significativement différent entre les deux groupes ($p=0.03$) : 62.9% des non répondants sont ruraux contre 39.0% des répondants.

Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes pour l'état **matrimonial**, le nombre d'**enfants**, et les **antécédents obstétricaux**.

Le groupe de répondantes ne diffère pas de celui des non répondantes pour l'échelle de dépression **CESd**. 79% des femmes dépressives sont dans le groupe répondant contre 21% dans le groupe non répondant.

La comparaison de moyenne entre le groupe de répondantes et non répondantes ne diffère pas pour l'échelle d'anxiété **STAI-Y**. Par contre, on peut noter que 100% des femmes "anxieuses" (celles qui ont un score supérieur à 57) sont dans le groupe répondant, ce qui pose le problème de la note seuil.

Au total, les 36 mères ayant refusé de répondre à la deuxième partie de l'étude ont le même profil de répartition que les femmes répondantes pour les réponses aux échelles d'anxiété et de dépression, l'état matrimonial, le nombre d'enfants, et les données gynéco-obstétricales (antécédents, déroulement de la grossesse, accouchement). Par contre, elles sont moins âgées et habitent plus à la campagne.

Comme nous allons le voir ci-dessous, il n'existe aucun lien entre les pathologies étudiées, l'âge et le lieu d'habitation, nous pouvons donc considérer que le groupe de femmes non répondantes n'est pas différent du groupe des répondantes pour notre étude.

b) Comparaison de moyennes pour chaque échelle

Le but de cette comparaison est de rechercher dans chaque échelle s'il existe des items plus spécifiques de la population étudiée.

La comparaison de moyenne entre les items de l'échelle **CESd** et le score total obtenu, et la corrélation avec le total sont bonnes sauf pour les items suivants :

- "les autres ont été hostiles envers moi" (p NS et coefficient de corrélation=0.22) ;
- "j'ai du mal à me concentrer sur ce que je fais" (p NS et coefficient de corrélation=0.34).

La comparaison de moyennes montre une très bonne différence significative pour les items ci-dessous et le score total à l'échelle ($p < 0.0001$), et une bonne corrélation avec le total :

- "j'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.66) ;
- "je me suis sentie déprimée" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.67) ;
- "j'ai été confiante en l'avenir" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.59) ;
- "j'ai pensé que ma vie était un échec" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.59) ;
- "j'ai parlé moins que d'habitude" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.57) ;
- "je me suis sentie seule" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.70) ;
- "j'ai eu des crises de larmes" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.60) ;
- "je me suis sentie triste" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.66) ;
- "j'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas" ($p < 0.0001$ et coefficient de corrélation=0.56).

La comparaison de moyenne entre les items de l'échelle **STAI-Y** et le score total obtenu, est bonne sauf pour les items :

- "je me sens calme" (p NS) ;
- "l'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment" (p NS).

Par contre, la corrélation entre tous les items et le total est bonne.

La comparaison de moyenne entre les items de l'échelle **EPDS** et le score total montre une différence significative ($p < 0.05$). Il existe une bonne corrélation avec le total sauf pour les items :

- "j'ai pu envisager l'avenir avec plaisir" (coefficient de corrélation=0.49) ;
- "j'ai été anxieuse ou ennuyée sans raison valable" (coefficient de corrélation=0.46) ;
- "la pensée de me faire du mal m'a traversé l'esprit" (coefficient de corrélation=0.48).

Au total, nous avons comparé pour chaque échelle les scores des items au score total de l'échelle, afin de rechercher des items plus spécifiques à notre population : femmes dépressives et/ou anxieuses au 8^{ème} mois de grossesse. Les comparaisons des moyennes ne font pas ressortir d'items plus spécifiques, ce qui est cohérent avec la validation de l'échelle. Pour une telle recherche, peut-être faudrait-il un échantillon de femmes enceintes de plus grande taille.

c) *Corrélation entre les différentes échelles*

La comparaison des moyennes montre une très bonne corrélation entre les différentes échelles ($p < \text{ou égal à } 0.0001$). Ce résultat est fort intéressant, notamment pour l'échelle de l'anxiété STAI-Y qui dépiste l'anxiété que chez 6 femmes en prenant comme note seuil : 57 ; par contre la répartition de ses scores est comparable aux autres échelles.

d) *Corrélation entre la clinique et les échelles*

Il existe un lien statistiquement significatif ($p < 0.0001$) entre la **symptomatologie dépressive du pré-partum** et le score obtenu à l'échelle **CESd**. Les 12 mères dépressives ont une moyenne de 26.8 (écart type=6.7). Les 47 mères non dépressives ont une moyenne de 12.7 (écart type=7).

De la même manière, nous avons retrouvé un lien statistiquement significatif ($p=0.03$) entre la **symptomatologie dépressive du pré-partum** et le score obtenu à l'échelle **STAI-Y**. Les 12 mères dépressives ont une moyenne de 49.7 (écart type=10.7). Les 47 mères non dépressives ont une moyenne de 38.6 (écart type=11.5).

Nous avons également retrouvé un lien statistiquement significatif ($p=0.007$) entre le probable diagnostic de **dépression du pré-partum** et le score obtenu à l'échelle **EPDS**. Les 12 mères dépressives ont une moyenne de 11.3 (écart type=4.3). Les 47 mères non dépressives ont une moyenne de 7.4 (écart type=4.7).

Echelles		Dépression du pré-partum		Pas de dépression du pré-partum		P
		Moy	Ecart type	Moy	Ecart-type	
CESd	Note-seuil : 23	26.8	6.7	12.7	7.0	<0.0001
STAI-Y	Note-seuil : 57	49.7	10.7	38.6	11.5	0.03
EPDS	Note-seuil : 11	11.3	4.3	7.4	4.7	0.007

Ces données sont à utiliser avec prudence car la symptomatologie dépressive du pré-partum n'a pu être jugée que sur les données anamnestiques.

Il existe un lien entre la **symptomatologie anxieuse** pendant la grossesse et le score obtenu à l'échelle **STAI-Y** ($p=0.0003$). Les 38 femmes anxieuses ont une moyenne plus élevée que les non anxieuses : 45.0 (écart type=12.2) contre 33.4 (écart type=7.5).

De même les femmes anxieuses ont un score significativement plus élevé à l'échelle **CESd** ($p<0.0001$) : 19.0 (écart type=8.9) contre 9.4 (écart type=4.9).

Enfin, de la même manière, les femmes anxieuses cotent plus sévèrement à l'échelle **EPDS** ($p=0.0006$) : 9.7 (écart type=4.9) contre 5.4 (écart type=3.3).

Echelles		Symptomatologie anxieuse		Pas de symptomatologie anxieuse		P
		Moy	Ecart type	Moy	Ecart-type	
CESd	Note-seuil : 23	19.0	8.9	9.4	4.9	<0.0001
STAI-Y	Note-seuil : 57	45.00	12.2	33.4	7.5	0.0003
EPDS	Note-seuil : 11	9.7	4.9	5.4	3.3	0.0006

Ces données sont à utiliser avec prudence car la symptomatologie anxieuse du pré-partum n'a pu être jugée que sur les données anamnestiques.

Les 20 mères présentant une **dépression du post-partum** ont un score significativement plus élevé aux 3 échelles.

Echelles		Dépression du post-partum		Pas de dépression du post-partum		P
		Moy	Ecart type	Moy	Ecart-type	
CESd	Note-seuil : 23	20.8	9.5	12.6	7.2	0.002
STAI-Y	Note-seuil : 57	48.5	10.6	36.3	10.4	0.0002
EPDS	Note-seuil : 11	12.5	3.7	5.3	3.5	<0.0001

Concernant **la relation mère-bébé**, il existe un lien linéaire entre l'intensité pathologique de la relation et l'inadéquation de **l'interaction comportementale** ($p < 0.0001$).

Nous n'avons pu constater l'existence que d'une tendance entre l'intensité pathologique de **la relation mère-bébé** et le score total obtenu à l'échelle de dépression **CESd** ($p = 0.06$).

Par contre, il existe un lien statistiquement significatif entre l'intensité pathologique de la relation mère-bébé et le score total obtenu aux échelles d'anxiété STAI-Y et de dépression du post-partum EPDS :

Echelles	Relation mère-bébé harmonieuse		Relation mère-bébé intermédiaire		Relation mère-bébé dysharmonieuse		P
	Moy	Ecart type	Moy	Ecart type	Moy	Ecart -type	
CESd	12.9	7.6	18.8	10.7	19.4	4.4	0.06
STAI-Y	36.6	11.0	45.6	11.6	47.1	9.0	0.008
EPDS	6.8	4.0	7.7	3.7	15.0	4.6	0.002

e) *Corrélation entre les différents diagnostics cliniques*

Sur le plan clinique, il n'y a pas de lien entre la **relation mère-bébé** et l'existence d'une **symptomatologie anxieuse** pendant la grossesse. Par contre, il existe une tendance ($p=0.07$) pour un lien entre la relation mère-bébé et l'existence probable **d'une dépression du pré-partum**. Enfin, il existe un lien statistiquement significatif entre la relation mère-bébé et l'existence **d'une dépression du post-partum** ($p=0.004$).

Par contre, il existe un lien statistiquement significatif entre le diagnostic de **dépression du post-partum** et la symptomatologie dépressive pendant la grossesse ($p=0.002$). Ce lien est à tempérer puisque la symptomatologie dépressive du pré-partum est une donnée anamnétique. Il est évident que les femmes dépressives pendant l'entretien peuvent avoir une vision plus pessimistes de leur grossesse. De même, il existe un lien statistiquement significatif entre le diagnostic de **dépression du post-partum** et la **symptomatologie anxieuse** suspectée pendant la grossesse ($p=0.02$).

f) *Corrélation entre clinique et facteurs de risque*

La **symptomatologie dépressive du pré-partum** est liée de manière statistiquement significative avec :

- les antécédents personnels de trouble de l'humeur ($p=0.02$) ;
- un niveau d'études bas ($p=0.05$) ;
- un revenu familial plus faible ($p=0.04$) ;
- un mauvais soutien du père ($p=0.004$) ;
- un vécu de grossesse pénible ($p<0.0001$) ;
- un ou plusieurs événements traumatiques pendant la grossesse ($p=0.05$) ;
- l'ambivalence vis à vis de la grossesse ($p=0.05$).

La **symptomatologie anxieuse** est liée de manière statistiquement significative avec :

- les antécédents personnels de trouble de l'humeur ($p=0.02$) ;
- un événement traumatique pendant la grossesse ($p=0.005$) ;
- un mauvais vécu de la grossesse ($p=0.0008$) ;
- des problèmes médico-chirurgicaux à la naissance ($p=0.04$).

La **dépression du post-partum** est liée de manière statistiquement significative avec un mauvais vécu de la grossesse ($p=0.007$) et un mauvais vécu de l'accouchement ($p=0.03$). De même avec des antécédents personnels de troubles de l'humeur ($p=0.05$) et une ambivalence vis à vis de l'acceptation de la grossesse ($p=0.04$). Il n'y a pas de lien statistiquement significatif avec le Baby Blues, et avec un ou plusieurs événements traumatiques pendant la grossesse.

La mauvaise qualité de **la relation mère-bébé** est liée de manière statistiquement significative avec :

- l'ambivalence vis à vis de l'acceptation de la grossesse ($p=0.02$) ;
- un faible niveau d'études ($p=0.04$).

Nous avons retrouvé une tendance ($p=0.06$) entre la relation mère-bébé et des antécédents personnels de troubles de l'humeur.

Il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre les différents diagnostics cliniques (dépression du post partum et relation mère-bébé), et les facteurs de risque suivants :

- âge ;
- état matrimonial ;
- lieu d'habitation ;
- nombre d'enfants ;
- mauvaise relation mère-mère ;

- absence de soutien familial ;
- absence de soutien du père ;
- antécédents obstétricaux ;
- antécédents familiaux de troubles de l'humeur ;
- grossesse non désirée ;
- pathologie somatique pendant la grossesse ;
- accouchement dystocique ;
- problèmes médico-chirurgicaux après l'accouchement ;
- baby blues ;
- problème médico-chirurgical du bébé après la naissance ;
- allaitement maternel.

g) Analyse multivariée

Une analyse multivariée a été réalisée par une régression logistique pas à pas descendante, afin d'analyser les facteurs le plus liés à la relation mère-bébé. **L'intensité de l'anxiété cotée à l'échelle STAI-Y reste le plus liée à la relation mère-bébé de façon indépendante des autres facteurs.**

IV. SYNTHÈSE

A. Biais méthodologiques liés à l'étude

1. Concernant le recrutement

Le recrutement n'a pas été fait par hasard. Seules les femmes motivées ont participé à l'étude, ce qui implique naturellement un biais. La motivation peut être de plusieurs ordres : les femmes altruistes ne se sentant pas pathologiques, les femmes souffrantes se posant des questions sur elles-mêmes. La population de femmes ayant répondu à la totalité de l'étude comporte une très forte proportion de dépressives ou de personnes ayant des antécédents de dépression, personnels ou familiaux, par rapport aux données épidémiologiques généralement admises chez les femmes de cet âge.

D'autre part, la dépression peut en elle-même entraîner la perte de vue des patientes, ce qui constitue un biais inhérent à toutes les études de populations de patients déprimés.

On peut émettre l'hypothèse que les personnes n'ayant pas participé du tout n'étaient pas bien informées par les soignants en raison de leur charge importante de travail, ou bien n'avaient pas de motivation pour une étude psychiatrique.

Par contre, les femmes ayant refusé de répondre à la deuxième partie de l'enquête invoquaient souvent le manque de temps. Quelques femmes probablement dépressives ont pu refuser d'être confronté à un milieu soignant.

Le recrutement n'a pas permis la constitution de deux groupes appariés pour l'étude statistique.

La population répondante concerne les femmes plus âgées et urbaines par rapport aux femmes n'ayant pas répondu. Bien que nous n'ayons pas retrouvé de lien entre l'âge et le lieu d'habitation, cette population n'est pas représentative de la population des femmes accouchant en Haute Vienne.

Il est certain que la disparité des lieux d'habitation en Haute Vienne n'a pas été en notre faveur. Les femmes n'ayant pas répondu à la seconde partie de l'enquête habitent plus souvent à la campagne et ont certainement plus de mal à se déplacer.

2. Concernant la méthodologie

Il n'a pas été possible de faire de diagnostic clinique pendant la période du pré-partum étant donné que l'entretien n'avait lieu qu'après l'accouchement. De plus, beaucoup de femmes avaient des difficultés à faire l'anamnèse de leur grossesse. Elles globalisaient les éventuels symptômes dans la durée et dans l'intensité, ne pouvant faire la part de ce qui correspondait au troisième trimestre.

Classiquement, la symptomatologie dépressive augmente pendant le troisième trimestre après une diminution au cours du deuxième trimestre. C'est pour cela que nous nous sommes intéressés à cette période. Par contre, il est vrai que la symptomatologie anxieuse ou dépressive peut survenir à tout moment de la grossesse, voire être guérie ou masquée au troisième trimestre, et ainsi biaiser notre étude.

Certaines femmes anxieuses ou dépressives ont pu passer inaperçues. D'une part parce que le seuil de positivité de l'échelle d'anxiété STAI-Y nous semble à postériori très élevé. D'autre part parce que la symptomatologie dépressive pendant la grossesse est souvent masquée. Enfin la symptomatologie anxieuse est banale pendant la grossesse.

Le remplissage des échelles n'a été fait qu'une seule fois, et est forcément soumis à l'attente anxieuse avant la consultation, voire à la réaction aux événements de vie s'étant déroulés ce jour là.

La symptomatologie dépressive n'a été jugée qu'à un seul entretien. Nous nous sommes basés sur les critères diagnostiques du D.S.M. IV qui limitent le début de la décompensation aux quatre premières semaines du post-partum, et qui ne tiennent pas compte de la spécificité de la pathologie dépressive périnatale.

D'autre part, la dépression du post-partum pouvait être déjà guérie ou pas encore décompensée. Certaines mères pouvaient dissimuler leurs symptômes dépressifs sur un laps de temps très court, notamment pendant l'entretien.

Lors de l'entretien du post-partum, deux observateurs différents avaient pour tâche de poser deux diagnostics au même moment : l'existence d'une dépression du post-partum et l'existence d'une dysharmonie dans la relation mère-bébé. Le diagnostic de la qualité de la relation mère-bébé pouvait être influencé par la symptomatologie dépressive montrée par la mère. Ce facteur de confusion pouvait favoriser une surreprésentation d'une relation mère-bébé dysharmonieuse chez les femmes dépressives.

De même, la relation mère-bébé n'a pu être évaluée que sur un laps de temps court, une heure environ, et une seule fois dans l'étude. Cette évaluation est-elle représentative de la qualité réelle de l'interaction mère-enfant ?

L'action thérapeutique des questionnaires a pu améliorer la symptomatologie clinique ultérieure. Ces femmes pouvaient entrevoir la possibilité de verbaliser les problèmes, entraînant un processus thérapeutique, notamment chez celles ayant une grande capacité de mentalisation.

B. Commentaires sur l'analyse statistique

1. Caractéristiques générales de la population

Notre échantillon est constitué de 59 femmes ayant participé à la totalité de l'étude. Celles-ci ne sont peut-être pas tout à fait représentatives de la population de la Haute Vienne. En voici le profil :

- un peu moins de la moitié sont primipares (47%) ;
- la moyenne d'âge est de 30 ans ;
- la majorité sont mariées (60%)
- leur niveau socio-économique est assez élevé (88% ont des revenus familiaux supérieurs à 5000 francs dont la moitié ont des revenus supérieurs à 15000 francs) ;
- 47% de ces femmes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat ;
- ces femmes habitent plutôt en ville (60%) ;
- le nombre moyen d'enfant par femme est de 1.7 ;
- 59% de ces femmes n'ont aucun antécédent obstétrical ;
- la moitié ont des antécédents personnels de troubles de l'humeur, et 25% de troubles anxieux ;
- Sur le plan des antécédents familiaux, les troubles de l'humeur concernent 45% des cas ;
- Le père de l'enfant présente des antécédents dépressifs dans 10% des cas.

Sur le plan statistique, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre le groupe des femmes répondantes et celui des femmes non répondantes.

Notre population a à peu près le même profil-type que celui retrouvé dans l'étude **MATQUID** (7) et **ROUILLON (88)**, en dehors des antécédents personnels et familiaux. En effet, nous avons pu noter que les antécédents de dépression relevés sont plus nombreux en fréquence que dans ces études. Cela est peut-être dû à notre mode de sélection. D'autre part, nous n'avons pas différencié les antécédents familiaux au premier et second degré, ce qui en augmente la fréquence.

2. Clinique et évaluation métrologique

Dans notre population totale (95 femmes), 20% ont des scores supérieurs à la note-seuil à l'échelle CESd, ce qui est comparable aux données de la littérature. Par contre, l'étude **MATQUID** retrouve moins de 2% de scores positifs. Cette étude a l'intérêt de suivre les femmes et leur bébé pendant deux années après la naissance pour établir des corrélations entre les troubles de l'établissement du lien mère-enfant, les avatars du développement de l'enfant, et la psychopathologie puerpérale. D'après les auteurs, le fait que l'étude soit longue, sélectionne les femmes pouvant s'investir à long terme, donc les non dépressives pendant leur grossesse. Le pourcentage de scores positifs à l'échelle CESd est de 25% dans notre population répondante (59 femmes). Nous pensons que les femmes "dépressives" pendant leur grossesse étaient suffisamment motivées pour participer à la totalité de l'enquête, ce qui crée une sous-population.

Nous avons retrouvé 6.3% de femmes positives à l'échelle d'anxiété-état. Comme nous avons choisi une échelle où les items somatiques apparaissent peu, notre échelle n'est pas comparable à celle de l'étude **MATQUID**.

Nous avons recueilli 32% de scores positifs à l'échelle EPDS dans notre population répondante (soit 19 femmes sur 59). Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans les autres études (prévalence variant entre 10 et 20%) (59). Les 59 femmes constituent une sous-population où la positivité à l'échelle CESd est surévaluée, ce qui peut expliquer le taux élevé de positivité à l'échelle EPDS. Ceci est en faveur de l'hypothèse de MANZANO dans laquelle une partie des femmes présentant une dépression du post-partum auraient débuté leur dépression pendant la grossesse.

Nous n'avons pas retrouvé dans les échelles d'items plus spécifiques à la population étudiée. Il existe une très bonne corrélation entre les trois échelles.

Le diagnostic clinique de dépression du post-partum est lié de manière significative aux différentes échelles de dépression et d'anxiété. MANZANO a souligné ce lien dans son article de 1997 (62). Il serait intéressant de comparer avec les résultats futurs de l'étude MATQUID. Nous n'avons pu constater l'existence que d'une tendance entre l'intensité pathologique de la relation mère-bébé et le score total obtenu à l'échelle de dépression CESd. Par contre, il existe un lien statistiquement significatif entre l'intensité pathologique de la relation mère-bébé et le score total obtenu aux échelles d'anxiété STAI-Y.

De même, l'intensité pathologique de la relation mère-bébé est liée de manière significative à l'existence d'une dépression du post-partum et à l'échelle de dépression du post-partum EPDS. Cela correspond aux données de la littérature.

Nous avons mis en évidence des facteurs de risque pour la dépression du post-partum. Ce sont les suivants :

- un mauvais vécu de la grossesse et/ou de l'accouchement. Ces données ont été analysées par **MANZANO** (1996) qui retrouvait également ce lien statistiquement significatif. Mais il faut avoir à l'esprit que la perception de la grossesse et de l'accouchement chez une femme déprimée peut être plus négative que celle d'une femme non déprimée. D'ailleurs, **CAMPBELL** (1991) rapporte que les femmes qui développent une dépression post-natale évoquent plus souvent des complications obstétricales même si après consultation des dossiers médicaux il n'y a pas de différence avec le groupe témoin.
- des antécédents personnels de troubles de l'humeur. La plupart des études décrivent une association positive, notamment **MURRAY** et **COOPER** (1995) (18) qui suggèrent l'existence d'une vulnérabilité démasquée par la naissance chez les femmes ayant des antécédents de dépression. Ces femmes risquent de développer un nouvel épisode dépressif lors des naissances ultérieures ;
- une "non acceptation" de la grossesse, ce qui a déjà été mis en évidence par **WARNER** (1996) et **MURRAY** (1995). Cette "non acceptation" contribuerait au manque d'engagement vis à vis du bébé.

Nous avons également mis en évidence des facteurs de risque d'une relation mère-bébé dysharmonieuse. Ce sont les suivants :

- ambivalence vis à vis de l'acceptation de la grossesse : le lien entre une relation mère-bébé dysharmonieuse et l'ambivalence vis à vis de la grossesse n'a pas été recherché dans la littérature, cependant nous pourrions extrapoler le lien existant entre la dépression du post-partum et ce facteur de risque qui a été étudié dans de nombreuses études (70), (100) ;
- faible niveau d'études : Ce facteur de risque n'a pas été étudié dans la littérature. De tels liens n'ont pas été non plus retrouvés avec des facteurs avoisinants tels que le faible niveau économique ou l'appartenance à une couche sociale défavorisée et la dépression du post-partum (100).

Nous n'avons pas trouvé de lien avec les autres facteurs de risque suivants :

- âge : les études bibliographiques trouvent que la moyenne d'âge des femmes qui développent une dépression du post-partum ont sensiblement les mêmes âges que les témoins, sauf pour **KUMAR** pour qui une grossesse après l'âge de 30 ans constituerait un risque particulier ;
- état matrimonial : les différentes études concluent à l'absence de lien significatif, en dehors de **WARNER** (1996) qui note un risque de dépression accru chez les mères célibataires ; nous ne pouvons pas porter un tel jugement dans notre étude car nous n'avons pas eu de mères célibataires ;

- mauvaise relation mère-mère : c'est une donnée classique de la littérature, étudiée par **GOTLIB** (1991) qui conclut à un facteur de risque spécifique de la dépression du post-partum ;
- absence de soutien familial ou du père : **PITT** (1968), **GOTLIB** (1991) retrouvent au contraire un lien. Pour eux, le manque de soutien préexistait avant la grossesse ;
- antécédents obstétricaux, déroulement de la grossesse et de l'accouchement : il n'existe pas de consensus dans la littérature à ce sujet. **PITT** (1968), **HANNAH** (1992) ne retrouvent aucun lien, tandis que **ROUILLON** (1992) conclut à l'existence d'un lien ;
- lieu d'habitation, nombre d'enfants, problèmes médico-chirurgicaux à la naissance : ces données n'ont pas été analysées dans la littérature ;
- antécédent personnel de dépression du post-partum : les seuls à avoir étudié ce facteur sont **MURRAY** et **COOPER** (1975) qui retrouvent une forte corrélation avec la possibilité de développer un nouvel épisode lors des naissances suivantes ;
- antécédents familiaux de trouble de l'humeur : les résultats sont contradictoires. **O'HARA** (1984) et **WATSON** (1984) trouvent une association positive alors que **KUMAR** (1984) et **MURRAY** et **COX** (1995) ne retrouvent aucun lien avec la dépression du post-partum ;
- baby blues : toutes les études sont d'accord pour dire que l'intensité du blues serait un facteur de risque de dépression post-natale. Notre recherche n'avait pas comme but de quantifier l'intensité du baby blues, et chez beaucoup de femmes déprimées, la dépression du post-partum faisait immédiatement suite au baby blues, sans intervalle libre ;

- allaitement : c'est une donnée classique de la littérature, cependant WARNER tout en soulignant la prévalence plus importante de la dépression post-natale chez les femmes ayant choisi un allaitement artificiel, se demande si l'allaitement est la cause ou la conséquence de la dépression.

Notre résultat le plus intéressant est que l'intensité de l'anxiété cotée à l'échelle STAI-Y reste le plus liée à la pathologie de la relation mère-bébé, de façon indépendante des autres facteurs.

Ce résultat nous a interpellés dans le sens où nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif avec l'échelle de dépression CESd. De même, l'échelle STAI-Y est plus corrélée à la dépression du post-partum que l'échelle CESd. Nous nous sommes demandé si les items de l'échelle CESd comme "*j'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas*" ($p=0.02$ et coefficient de corrélation= 0.40) ou "*je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit*" ($p=0.02$ et coefficient de corrélation= 0.26) ou "*les autres ont été hostiles envers moi*" ($p=0.40$ et coefficient de corrélation= 0.22) ou "*mon sommeil n'a pas été bon*" ($p=0.02$ et coefficient de corrélation= 0.49), ne contribuaient pas à diminuer le score total à l'échelle ou sa spécificité. En effet, les troubles alimentaires, les troubles du sommeil, les contrariétés sont des symptômes courants lors de grossesses normales. D'autre part, l'item "hostilité" renvoie à une situation autre que celle de la femme enceinte dont la place est reconnue le plus souvent avec bienveillance dans la société. Est-ce que la femme enceinte déprimée peut facilement et sans culpabilité s'autoriser à coter de façon positive l'item "hostilité" qui tente de bouleverser l'image idéale répandue dans la société ? Il est à souligner que les items "*je me suis sentie déprimée*" ou "*j'ai pensé que ma vie a été un échec*" sont des items "forts" ne concordant pas avec l'image d'épanouissement pendant la grossesse.

Par contre, l'échelle STAI-Y qui a pour but l'analyse de l'anxiété a des items plus courants et plus acceptables pendant la grossesse. La femme enceinte déprimée pense peut-être moins se dévoiler en répondant de façon positive à ces items. Comme le montre l'analyse statistique, la comparaison de moyenne entre les items de l'échelle STAI-Y et le score total obtenu, et la corrélation entre tous les items et le total, sont bonnes sauf pour deux items qui sont "*je me sens calme*" (pNS et coefficient de corrélation=0.60) et "*l'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment*" (pNS et coefficient de corrélation=0.56).

En conclusion, dans les conditions de passation identique à notre étude et pour cette population de femmes enceintes, l'échelle d'anxiété STAI-Y serait plus opérationnelle pour une détection de l'altération de la relation mère-bébé, que l'échelle de dépression CESd. Elle mobiliserait moins les contre attitudes défensives de la mère .

L'explication du lien entre la symptomatologie anxieuse détectée à l'échelle STAI-Y et la dysharmonie relationnelle réside peut-être dans l'ambivalence et le manque de désir de la grossesse et de l'enfant qui peut être à l'origine d'une certaine anxiété chez la femme enceinte.

Il serait intéressant de faire une étude avec une population plus importante, qui tenterait de savoir si l'échelle STAI-Y pourrait être utilisée comme outil de dépistage de la dépression du post-partum et/ou d'une relation mère-bébé dysharmonieuse, et dans ce cas là, il serait utile d'en définir la note-seuil la plus adéquate.

Nous avons pu vérifier notre hypothèse de départ : l'existence d'une symptomatologie dépressive et ou anxieuse, serait en relation avec une mauvaise relation mère-bébé, puisque la plupart des femmes ayant une relation mère-bébé pathologique continuent leur dépression après l'accouchement. La dépression du post-partum a peut-être ses origines pendant la grossesse. Est-il juste de la dénommer ainsi ?

Sur le plan clinique les quelques observations qui vont suivre illustrent la pathologie périnatale, les difficultés de faire un diagnostic, et les répercussions d'une souffrance psychique sur la relation mère-bébé.

C. Présentation de quelques observations cliniques

Nous avons été très touchés par les histoires de ces mères qui ont fait la démarche de venir nous les raconter, et dont la richesse clinique a fait écho à tous les éléments psychopathologiques de notre bibliographie. Nous avons regroupé plusieurs cas cliniques de manière à mettre en valeur certains mécanismes psychopathologiques particuliers.

1. En faveur de notre hypothèse : dépression et/ou anxiété en pré-partum aux échelles avec relation mère-bébé perturbée

Certaines observations révèlent de façon typique un processus d'altération des relations mère-bébé, mêlant anxiété et dépression du pré et du post-partum.

a) *Mme N*

Mme N, 28 ans, se présente accompagnée de son fils, Cédric, 3 mois. Elle est mariée, a deux enfants, qui ont seulement 10 mois d'écart. Le niveau socio-économique est défavorable. Elle avait des scores positifs aux deux échelles de dépression, elle était négative mais proche de la note-seuil à l'échelle d'anxiété.

Elle souligne froidement dès le début de l'entretien l'absence de désir de la grossesse et de la venue de l'enfant. Elle ne livre rien de sa biographie. Les relations familiales et notamment avec sa propre mère sont très mauvaises. Le mari, routier, est absent toute la semaine.

La grossesse a été vécue comme étant très difficile. Elle était seule à s'occuper des travaux ménagers, du premier enfant et continuait à travailler. Elle se sentait asthénique Elle a même envisagé l'interruption volontaire de grossesse, ne supportant pas cet état qui l'empêchait de se consacrer pleinement à son bébé. Elle présente une dépression du post-partum, avec une anxiété importante, et la sensation de ne pouvoir assumer ses tâches. Elle ne prend pas plaisir à s'occuper de ses enfants, notamment du dernier.

La relation mère-bébé est très tendue. Cédric est sur ses gardes, très tonique, et attend l'accord de sa mère avant de sourire. L'alimentation est très difficile. L'enfant tète toutes les heures et s'endort sur le sein de sa mère. Mme N. manipule son enfant de façon mécanique, le tenant à distance. Les interactions sont marquées par une agressivité de la part de la mère et par l'hypervigilance de l'enfant.

Cette mère ne s'inscrit pas dans une histoire et ne peut pas la verbaliser. L'absence de désir de cette grossesse et l'ambivalence vis à vis du nouveau-né, figent et annihilent l'histoire de celui-ci. Ces éléments prennent toute leur importance dans les interactions mère-bébé, chez une mère qui se défend d'avoir été et d'être dépressive.

b) Mme S

Mme S, 37 ans, mariée, deux enfants, se présente accompagnée de sa fille Floriane, deux mois. Les scores sont positifs aux trois échelles.

Elle décrit une enfance difficile, avec une mère dépressive après la perte de son fils de 11 ans dans un accident de voiture, un père dépressif après une cécité totale sur décollement de la rétine bilatéral, chacun ayant fait de multiples tentatives de suicide. Le père était très autoritaire. Les parents ont divorcé 8 mois après le décès du frère, alors que Mme S. avait 20 ans. Celle-ci a alors vécu seule dans un appartement avec sa sœur de 8 ans. Elle garde un mauvais souvenir de la relation avec sa mère. Ses parents étaient contre la vie commune de M et Mme S.. Ceux-ci ne sont mariés que depuis 5 ans alors qu'ils vivent ensemble depuis 10 ans. Madame avait accepté le mariage et la première grossesse à condition que Monsieur arrête la prise d'alcool, sans que le contrat soit respecté par la suite.

Pendant la première grossesse, le couple a déménagé 3 fois, chacun travaillant dans une ville différente. Pour l'accouchement, le mari était absent. Mme S. a beaucoup souffert de l'impossibilité de bénéficier d'une péridurale en raison d'une malformation lombaire. La présentation était mauvaise, elle perdait connaissance à chaque contraction. Le plaisir de voir son bébé a été intense mais de courte durée : l'allaitement ne marchait pas, elle a fait un baby blues, son père a refusé de voir le bébé, son mari est venu "en coup de vent". Elle a stoppé l'allaitement après 3 semaines en raison d'un abcès, avec la sensation d'être une mauvaise mère. Puis elle a fait une dépression du post-partum, d'une durée de 18 mois. Son père et son mari étaient en conflit permanent, et ne lui apportaient aucun soutien. Elle était de plus socialement isolée car son mari, persécuté, avait coupé tout lien avec son entourage.

Elle a dû consulter un pédopsychiatre pour son fils qui faisait des colères paroxystiques. Après quelques consultations, son mari lui a interdit de poursuivre la thérapie. Fort heureusement, la fréquentation de l'école a amendé les troubles. Le père de Mme S., reconnaissant ses torts et devant l'insistance de sa fille, est venu voir son petit-fils au bout d'un an. Les relations du couple sont mauvaises, dominées par les violences et le sentiment de persécution du mari.

La seconde grossesse a été un accident : le mari, alcoolisé l'a obligée à avoir des rapports sexuels sans précaution. La grossesse a été difficile, avec crises d'asthme fréquentes, contractions utérines précoces, anxiété et dépression. Mme S. a même pensé à un avortement, étant très ambivalente vis à vis de cette grossesse. Le mari était persuadé que ce n'était pas son enfant. L'accouchement s'est bien déroulé, avec un baby blues de courte durée, et une visite immédiate du grand-père à la maternité. Mme S. a apprécié le geste du grand-père et a été soulagée par cette reconnaissance familiale : l'enfant avait une place dans la dynamique familiale. Elle a présenté une dépression du post-partum avec un sentiment de culpabilité intense, insécurité vis à vis des enfants avec peur de ne pas pouvoir les protéger.

La mère avait des difficultés relationnelles avec son bébé. Les échanges étaient discontinues avec des moments de rupture imposés par la mère. Elle s'adressait à son bébé dans un discours adapté mais avec des affects non concordants. Le dialogue corporel du bébé était adéquat mais celui-ci semblait très réactif et irritable. Elle a eu énormément de mal à la calmer pendant l'entretien, et celle-ci n'a pu s'apaiser que dans les bras de l'infirmière. Le bébé était trop syntone aux affects de sa mère. La relation mère bébé nous a paru inquiétante quant à son évolution (cf annexe).

Nous sommes frappés par la bonne capacité de verbalisation de cette femme. Elle arrive à maintenir une certaine harmonie de vie avec ses enfants malgré tous les événements traumatiques qu'elle a subis, et les difficultés actuelles avec son mari. Le soutien du grand-père a certainement été très bénéfique, donnant une place à l'enfant dans la dynamique transgénérationnelle. L'évolution dans ce climat défavorable reste problématique.

c) Mme T

Mme T, 31 ans, vivant maritalement, s'est présentée avec Geoffrey, 1 mois. Elle a trois enfants. Les scores sont positifs aux échelles de dépression.

Mme T. présente une sclérose en plaques depuis l'âge de 19 ans, avec comme séquelles une atteinte oculaire. A cette époque, elle a décompensé plusieurs épisodes dépressifs, avec multiples tentatives de suicide. La relation mère-mère est très mauvaise. Le couple se connaît depuis deux ans, est stable. Ils ont quelques ennuis financiers.

Ses deux premiers enfants ont un père différent de celui de Geoffrey. Lors de sa deuxième grossesse, elle a été soignée par dix jours de perfusion à domicile pour sa dépression du post-partum. Les relations avec ses enfants sont très fusionnelles.

La grossesse de Geoffrey n'était pas désirée par Mme T., mais tous les membres de la famille l'ont poussée à concevoir cet enfant. Elle a très mal vécu cette grossesse comme les précédentes, ne supportant pas les déformations corporelles. Elle appréhendait également une aggravation de sa sclérose en plaques (risque de décollement de la rétine et de paralysie des membre inférieurs) et l'accouchement; la péridurale étant contre indiqué dans son cas.

A l'entretien, la mère présente une rechute dépressive. Elle se reproche d'être une mauvaise mère, pleure et se sent inutile dès qu'elle est désœuvrée et solitaire. Elle se plaint du manque de soutien et de l'incompréhension de son ami. Son enfant la réclame constamment, ce qui la fatigue énormément.

La relation mère-bébé est fusionnelle mais pauvre en affects. Les interactions visuelle et vocale sont dominées par la tristesse de la mère.

La conception de cet enfant véhicule tous les risques inhérents à cette grossesse, donc tous les antécédents psychiques et physiques, ce qui rend difficile son acceptation et l'élaboration psychique de son histoire.

d) Mme Z

Mme Z, 28 ans, s'est présentée avec sa fille Agnès, 1 mois. Elle est mariée, Agnès est son premier enfant. Les scores aux échelles sont tous positifs.

De son histoire familiale, il ressort que la mère de Mme Z. est atteinte d'une sclérose en plaques, et son père d'un glaucome bilatéral congénital, occasionnant une cécité. Fille unique, elle s'est enfuie du domicile familial après avoir arrêté ses études, la maladie de sa mère étant trop envahissante et occasionnant de très mauvaises relations entre elles.

Mme Z. est une mère très défensive, ayant une présentation triste et asthénique bien qu'elle s'en défende. Sa mère est décédée des conséquences de sa sclérose en plaques au 4^{ème} mois de grossesse de Mme Z.. Elle nie toute préoccupation concernant le décès de sa mère, ainsi que celle d'une éventuelle malformation oculaire chez sa fille (elle se sait porteuse du gène du glaucome). La grossesse a été difficile pour plusieurs raisons. Elle a fait une menace d'accouchement prématuré au 7^{ème} mois de grossesse à cause de son hyperactivité : Elle marchait 3 heures par jour. Une insomnie s'est instaurée à partir du 6^{ème} mois, avec sommeil réduit à 2 à 3 heures par jour. Elle se sentait déprimée pendant la grossesse.

Après l'accouchement, Mme Z. a continué à être déprimée. Le discours concernant son enfant est matérialiste et sans affects.

Pendant toute la consultation la mère tient son enfant loin d'elle ; le dos de l'enfant restera décollé. Il n'y a aucun geste de tendresse. L'enfant est sur le qui-vive, mais initie et soutient le regard de façon adéquate. Il a été difficile de conclure sur la qualité de cette relation qui n'était pas entièrement harmonieuse.

Mme Z. est une personne qui a du mal à verbaliser ses affects et qui dénie toute forme de deuil. Elle donne l'impression de supporter tout le poids d'un traumatisme familial qui ressurgit lors de l'association de la perte réelle de sa mère et l'émergence de sa maternité, avec comme conséquences des difficultés dans la relation avec son bébé. L'enfant semble ici stimulant pour sa mère, réactivant ses capacités maternelles.

2. Positivité aux échelles et/ou clinique n'impliquant pas une relation mère-bébé dysharmonieuse

a) Mme M

Mme M., 29 ans s'est présentée avec sa fille Axelle, âgée de 3 mois. Elle est mariée. Axelle est son deuxième enfant. Les scores sont positifs aux échelles de dépression.

Pendant l'entretien, elle décrit une enfance difficile avec un père alcoolique et une mère anxieuse. La relation mère-fille était très mauvaise, et le rôle de mère a plutôt été assuré par sa grand-mère. Ses parents sans cesse en conflit ont divorcé dès qu'elle est arrivée à sa majorité et elle s'est toujours sentie responsable de leur séparation. Elle a un fils de 3 ans, Maxime, qu'elle décrit comme étant hyperactif, et très difficile à élever depuis sa naissance. Elle a déménagé de Toulouse pour Limoges il y a 4 ans. Depuis, elle ressent avec tristesse le manque de soleil durant l'hiver.

La grossesse pour Axelle était désirée surtout par le père, et a été marquée par plusieurs deuils successifs : fausse-couche d'un jumeau à 1 mois de grossesse, et surtout annonce faite par sa grand-mère de sa mort prochaine. En effet, celle-ci a dit à sa petite fille, au 4^{ème} mois de grossesse : "puisque tu attends une fille, je peux mourir tranquille, je passe le relais". L'accouchement a été très mal vécu. Après la naissance, Mme M. a eu une appréhension en voyant son bébé, d'abord parce que c'était une fille, et puis parce qu'elle avait peur de difficultés d'éducation identiques à celles du frère.

La grand-mère est décédée 4 jours après l'accouchement. Le décès et le souhait de la défunte d'être enterrée avec une photo de son arrière-petit-fils Maxime ont été dissimulés dans un premier temps à Mme M., qui s'est sentie responsable du décès de sa grand-mère. Par ailleurs, elle n'a pas accepté "que son fils soit enterré avec sa grand-mère". Elle a décompensé un syndrome dépressif dans le premier mois suivant la naissance, avec beaucoup de difficultés à s'occuper de Maxime dont elle ne se sent plus proche. Lors de ses cauchemars, elle tombe dans un trou avec son fils, ou bien elle voit son fils au bord d'un précipice, ou mangé par un lion. Par contre, les relations mère-bébé sont de bonne qualité avec sa fille Axelle.

Nous voyons ici l'importance de la pathologie transgénérationnelle dans laquelle Axelle a une place désignée par la grand-mère, donc protégée par la bonne relation mère-grand-mère. Il faut aussi tenir compte de cette grossesse s'étant déroulée pendant l'hiver, étant donné la dépressivité saisonnière de Mme M.. L'absence de bonne image paternelle, Mme M. éliminant de son discours et peut-être de ses pensées toute présence masculine, tient une place importante dans les difficultés de relation avec son fils. La victime désignée de la dépression du post-partum aurait dû être Axelle, et c'est pourtant la relation avec Maxime qui devient impossible.

b) Mme B

Mme B., 39 ans, mariée, trois enfants, nous a accueillis à son domicile avec Augustin, 2 mois. Le score est positif à l'échelle de dépression du post-partum.

Mme B. a de lourds antécédents psychiatriques familiaux. Son père est décédé d'un alcoolisme à l'âge de 46 ans, sa mère, sa sœur et son oncle sont dépressifs. Une sœur est agoraphobe. Elle-même souffre d'un trouble anxieux généralisé (F41, 1 et 300,02) et d'un trouble dysthymique (F34,1 et 300,4).

Elle a été élevée principalement par sa grand-mère, sa mère étant constamment hospitalisée au C.H.S. Esquirol. Elle a toujours pris en charge sa famille, toutes les générations comprises. De même, elle est le pilier de la ferme familiale, sans aucune reconnaissance des autres, notamment de son mari.

La grossesse actuelle s'est mieux déroulée que les précédentes (où elle était culpabilisée par sa famille de ne pas pouvoir travailler en raison des contractions utérines). Jusqu'à 6 mois de grossesse, elle était anxieuse en raison de l'état de santé précaire de sa grand-mère. Le décès de celle-ci survenu alors l'a soulagée car la grand-mère souffrait beaucoup.

L'entretien a été très long. Mme B., a pu verbaliser son histoire et toutes les pressions familiales qui s'exercent sur elle. Elle ne présentait pas de dépression du post-partum lors de l'entretien, mais sa symptomatologie anxieuse était compatible avec le diagnostic d'anxiété généralisée.

Les relations avec son bébé et ses enfants en général sont très harmonieuses malgré son terrain anxieux, qu'elle appréhende de transmettre à ses enfants.

Mme B. présente ici de bonnes défenses et une anxiété "dynamique", la poussant à contrôler et à dominer les aléas de son environnement, notamment un mauvais soutien familial. Elle a utilisé sa grande capacité de verbalisation pendant l'entretien qui de ce fait a probablement eu une dimension thérapeutique.

c) Mme D

Mme D., 30 ans, mariée, s'est présentée accompagnée d'Antoine, 2 mois et demi. C'est son premier enfant. Les scores sont positifs aux échelles de dépression.

Elle n'a aucun antécédent personnel. Dans les antécédents familiaux, on retrouve une grand-mère maternelle dépressive; une tentative de suicide chez la grand-mère paternelle . Sa mère est anxieuse.

La grossesse de Mme D s'est déroulée sans problèmes jusqu'au deuxième mois. Les médecins font alors le diagnostic de cancer pulmonaire stade terminal chez son père. Celui-ci décèdera 2 mois plus tard. Mme D sera triste tout le long de sa grossesse, ayant eu des relations privilégiées avec son père. Elle fera une dépression du post-partum.

D'après la patiente, la présence de son bébé l'aide beaucoup à s'en sortir, et les relations sont harmonieuses. La relation mère-bébé nous a paru globalement satisfaisante . Mme D tenait son bébé dans une position confortable lui permettant une interaction visuelle et affective. Au début de l'entretien, le bébé était attentif à la discussion , puis s'est mis à pleurer après le biberon. La mère a essayé tendrement, avec précaution et gestualité adaptée de calmer son bébé sans résultat probant.

La dépression de cette mère est centrée sur son histoire et lui fait revivre un climat familial insécure, avec comme seul élément stable son père, actuellement disparu. Quel sera l'histoire de cet enfant, vécu comme gratifiant et sur qui reposent tous les espoirs de cette mère ?

d) Mme T

Mme T., 31 ans, vivant maritalement, nous a accueillis avec son fils Martial, 1 mois. C'est son premier enfant. Elle a un score positif à l'échelle de dépression du post-partum.

Mme T. a de lourds antécédents somatiques. Elle a présenté un lymphome hodgkinien, il y a deux ans, actuellement en rémission totale. A cette époque, elle a présenté un épisode dépressif. Elle avait une grande peur d'être infertile malgré les réassurances des médecins.

Sa grossesse a réactivé l'angoisse de mort déjà vécu lors de son lymphome. Le 1^{er} trimestre était très angoissant car une éventuelle interruption thérapeutique de grossesse était prévue au cas où il y aurait une anomalie imputable aux conséquences de la chimiothérapie. Pendant toute la grossesse, elle a été très demandeuse de consultations avec examens complémentaires (radio de thorax, échographies, prises de sang) pour vérifier l'absence de récurrence, jusqu'au moment où les médecins ont refusé d'accepter ses demandes. Chaque consultation occasionnait une reviviscence de l'anxiété.

A la demande des gynécologues, elle a consulté une psychologue deux fois. Elle n'a pas senti la nécessité de poursuivre les entretiens.

L'accouchement a eu lieu par césarienne pour souffrance fœtale et oligoamnios, avec poussée hypertensive 8 jours avant l'accouchement. Le vécu de l'accouchement est paradoxalement bon, grâce à une vision durable de son enfant, et de l'empreinte du pied avant d'aller en salle de réveil.

Six jours plus tard, l'enfant a fait une pneumopathie virale au CMV avec pneumothorax, emphysème, nécessitant une hospitalisation en néonatalogie pendant 1 mois. Les parents n'hésitaient pas à rendre visite à leur enfant en pleine nuit, pour se réassurer. Mme T. a vu un pédopsychiatre en consultation, à la demande de l'équipe de néonatalité.

Au retour à domicile, Mme T. surveillait de près son enfant en lui prenant la température 2 fois par jour, vérifiant la respiration fréquemment, jusqu'au moment où la grand-mère l'a obligée à arrêter ses vérifications.

La relation mère-bébé est riche, cohérente. On peut cependant observer une tendance à l'hyperprotection, suite à la longue hospitalisation du bébé (1 mois).

Cette mère a une très bonne relation avec son enfant malgré tous les événements de vie, et son parcours fragilisant. La fermeté des médecins et de la famille l'ont très certainement aidée à contrecarrer son angoisse. Nous ne pouvons pas passer sous silence l'aide psychologique dont elle a bénéficié à plusieurs reprises.

3. Scores négatifs aux échelles avec relation mère-bébé intermédiaire ou dysharmonieuse

a) Mme S

Mme S., 26 ans, mariée, était accompagnée de Lauren, 3 mois et de son fils de 5 ans. Lauren est la deuxième de la fratrie. Les scores aux échelles sont tous négatifs.

Cette mère était sur la défensive, avec une gaieté factice et une banalisation des problèmes. Elle avait une difficulté à verbaliser ses affects.

De son histoire personnelle, elle nous dévoile tout de même que son père était alcoolique. Sa mère, assistante maternelle, s'occupait beaucoup plus des enfants dont elle avait la charge que de sa fille. Les conflits étaient permanents entre ses parents. Curieusement, elle dit ne pas en avoir souffert. Elle ne souhaite pas approfondir le sujet.

Les 2 grossesses n'ont pas été désirées, "jamais le moment", mais seraient acceptées selon elle. Elle décrit des grossesses sans problème.

La relation avec ses enfants est basée sur des gestes mécaniques n'amenant aucune tendresse et peu de communication, ressemblant en cela à sa relation avec sa propre mère. Le bébé, installé dans une position qui ne permet pas l'échange est manipulé de manière mécanique et brusque. Elle le regarde le plus souvent de façon intrusive, ne maintient son regard que de manière discontinue, avec parfois évitement actif. Il n'y a aucune initiative dans les échanges. Le discours s'adresse rarement à son bébé, est pauvre en affects.

Il ressort de cette histoire l'absence de capacités de mentalisation chez cette mère, qui ne peut raconter les événements qu'en description factuelle et sans réflexion. Elle est très défensive sur le plan des affects, ce qui peut expliquer l'absence de positivité aux échelles d'anxiété et de dépression (STAI-Y, CESd et EPDS). La relation mère-bébé nous a paru très inquiétante, d'autant plus que son fils semblait présenter une symptomatologie dépressive.

b) Mme T

Mme T., 29 ans, mariée, est venue accompagnée de sa fille Julie, 3 mois. Les scores aux différentes échelles sont négatifs.

Mme T. détaille tout d'abord très peu son histoire personnelle. Ce n'est qu'à la fin de l'entretien qu'elle nous a fait part de l'accident de voiture qu'elle a eu à l'âge de 14 ans. La voiture est tombée dans un précipice, avec comme conséquences de multiples fractures, et une impossibilité de remarcher pendant plus d'un an. Ce n'est que lorsqu'elle a fait la connaissance de son mari qu'elle a pu abandonner la chaise roulante. Elle garde de ce traumatisme une sensation d'anomalie corporelle personnelle.

Elle n'a pas une bonne relation avec sa mère.

Mme T. nous raconte son angoisse d'une malformation potentielle au cours de la grossesse, qu'elle tentait de diminuer en enregistrant et en visionnant les différentes échographies. Ceci ne la rassurait que très partiellement à chaque fois. Elle explique cette crainte démesurée de malformation par la sensation d'avoir des séquelles internes définitives, suite à l'accident. Il n'y a pas eu de problèmes somatiques pendant la grossesse.

La relation mère-bébé apparaît pauvre. La mère manipule son bébé de façon mécanique. Elle le tient dans un trop grande proximité, avec une difficulté à ajuster la distance. Pendant l'entretien, elle n'a jamais recherché le regard de son bébé, a été capable de le maintenir, mais de façon discontinue. Le discours au bébé est pauvre et sans affect, sans expressivité du visage.

Cette mère projette dans sa grossesse toute l'angoisse liée à son corps meurtri qui lui laisse peu de place pour fantasmer son enfant. D'autre part, l'absence de verbalisation des affects et de douleur morale semblent être un rempart défensif et pourraient expliquer l'absence de positivité aux échelles d'anxiété et de dépression (STAI-Y, CESd et EPDS), et à la clinique.

c) Mme D

Mme D., 29 ans, mariée, a trois enfants. Elle est venue une première fois sans ses filles jumelles, mais a accepté de revenir accompagnée de Fanny et Sandra, 1 mois. Les scores aux échelles sont tous négatifs, mais ils sont tous situés à la limite inférieure de la note-seuil (STAI-Y : 53, CESd : 22, EPDS : 10).

Mme D. raconte qu'elle a été séparée de sa propre mère à la naissance pendant deux mois, car celle-ci avait l'hépatite B, qui selon elle a perturbé la relation mère-fille. Ses parents ont divorcé alors qu'elle avait 8 ans, et sa mère a décompensé un syndrome dépressif qui a duré 10 ans. Depuis, elle a l'impression que les rôles sont inversés et qu'elle materne sa mère. Elle a fait une dépression de courte durée à l'âge de 18 ans.

Elle a un mauvais souvenir de son premier accouchement où elle a eu une déchirure vaginale malgré l'épisiotomie, qui s'est aggravée 48 heures plus tard lors de l'examen gynécologique. A cette époque, elle a présenté une dépression du post-partum pendant 1 mois. Elle pense que le manque d'affection de la part de son premier enfant est dû à cette période difficile.

La grossesse s'est bien déroulée, ainsi que l'accouchement. Actuellement, elle se plaint d'asthénie, d'idées d'incapacité et de culpabilité minimales, sans qu'elle soit cliniquement déprimée.

Elle a peu de soutien de la part de son mari et de sa famille.

La relation mère-bébé est difficile avec les jumelles car elle se sent fréquemment débordée. Elle est prise dans la discontinuité obligée de l'interaction avec ses filles, et dans l'angoisse de devoir rapidement bien faire. Effectivement, elle fait tout trop vite et brusquement, bien que ses enfants lui laissent le temps nécessaire.

Cette mère a ici très envie d'être une "bonne mère", avec un important désir de réparation basé sur les difficultés relationnelles avec son fils. Il existe un risque de décompensation dépressif, d'autant plus que le soutien familial est mauvais.

4. Dépression du post-partum corrélée à une relation mère-bébé dysharmonieuse

a) Mme F

Mme F., 32 ans, s'est présentée à l'entretien avec son fils, Marvin, âgé de 3 mois. Elle est mariée. Marvin est son premier enfant. Les scores sont positifs à l'échelle de dépression du post-partum.

Elle a comme antécédent un syndrome dépressif à l'adolescence ayant nécessité un lourd traitement médicamenteux, qu'elle a stoppé du jour au lendemain quand elle a fait la connaissance de son mari, à l'âge de 25 ans. Depuis, persiste une anxiété généralisée. La relation mère-mère est bonne.

Bien que la grossesse ait été désirée, elle se disait angoissée, surtout en fin de grossesse, d'autant plus que la femme de son beau-frère venait d'accoucher d'un enfant anormal. Elle avait peur que le gynécologue ne lui cache une éventuelle anomalie et interprétait les mouvements de son enfant comme un signe en cette faveur.

L'accouchement a été difficile, avec 5 tentatives ratées d'injection pour la péridurale. Il s'est terminé par une césarienne. La vision de son enfant a été très rapide et partielle en raison des suites hémorragiques qui ont nécessité une hospitalisation en soins intensifs pendant un jour et demi. Pendant 6 jours, elle n'a pas pu s'occuper de son enfant, étant alitée pour une phlébite. Il n'y a pas eu d'allaitement maternel car elle fumait.

Au retour à domicile, elle se sentait physiquement très diminuée. Elle a décompensé une dépression du post-partum, avec sentiment d'inutilité axé sur le bébé. Le soutien du père a été primordial pour la guérison. En effet, le papa semble très présent et porte toute la famille.

La relation mère-bébé est pauvre, avec des ruptures dans les moments de tendresse. Il y a peu de recherche du regard de l'enfant, et l'expression du visage est préoccupée ou inquiète. Le discours envers Marvin est adapté mais avec des affects non concordants. Le bébé a une gestualité adaptée mais pauvre. Il ne recherche pas les contacts avec sa mère mais les accepte, vocalise et sourit peu. Le contact visuel est adapté.

Nous pouvons retenir de ce cas clinique l'importance de l'anxiété tout au long de la grossesse, le vécu de l'accouchement très difficile, qui semblent faire le lit de la dépression du post-partum. Cependant, nous ne pouvons pas ne pas évoquer le terrain fragile, prédisposant à la dépression chez cette femme. La notion de vulnérabilité prend ici tout son sens.

b) Mme T

Mme T., 30 ans, mariée, mère de deux enfants s'est présentée accompagnée de son fils Luka, 3 mois. Les scores aux échelles sont tous négatifs.

De son histoire, il ressort qu'elle a perdu son père dans un accident mystérieux, alors qu'elle avait 14 ans. La relation avec son père était très fusionnelle. La famille (mère, frère et sœurs) s'est retrouvée dans la misère financière. A l'âge de 18 ans, sa mère lui a demandé de partir afin de soulager le budget de la famille. Mme T. n'a jamais fait le deuil de son père et les relations avec sa mère sont restées tendues. Elle a connu son futur mari à l'âge de 15 ans, a subi une IVG à 16 ans, et s'est mariée à 19 ans.

Elle a présenté son premier épisode dépressif en 1989, suite à un accident de voiture.

La première grossesse n'a pas posé de problème en dehors d'un baby blues. Pour la conception de Luka, Mme T. a fait enlever son stérilet par son gynécologue qui a constaté qu'il fallait réaliser une conisation pour atypie cellulaire. Puis elle a fait une fausse-couche. Deux mois après, elle était enceinte de Luka. La grossesse a été difficile, avec anxiété vis à vis d'une éventuelle fausse-couche, et menace d'accouchement prématuré. L'accouchement a été mal vécu. Mme T. regrette que Luka ne soit pas né le même jour que son père.

Luka a eu besoin d'une oxygénothérapie et d'un massage cardiaque dès sa naissance, suite à un accouchement trop long. Il a souffert d'une septicémie à streptocoque B sans séquelles apparentes. A l'âge de deux mois, il a été hospitalisé pour suspicion de méningite, et les médecins ont conclu à une hypertonie de l'hémi-corps gauche d'origine indéterminée, pouvant laisser des séquelles graves sur le développement neuropsychique de l'enfant. Depuis, Mme T. présente une dépression du post-partum. Elle se sent très fatiguée, et dit ne tenir que grâce à l'allaitement maternel. Dans le discours, elle se défend d'être inquiète pour la santé de son fils. La relation mère-bébé est chargée d'angoisse avec une grande proximité. Il n'y a pas d'échanges harmonieux, la dyade est tendue dans tous ses gestes.

Cette femme a une histoire chargée de deuils non faits, et inscrit l'histoire de son enfant dans cette dynamique de deuils. L'éventualité d'une maladie grave chez son enfant ravive ces douleurs. Elle donne l'impression de subir les événements sans jamais les diriger, ni les "digérer" par ses difficultés de mentalisation.

c) Mme A

Mme A., 29 ans, mariée, s'est présentée accompagnée de son premier enfant, Jodie, 3 mois. Les scores aux échelles sont tous négatifs.

Mme A. a un passé chargé de traumatismes : à l'âge de 6 ans, découverte avec sa sœur de l'arrière grand-mère maternelle décédée, agression sexuelle à 24 ans, dépression à 25 ans traitée par antidépresseurs pendant 4 mois, syndrome de stress post-traumatique à 26 ans traité par son médecin généraliste.

Son mari ne connaît pas son père. Il a été retiré très jeune de la garde de sa mère pour maltraitances. Il n'avait pas revu sa mère depuis 17 ans quand celle-ci a cherché à le revoir.

La grossesse de Mme A. a été désirée, mais très mal vécue. D'une part, la méconnaissance de la filiation de son mari occasionnait un sentiment d'étrangeté en elle. D'autre part, sa grand-mère maternelle est décédée au 3^{ème} mois de grossesse, d'un cancer à la phase terminale. Par ailleurs, elle se préoccupait constamment d'une possible malformation de son enfant (par analogie avec l'enfant de sa sœur à qui il manquait le pavillon de l'oreille gauche), ce qui excédait son gynécologue dont elle a changé.

Elle a été hyperactive pendant sa grossesse, profitant de son insomnie pour travailler ses cours à 5 h du matin, jusqu'au moment où une amie a fait une fausse-couche à 7 mois de grossesse, ce qui l'a culpabilisée.

Son mari n'a revu sa mère mourante qu'au 5^{ème} mois de grossesse. Les deux premières fois, sa femme a refusé de l'accompagner. Au moment où elle s'est décidée à le faire, sa belle-mère est décédée et elle n'a participé qu'à l'enterrement. Elle en a beaucoup voulu à ses propres parents qui n'ont pas pris part au deuil. " ils n'ont pas participé à la mort de mon mari" dit-elle en faisant le lapsus.

Elle avait fait une préparation à l'accouchement à différents endroits, pour contrecarrer son angoisse (P.M.I. et Clinique du Colombier). Le vécu de l'accouchement a été difficile, avec impossibilité à gérer sa respiration, peur des forceps. A la naissance du bébé, elle s'est sentie coupable de n'avoir pas le "coup de foudre" comme son mari. L'heure de la naissance est celle, à 5 minutes près du décès du grand-père paternel, dans la même clinique.

Le couple s'est brouillé avec les parents de Mme A. quand ceux-ci leur ont demandé de changer le prénom du bébé qui ne leur plaisait pas.

Mme A. a fait un baby blues pendant l'hospitalisation, suivi d'une dépression du post-partum pendant 3 semaines avec prépondérance des idées d'incapacité et de culpabilité vis à vis de Jodie. Le soutien de son mari l'a beaucoup rassurée dans son rôle maternel. Il persiste cependant des difficultés à l'alimentation. La relation mère-bébé semble harmonieuse en général et adaptée dans la communication avec son enfant, malgré les difficultés de la mère à être constante.

Nous sommes surpris par la relative qualité de la relation mère-bébé devant le poids des événements de vie. Le soutien du père est primordial dans cette histoire et a certainement contribué à endiguer cette dépression du post-partum et ses répercussions sur la relation mère-bébé.

5. Deux situations inclassables

a) Mme P

Mme P., 33 ans s'est présentée avec sa fille Justine, 3 mois. Elle est mariée et a deux enfants.

Les scores aux différentes échelles sont négatifs

De son enfance, il ressort qu'elle a été élevée de l'âge de 8 jours jusqu'à 15 ans par ses grands-parents, qu'elle a toujours considérés comme ses parents. Les relations sont mauvaises avec sa mère, qui envoyait les nouveau-nés chez les grands-parents à chaque accouchement, invoquant le surcroît de travail. Elle a quitté le domicile parental dès qu'elle a pu être autonome

Elle a deux antécédents de syndrome dépressif. Le premier, à l'âge de 15 ans lorsqu'elle a été obligée de quitter ses grands-parents pour aller vivre chez ses parents biologiques. Le deuxième, pendant sa première grossesse.

La grossesse de Justine a été très mal vécue à cause d'une menace d'accouchement prématurée précoce nécessitant d'être totalement alitée, d'où un ennui et un sentiment de solitude intense, dans une maison très isolée. Son seul soutien pendant la journée était la sage-femme qui venait d'abord la voir deux heures par semaine, puis tous les deux jours devant l'importance de la tristesse. La relation mère-bébé est de très bonne qualité.

Dans ce cas clinique, nous pouvons facilement faire le lien avec l'histoire familiale ou la maternité est synonyme de séparation et les difficultés de Mme P. à vivre sa grossesse. Il faut souligner le rôle antidépresseur de la sage-femme qui a spontanément pris le rôle de soutien familial.

b) Mme M

Mme M., 30 ans, est mariée. Elle a une fille de six ans. Elle a accepté de venir à l'entretien alors que son "bébé" est décédé au 9^{ème} mois de grossesse. Les scores à l'échelle de dépression CESd et à l'échelle d'anxiété STAI-Y sont positifs.

Mme M. a de mauvaises relations avec sa mère, qui a des antécédents dépressifs. Elle-même a déjà présenté un syndrome dépressif traité par son médecin généraliste.

Elle a été très angoissée pendant sa grossesse, avec sensation que le bébé bougeait trop. Aux échographies, il y avait peu de liquide amniotique et parfois le cordon était enroulé autour du cou de l'enfant.

La veille de la consultation du 9^{ème} mois, elle est allée danser. Le lendemain, elle ne sentait plus l'enfant et pensait qu'il se reposait après une nuit agitée. C'est alors que la sage-femme lui a annoncé que le cœur ne battait plus, et qu'il fallait évacuer le corps.

(En raison de la perte de l'enfant, Mme M a été exclue de l'étude.)

Mme M. présente une dépression réactionnelle à la perte de son enfant, aggravée par le fait que la cause du décès n'est toujours pas connue. Elle attend avec anxiété le résultat de l'anatomopathologie, et ce, d'autant plus qu'elle est de nouveau enceinte.

Quelle sera l'histoire de cet enfant à venir ? Cette mère en grande difficulté a tenu à venir à la convocation pour livrer son histoire. Elle s'est sentie soulagée de pouvoir partager ses angoisses autour de ce deuil. Elle n'a pas pu aborder la période précédant le décès, et nous n'avons pas d'explication concernant le résultat aux échelles d'anxiété et de dépression (STAI-Y, CESd et EPDS). Elle est actuellement enceinte et se situe déjà dans une dimension thérapeutique.

D. Approche psychopathologique

Sur le plan clinique ces quelques observations illustrent les difficultés psychiques autour de la grossesse, ainsi que ses répercussions sur la relation mère-bébé. Beaucoup de ces femmes souffrent d'une grande difficulté à verbaliser leurs problèmes, ou à trouver des solutions adéquates. Elles sont inscrites dans leur histoire sans pouvoir y échapper. L'ambivalence du désir vis à vis de cette grossesse et de l'enfant à venir sont des processus naturels, mais qui sur un terrain fragile peuvent favoriser une décompensation

En effet, dans nos quatre premières observations (Mme N., Mme S., Mme T. et Mme Z), nous pouvons voir l'importance de cette absence de désir de l'enfant à venir. La plupart de ces femmes vivent leur grossesse comme une contrainte, subissant leur maternité. Leur ambivalence leur ôte toute possibilité de choix d'une acceptation ou d'un refus. Le refus de la grossesse n'est pas toujours explicite et parfois seules quelques allégations peuvent mettre en doute ce manque d'adhésion comme le souligne **LEGER** dans son article sur les décompensations névrotiques survenant dans les mois qui suivent un accouchement (58). L'environnement traumatique de la grossesse : relations de couple insécure inscrite dans la continuité de l'histoire familiale pour Mme S., perte de la mère avec réveil du traumatisme familial pour Mme Z., réactivation de l'angoisse de mort inhérente à la maladie corporelle pour Mme T., empêchent l'élaboration mentale, et fantasmatique.

Le processus d'identification parentale et transgénérationnel ne peut pas passer par la résolution des deuils des idéaux parentaux, comme chez Mme Z. dont la mère est décédée pendant la grossesse, sans résolution des conflits de l'enfance, réactualisant les relations conflictuelles dans les relations actuelles avec l'enfant. Ces deuils non faits et difficilement élaborés laissent peu de place à la maturation du processus de maternalité pendant la grossesse.

Ces conflits non résolus emprisonnent la mère dans une relation où l'enfant est l'objet de projections défailantes. Les identifications projectives maternelles pathologiques permettent d'expulser vers lui les sentiments de manque, de tristesse, de douleur psychique et surtout les vécus de culpabilité de ces mères. Il en résulte des pulsions agressives teintant l'interrelation mère -bébé. Celles-ci, faites sur l'enfant, comme dans le cas de Mme N., aboutit à un bébé au premier stade de dépression du nourrisson selon MARCELLI (67) où il semble hypervigilant, en attente anxieuse de sollicitation et répondant de façon active aux initiations des interactions par la mère. L'enfant, dans ce contexte relationnel conflictuel, peut ne pas recevoir l'investissement libidinal suffisant et subir passivement une mauvaise image de lui-même. Ainsi, chez les bébés de mère dépressive, le bébé peut développer des sentiments d'inefficacité conduisant à l'apathie et à la tristesse, et aboutissant à l'appauvrissement de sa vie mentale.

Toutes ces femmes ne réagissent pas de la même manière aux événements de vie qui les touchent. Certaines de ces femmes réussissent à protéger la relation avec leur enfant en surmontant les conséquences d'un vécu difficile. C'est ce qu'illustrent les quatre observations suivantes : Mme M., Mme B., Mme D. et Mme T. Toutes ces femmes ont pu élaborer mentalement des prémices de résolution des deuils, conflits et événements de vie traumatiques. Elles sont arrivées à l'entretien en attente d'une verbalisation et d'un soulagement de leur histoire. Ce besoin de verbalisation est inscrit dans une difficulté interactionnelle dont la dynamique est déterminée davantage par les vicissitudes de l'attachement aux imago parentales et de l'histoire familiale, que par la personnalité pré-existante de la mère. Une thérapie de courte durée, s'adressant aux difficultés relationnelles mère-enfant peut "guérir" les manifestations pathologiques du post-partum, de manière relativement indépendante de l'état psychique antérieur de la mère.

En effet, d'après **CRAMER (22)**, les thérapies mère-bébé se concentrent sur les troubles de la parentalité sans avoir à entreprendre une transformation de tout l'équilibre psychique préalable. Un des aspects les plus originaux et controversé des thérapies mère-bébé est leur brièveté. Dans une recherche systématique portant sur 75 cas, il a constaté que ces thérapies ont une durée moyenne de six semaines. Pour lui, une adhésion rigide au format de la cure-type analytique exclut de la pratique la majeure partie des pathologies du premier âge, car la majorité de ces femmes ne sont pas prêtes à effectuer un travail en profondeur sur elles-mêmes. Elles viennent le plus souvent pour leur enfant. Nous l'avons constaté pour Mme M. et Mme D. qui s'interrogeaient beaucoup sur leur capacités à être une bonne mère et sur les conséquences des événements traumatiques : perte du père pendant la grossesse chez Mme D., place du bébé dans la dynamique transgénérationnelle pour Mme M. qui a perdu sa grand-mère "à cause" du bébé. A travers l'entretien, elles ont pu réinscrire leur bébé dans leur histoire et lui donner sa place.

Dans le post-partum, la mère déverse une partie de son contenu psychique et de ses conflits vers l'enfant, créant une ectopie psychique. Cette ectopie mobilise les représentations mentales maternelles dans un laps de temps court, rendant la dyade mère-bébé instable, très sensible aux influences internes et externes. D'après **CRAMER** cette instabilité permet non seulement l'installation rapide d'une pathologie mais également une efficacité thérapeutique dans un temps court, grâce à la plasticité psychique spécifique à cette période. C'est dans ce sens que pour Mme T., les entretiens avec la psychologue pendant sa grossesse, la pédopsychiatre et l'enquête après la grossesse, ont permis de juguler une dépression sous-jacente et ont préservé la relation mère-bébé.

Ces entretiens illustrent donc l'importance des thérapies brèves telles que les conçoit l'Ecole Genevoise. Dans la plupart des cas, des interventions thérapeutiques courtes sont suffisantes pour aider la mère face à sa souffrance, et pour favoriser le développement d'un lien mère-enfant harmonieux. Dans d'autres cas de pathologie plus lourde de la mère, il est nécessaire de recourir à des soins à plus long terme, avec des interventions plus spécifiques pour la mère, notamment lors d'hospitalisations mère-bébé.

Certaines mères, comme Mme B., arrivent à protéger leur relation avec leurs enfants en cloisonnant leur vie psychique et en réservant à leur enfant un espace le plus exempt de souffrance possible. L'inclusion du bébé dans l'organisation psychique de la mère crée une néoformation structurale et psychopathologique spécifique du post-partum. Le postulat de cette néoformation telle que le définit **CRAMER (22)** tient compte de la sectorisation de cette organisation psychique maternelle qui n'envahit pas d'autres domaines et qui la distingue de la pathologie maternelle préexistente.

Chez Mme T., il faut souligner l'importance de l'environnement, notamment familial, qui peut éviter l'effondrement dépressif de la mère par la qualité durable de son soutien et de sa stabilité. Cette femme a pu se reposer sur des tiers structurants, contrecarrant ses préoccupations anxieuses en s'opposant à ses vérifications.

Enfin, le rôle du bébé n'est pas négligeable. Chez Mme D., il joue le rôle d'antidépresseur dans sa relation à la mère, en renforçant chez elle l'idée de qualité de ses capacités maternantes.

Pour un certain nombre de cas (chez Mme S., Mme T.), les réponses aux échelles d'auto-évaluation nous semblaient faussement banalisées.

A l'entretien, l'incapacité à verbaliser et à mentaliser les conflits est flagrante chez ces femmes ayant des scores négatifs aux différentes échelles avec une relation mère bébé dysharmonieuse (Mme S, Mme T). Elles racontent leur histoire de façon factuelle, très partielle, avec un détachement affectif par rapport à leurs propos. Les traumatismes vécus n'ont jamais été analysés et sont restés latents, ce qui leur semblait être le meilleur compromis pour éviter toute décompensation. La grossesse fragilisante rend pré-conscients ces conflits. L'arrivée de l'enfant accentue le déni de ces deuils conflictuels et mal résolus de leur passé. Ils sont "transférés" sur l'enfant par des identifications projectives pathologiques, ce qui permet à ces mères de différer la confrontation douloureuse et risquée.

Confrontées à un effort trop grand pour faire coïncider le fantasme de l'enfant imaginaire et le nouveau-né réel réclamant des soins, elles -n'ont plus comme seuls aménagements pouvant leur éviter des passages à l'acte ou des décompensations dépressives, qu'un fonctionnement sur le mode opératoire (94). Leur relation avec leur bébé devient déshumanisée et mécanique, comme si ses besoins pouvaient être uniquement apaisés par des règles, des horaires, des quantités, de méthodes de puériculture. Le nourrisson et sa maman sont l'un à côté de l'autre, et évoluent chacun à leur propre rythme sans partager d'affects de plaisir. La mère n'a pas les capacités de répondre aux demandes affectives de son enfant, l'enfant ne s'adapte pas à sa mère. Cette perturbation de la réciprocité peut provoquer des tensions de part et d'autre, aggravant les difficultés interactionnelles. Les perturbations de la réciprocité peuvent s'observer dans l'évitement du regard par la mère ou l'enfant, dans les efforts pour maintenir un contact physique ou la recherche d'une prise de distance, dans la non-réponse aux vocalises de l'enfant

Ces dépressions non mentalisées et camouflées par un fonctionnement défensif de type opératoire aboutissant à un surinvestissement de la relation matérielle sont responsables d'un appauvrissement de l'empathie relationnelle, avec le danger de méconnaissance de la thématique dépressive sous-jacente par l'entourage. Le bébé tente dans un premier temps de ramener sa mère dans une interrelation plus chaleureuse par son comportement. N'ayant que son corps comme moyen de communication, il développe divers symptômes tels qu'une hyperexcitabilité, des troubles alimentaires et du sommeil. S'il échoue, il va entrer lui-même dans une phase dépressive, avec repli sur lui-même, indifférence affective, inertie motrice, somatisations diverses, avec risque à long terme de troubles du développement cognitif et socio-émotionnel (35).

Au total, toutes ces observations viennent illustrer et animer les résultats de notre étude. Les différentes biographies qui nous sont livrées mettent parfois en évidence l'importance des événements douloureux survenant dans l'existence de ces femmes ou plus particulièrement pendant leur grossesse. Leurs conditions de vie, la qualité du couple et des rapports familiaux, semblent aussi donner une tonalité au vécu de la grossesse.

Cependant, si tous ces éléments peuvent être entendus comme "facteurs de risque", ils n'influencent pas pour autant de façon systématique la qualité des relations mère-bébé. Celle-ci paraît plutôt sensible aux capacités de ces femmes à surmonter leurs affects dépressifs, aux possibilités des bébés à développer des compétences pour stimuler leur mère, ou encore, à l'évolution de la dyade dans un nouvel espace psychique décrit comme véritable "néoformation".

L'évolutivité des tableaux cliniques et la plasticité des troubles de la relation mère-bébé montre la grande sensibilité aux facteurs extérieurs (soutien familial, sage-femme, psychothérapie), mais aussi à l'action même des entretiens mis en place avec ces femmes dans le cadre de l'enquête.

Le devenir des mères ayant une relation mère-bébé dysharmonieuse n'est pas figé. Les deux intervenants de cette dyade sont des acteurs potentiels du changement. La mère peut faire le deuil de l'enfant imaginaire ou des idéaux parentaux et faire le travail de maternalité en investissant son bébé. Sa dépression et ses difficultés relationnelles peuvent être reconnues par un tiers sur lequel elle pourra s'étayer le temps nécessaire à l'apaisement des conflits. Enfin, le bébé peut réanimer la dyade en gratifiant sa mère par l'apparition du sourire par exemple. Le pronostic concernant le devenir des femmes fonctionnant sur un mode opératoire est plus réservé, d'abord parce que la dépression sous-jacente est méconnue par la mère et son entourage, et que la mère ne se rend pas compte des efforts du bébé pour établir un lien plus affectif. La mère vit tous les efforts du bébé comme une agression. Dans ce cas, le risque de maltraitance à long terme n'est pas négligeable comme le souligne **SALMON M. et Coll.** dans leur étude sur 634 cas effectuée en Angleterre.

Enfin, que va-t-il advenir de ces mères dont l'interaction avec leur enfant restait harmonieuse malgré un contexte défavorable : continueront-elle à protéger leur relation avec leur bébé, le bébé continuera-t-il à être gratifiant ?

E. Perspectives de santé mentale en périnatalité

En conclusion, en dehors d'un intérêt scientifique, notre travail montre l'importance de la pathologie psychiatrique chez la femme enceinte et ses répercussions en post-partum sur la relation mère-bébé. Nous insistons sur l'aspect infra-clinique de cette pathologie qui à l'inverse de la psychose puerpérale ou de la dépression mélancolique du post-partum, passe le plus souvent inaperçue. Nous rappelons que dans cette étude, seules trois femmes ont alerté le milieu soignant par leurs symptômes. Ceux-ci pourraient donc être détectés de manière plus systématique. La mise en place de consultation psychiatrique, pour chaque femme enceinte en fin de grossesse, risquerait d'être contraignante, coûteuse et de banaliser l'intérêt de l'entretien psychiatrique.

Ce sont les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens, les généralistes, qui sont au premier rang, tout au long de la grossesse, pour être interpellés par ces symptômes. Cependant, le caractère infra-clinique de ceux-ci, leur particularité, les rendent souvent peu accessible. Nos collègues pourraient être aidés par la passation systématique d'une échelle spécifique comme le propose MANZANO (62), ou l'utilisation de l'échelle d'anxiété STAI-Y après avoir validé nos résultats sur une population plus importante.

Ce dépistage pourrait permettre d'instaurer rapidement un accompagnement spécialisé centré sur la verbalisation de la souffrance de cette femme, sur l'écoute attentive des symptômes. D'autre part, en fonction de l'évolution, on pourrait mettre en place des soins plus adaptés, tels que l'hospitalisation mère-bébé, afin de restaurer une maternalité alternée.

Ces activités sont actuellement l'essentiel du travail des équipes des unités mère-bébé en coordination avec tous les intervenants du domaine de la périnatalité. Elles interviennent ainsi dans deux axes de santé natale : les soins de la mère et la prévention des troubles chez l'enfant.

Rappelons que les dépressions maternelles peuvent, dans certains cas, être des modes d'entrée de pathologie psychiatrique plus chronique, avec des risques de rechute ultérieure lors d'une nouvelle grossesse. En effet, le lien entre la grossesse et la maladie bipolaire, tant pour la décompensation d'un premier épisode que pour une récurrence avec parfois une modification de la cyclicité, a été clairement démontré. Chez les bipolaires, un quart des femmes ont présenté leur premier épisode thymique en période post-partum, dès la première naissance dans deux tiers des cas, et le risque de rechute pour une grossesse ultérieure a été évalué à une sur deux ou une sur trois selon les études (59).

La mise en place d'un traitement adapté notamment normothymique ne doit pas être retardée, il en va de l'évolution future de la maladie.

Pour le nourrisson, souffrant de l'inadéquation des soins maternels, l'action préventive consistera au dépistage précoce des signes de souffrance. Le plus souvent le nourrisson pourra présenter des symptômes à type d'insomnie précoce, avec parfois excitation dans le but d'accaparer l'attention de l'entourage, ou au contraire fuite dans le sommeil, eczéma plus ou moins généralisé, infections O.R.L. à répétition, retard de développement psycho-moteur avec cassure de la courbe staturo-pondérale.

Ces symptômes précèdent parfois l'effondrement dépressif déjà décrit (**KREISSLER** et **MARCELLI**). A long terme des troubles cognitifs et d'apprentissage peuvent s'installer.

Tous ces troubles sont heureusement réversibles, si la dépression maternelle s'amende rapidement, ou bien si l'enfant arrive à s'étayer sur un tiers structurant.

V. Conclusion

Pour cette étude, nous nous sommes posé la question suivante : est-ce que la symptomatologie anxieuse ou dépressive du dernier trimestre coïncide avec une relation mère-bébé dysharmonieuse ?

Pour cela, nous avons décidé de réaliser une étude prospective sur une période de trois mois, dans le but de faire un repérage des troubles anxieux et dépressifs au huitième mois de grossesse, puis d'évaluer cliniquement dans les trois premiers mois du post-partum, la dépression et la qualité de la relation mère-bébé. Notre repérage en pré-partum a pu être fait grâce au remplissage des auto-questionnaires d'anxiété STAI-Y et de dépression CESd. Pendant le post-partum, nous avons utilisé l'échelle spécifique de la dépression EPDS, remplie avant un entretien semi-structuré d'une heure, en présence de la dyade mère-bébé et de deux observateurs.

Nous nous sommes basés sur l'étude bibliographique qui montre l'importance de la relation mère-bébé et de ses interactions sur le développement et l'équilibre psychique ultérieur de l'enfant. Les répercussions d'une dépression du post-partum sur la relation mère-bébé ont été clairement démontrées. Par contre, la spécificité d'une souffrance psychique du pré-partum et ses conséquences ont été peu étudiées. Un certain nombre de facteurs de risques pour la dépression du post-partum ont été mis en évidence par plusieurs auteurs, sans que leurs résultats soient homogènes. Les études sur l'étiologie sont peu concordantes et sont en faveur d'une origine socio-bio-environnementale.

La plupart des femmes ayant participé à l'enquête n'avaient aucun problème ni pendant la grossesse, ni après, ni dans la relation mère-bébé, ce qui est très rassurant.

Nous avons pu repérer une symptomatologie dépressive et/ou anxieuse au huitième mois de la grossesse, et établir un lien avec la qualité de la relation mère-bébé. L'échelle d'anxiété STAI-Y nous a paru être l'outil le plus intéressant étant donné sa liaison spécifique avec les dysfonctionnements interactionnels de la dyade.

Sur le plan clinique, nous avons été confrontés à des femmes avec une histoire personnelle et familiale parfois lourdes à assumer, ayant parfois des répercussions sur la relation mère-bébé. Nous avons pu noter l'importance de la fragilité et de la vulnérabilité en réaction aux événements de vie, de l'effet antidépresseur des différents intervenants auprès de la dyade mère-bébé, des capacités de la mère à surmonter ses difficultés en se concentrant sur sa maternalité. Il faut souligner aussi le rôle non négligeable du bébé gratifiant, renforçant sa mère dans son image maternante. L'histoire de l'enfant porte le poids de l'histoire familiale, avec tous les aléas bénéfiques ou bienfaiteurs des identifications maternelles transgénérationnelles. Dans cette filiation forcée qui n'est pas que biologique, l'enfant doit trouver sa place au sein de la famille, dans son sexe et dans sa génération.

En conclusion, la symptomatologie anxieuse ou dépressive pendant la grossesse serait un des marqueurs d'une altération future des relations mère-bébé. Il serait souhaitable de pouvoir en faire un repérage systématique avec l'aide de nos collègues obstétriciens et des différents partenaires intervenant en périnatalité. Pour cela, il nous paraît primordial de sensibiliser les équipes soignantes à la fragilité psychique de la femme enceinte, dans un but de dépistage précoce et surtout d'un éventuel traitement préventif de ses répercussions sur la dyade. Il serait intéressant d'utiliser l'échelle STAI-Y pour détecter les femmes à risque, car la symptomatologie reste souvent infra-clinique, banalisée, noyée dans des doléances dites normales à cette période.

Au-delà de l'intérêt théorique, notre travail de clinicien ne peut faire abstraction de la dimension thérapeutique. Dans la plupart des cas, des interventions thérapeutiques courtes sont suffisantes pour aider la mère face à sa souffrance, et pour favoriser le développement d'un lien mère-enfant harmonieux. Dans d'autres cas de pathologie plus lourde de la mère, il est nécessaire de recourir à des soins à plus long terme, avec des interventions plus spécifiques pour la mère, notamment lors d'hospitalisations mère-bébé.

VI. Annexes

Docteur RAINELLI Christine
Psychiatre, Praticien Hospitalier
Service du Dr Malauzat, C.H. Esquirol

BALOUTCH Nariman
Interne en psychiatrie
Service de pédiatrie 1, C.H.R.U. Limoges
Intersecteur de pédopsychiatrie du Pr Garoux

Date

Cher confrère,

Nous aimerions réaliser une analyse clinique sur la dépression chez la femme enceinte et ses conséquences sur la relation ultérieure mère-bébé, afin d'en améliorer la prévention, sur toute la Haute-Vienne.

En effet, l'impact des perturbations psychiques pendant le dernier trimestre semble avoir des conséquences graves et durables à long terme sur la relation mère-bébé.

Notre postulat serait qu'un état anxio-dépressif de fin de grossesse pourrait faire le lit d'une dépression sévère du post-partum en ne se révélant souvent qu'après plusieurs semaines de relative stabilité.

Nous aurions besoin de votre coopération lors de la consultation du 8^{ème} mois de grossesse. Lors de cette consultation, il serait nécessaire de distribuer les documents ci-joints :

- une lettre d'information ;
- une demande de participation avec proposition d'être revue dans les trois mois après l'accouchement ;
- deux échelles d'auto-évaluation (dépression et anxiété) pouvant être remplies en 15 minutes dans la salle d'attente par la patiente seule.

Par la suite, je reverrai individuellement chaque femme, au cours des trois mois suivant l'accouchement pour recueillir la biographie, évaluer l'anxiété, la dépression éventuelle et les relations mère-bébé, dans la mesure où elle donne son accord.

Il serait important que je puisse consulter vos dossiers, avec votre autorisation, pour connaître les antécédents (IVG, fausses couches, prématurité...), et les modes de déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

En vous remerciant pour votre coopération, veuillez agréer, Cher Confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

N. BALOUTCH

P.S. : pour toute information supplémentaire, vous pouvez nous contacter au secrétariat du D^r Malauzat
Tel. : 05/55/43/11/00

Docteur RAINELLI Christine
Psychiatre, Praticien Hospitalier
Service du Dr Malauzat, C.H.. Esquirol

BALOUTCH Nariman
Interne en psychiatrie
Service de pédiatrie 1, C.H.R.U. Limoges
Intersecteur de pédopsychiatrie du Pr Garoux
Tel. : 05/55/43/11/00

Date

Madame,

En plein accord avec votre gynécologue traitant nous voulons mieux préciser l'existence de l'anxiété et de la dépression chez la femme enceinte afin d'en améliorer la prévention et le traitement.

Nous proposons à toutes les femmes enceintes de la Haute-Vienne au cours 8^{ème} mois de grossesse de nous aider dans cette analyse.

Ceci consiste pour vous à remplir les deux questionnaires ci-joints, et être revue avec votre bébé, si vous en êtes d'accord, pour un entretien d'environ une heure dans les trois mois suivant l'accouchement.

Pour cela, nous avons besoin de votre accord écrit et de vos coordonnées, afin de pouvoir vous contacter pour fixer un rendez-vous.

Bien entendu, il n'y a aucune obligation pour vous de participer et quelque soit votre décision elle ne changera en rien le suivi médical assuré par votre gynécologue.

Toutes les informations vous concernant sont soumises au strict secret médical. Si vous le souhaitez, les résultats vous seront présentés ultérieurement.

Veuillez agréer, Madame, tous nos remerciements et l'expression de nos salutations les meilleures.

P.S. : pour toute information supplémentaire, vous pouvez nous contacter au secrétariat du D^r Malauzat
Tel. : 05/55/43/11/00

Je soussignée Mme, suivie par le D^r
accepte de participer à l'analyse clinique concernant les femmes enceintes au
cours du 8^{ème} mois et la proposition d'être contacté pour un entretien dans les
trois mois après l'accouchement par le D^r C. RAINEILLI ou N. BALOUTCH.
Aucune autre contrainte, en particulier de traitement, ne me sera demandée. Le
suivi médical assuré par mon gynécologue traitant sera strictement inchangé.

ADRESSE :

N TELEPHONE : / / / / / Heures préférées pour être appelée

Date et signature

L'ECHELLE CESd

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Age :** _____ **Date :** _____

Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste **durant la semaine écoulée** ? (mettez une seule réponse pour chaque ligne)

Jamais ; très rarement (*moins d'un jour*)
 Occasionnellement (*1 à 2 jours*)

Assez souvent (*3 à 4 jours*)
 Fréquemment ; tout le temps (*5 à 7 jours*)

	Jamais ; très rarement	Occasion- nellement	Assez souvent	Fréquem- ment ; tout le temps
J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude me dérangent pas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué l'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie déprimée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été confiante en l'avenir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai pensé que ma vie était un échec.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie craintive.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon sommeil n'a pas été bon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été heureuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai parlé moins que d'habitude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie seule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres ont été hostiles envers moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai profité de la vie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des crises de larmes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie triste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Limoges, le

Madame,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à notre analyse clinique.

Je vous confirme votre rendez-vous qui aura lieu le / /1999 à h. à la crèche thérapeutique, 41 rue d'Auzette à Limoges. La consultation durera environ une heure.

Je vous demande de bien vouloir venir avec et son carnet de santé.

En cas d'impossibilité de vous rendre au rendez-vous, vous voudrez bien prévenir au numéro indiqué ci-dessus.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Dr. N. BALOUTCH

5 Je me suis sentie dépassée

- oui, la plupart du temps, je n'ai pas été capable de faire face
- oui, parfois je n'ai pas pu faire face aussi bien que d'habitude
- non, la plupart du temps je me suis bien débrouillée
- non, je me suis débrouillée aussi bien que d'habitude

7 J'ai été si malheureuse que j'ai eu des difficultés à dormir

- oui, la plupart du temps
- oui, assez souvent
- pas très souvent
- non pas du tout

8 Je me suis sentie triste ou misérable

- oui, la plupart du temps
- oui, assez souvent
- pas très souvent
- non, pas du tout

9 J'ai été si malheureuse que j'en ai pleuré

- oui, la plupart du temps
- oui, très souvent
- seulement de temps en temps
- non jamais

10 La pensée de me faire du mal m'a traversé l'esprit

- oui, très souvent
- quelquefois
- rarement
- jamais

Date :/...../.....

Nom : Prénom :
 Né le :/...../..... Entré le :/...../.....

INTERACTIONS MÈRE-NOURRISSON (0 mois à 1 mois) - INTERACTIONS COMPORTEMENTALES

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES
<p>BÉBÉ</p> <p><u>GESTUALITE.</u></p> <p>0. Exprime une gestualité satisfaisante, avec des mouvements corporels harmonieux.</p> <p>1. Exprime une gestualité adaptée mais pauvre avec un ralentissement des mouvements corporels</p> <p>2. Exprime une gestualité importante avec des mouvements corporels vifs accélérés.</p> <p>3. N'exprime aucune gestualité.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>DIALOGUE CORPOREL.</u></p> <p>0. Le dialogue corporel du bébé est adéquat, il semble détendu et peut trouver une position corporelle confortable.</p> <p>1. Le dialogue corporel du bébé est adéquat globalement avec des raptures de tonus hypertonique et/ou hypotonique.</p> <p>2. Le dialogue corporel du bébé est adéquat mais celui-ci semble très réactif et irritable.</p> <p>3. Le dialogue corporel du bébé montre une hypotonie avec une tendance à l'endormissement.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>ECHANGES DE REGARDS.</u></p> <p>0. Regarde de façon adéquate sa mère.</p> <p>1. Regarde peu sa mère.</p> <p>2. Ne regarde pas sa mère.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>EXPRESSIONS VOCALES AVEC SA MÈRE.</u></p> <p>0. Il existe des échanges vocaux après un délai avec sa mère ou avec un tiers.</p> <p>1. Il n'existe pas d'échanges vocaux ni avec sa mère ni avec un tiers.</p> <p>Particularité des échanges vocaux..... </p>
<p>BÉBÉ</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>DIALOGUE CORPOREL.</u></p> <p>0. Le dialogue corporel du bébé est adéquat, il semble détendu et peut trouver une position corporelle confortable.</p> <p>1. Le dialogue corporel du bébé est adéquat globalement avec des raptures de tonus hypertonique et/ou hypotonique.</p> <p>2. Le dialogue corporel du bébé est adéquat mais celui-ci semble très réactif et irritable.</p> <p>3. Le dialogue corporel du bébé montre une hypotonie avec une tendance à l'endormissement.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>EXPRESSION DU REGARD.</u></p> <p>0. Regarde avec une expression adéquate.</p> <p>1. Regarde avec accrochage excessif.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>CRIS.</u></p> <p>0. Crie de temps en temps et se calme dans les bras de sa mère ou d'un tiers.</p> <p>1. Crie longtemps ou très souvent mais peut être calmé par sa mère ou par un tiers.</p> <p>2. Crie longtemps ou très souvent et ne peut être calmé que par un tiers.</p> <p>3. Crie et gémit très souvent. Parait inconsolable.</p> <p>4. Ne crie pratiquement jamais.</p>
<p>BÉBÉ</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>CONTACTS CORPORELS.</u></p> <p>0. Accepte les contacts corporels avec sa mère.</p> <p>1. Accepte les contacts corporels avec sa mère mais s'agite et parfois s'en écarte.</p> <p>2. Refuse tout contact corporel.</p>		

Date :/...../.....

INTERACTIONS MÈRE-NOURRISSON - INTERACTIONS COMPORTIMENTALES

Nom : Prénom :
Née le :/...../..... Entrée le :/...../.....

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALLES	FACIALES
MÈRE	<p><u>DIALOGUE TONIQUE.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Tient son bébé de manière confortable, assurant à celui-ci une sécurité, avec un ajustement de la distance.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Tient son bébé de façon confortable mais de façon discontinuë avec des réactions brusques fréquentes.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Tient son bébé dans une trop grande proximité, dans une difficulté à ajuster la distance.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Tient son bébé à distance supportant mal les rapprochés corporels.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Tient de façon inconfortable son bébé, dans une difficulté à ajuster la distance, portant atteinte à la sécurité physique du bébé.</p>	<p><u>INITIATION DE L'INTERACTION.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Cherche le regard de son bébé de façon adaptée pour initier l'interaction.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Cherche le regard de son bébé mais de façon discontinuë.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Cherche le regard de son bébé avec insistance sans initier l'interaction.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ne cherche jamais le regard de son bébé.</p>	<p><u>RYTHME ET AJUSTEMENT.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Parle fréquemment à son bébé dans une continuité d'échanges.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Parle rarement à son bébé mais dans une continuité d'échanges.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Parle fréquemment à son bébé mais avec des moments de rupture.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Parle de façon quasiment ininterrompue à son bébé sans tenir compte de sa disponibilité et de sa réactivité.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Ne parle que rarement, voire jamais, à son bébé.</p>	<p><u>EXPRESSION DU VISAGE.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Les expressions du visage sont adaptées et variées.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Les expressions du visage sont variées mais inadaptes.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Les expressions du visage sont adaptées mais pauvres.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Les expressions du visage sont inadaptes et pauvres.</p>
MÈRE	<p><u>POSTURES.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Tient ou installe son bébé dans une position qui permet l'échange.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Peut tenir ou installer son bébé dans une position qui permet l'échange mais de façon discontinuë.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Ne tient pas ou n'installe jamais son bébé dans une position qui permet l'échange.</p>	<p><u>MAINTIEN DE L'INTERACTION.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Maintient le regard avec son bébé de façon continue.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinuë en se laissant distraire par l'environnement.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinuë avec évitement actif.</p>	<p><u>DISCOURS : CONTENU ET AFFECT.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> S'adresse à son bébé dans un discours adapté avec des affects adaptés.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> S'adresse à son bébé dans un discours adapté mais avec des affects non concordants.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> S'adresse à son bébé dans un discours inadaptes, les affects sont présents mais non concordants.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> S'adresse à son bébé dans un discours inadaptes ou pauvre sans affect.</p>	
MÈRE	<p><u>GESTES DE TENDRESSE.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Carresse et embrasse son bébé de façon adéquate.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Carresse et embrasse son bébé de façon apparemment adéquate mais avec des ruptures.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Carresse et embrasse son bébé très souvent sans s'ajuster à lui.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Manipule ou touche son bébé de façon inadaptes, excessive ou brusque.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Ne peut pas toucher son bébé.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Manipule ou touche son bébé de façon mécanique.</p>	<p><u>EXPRESSION DU REGARD.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> Regarde le plus souvent son bébé avec une expression adaptée.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Regarde le plus souvent son bébé de façon préoccupée et/ou inquiète.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Regarde le plus souvent son bébé de façon intrusive et/ou agressive.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Regarde le plus souvent son bébé de façon triste et/ou vide.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Évite en permanence le regard de son bébé.</p>	<p><u>EXPRESSION VOCALE.</u></p> <p>0. <input type="checkbox"/> L'expression vocale de la mère est adaptée.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> L'expression vocale de la mère est marquée par l'inquiétude.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> L'expression vocale de la mère est globalement ralentie et triste et sans modulation.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> L'expression vocale de la mère est marquée par l'agressivité.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> L'expression vocale de la mère est indifférente et mécanique.</p>	

APPRECIATION GLOBALE DES INTERACTIONS

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELS	VOCALIS
CONTINUITE	1. Continue. 2. Parfois 3. Le plus souvent discontinue. 4. Toujours discontinue	1. Continue. 2. Parfois 3. Le plus souvent discontinue. 4. Toujours discontinue	1. Continue. 2. Parfois 3. Le plus souvent discontinue. 4. Toujours discontinue
RICHESSSE	1. Riche. 2. Plutôt riche. 3. Plutôt pauvre. 4. Pauvre	1. Riche. 2. Plutôt riche. 3. Plutôt pauvre. 4. Pauvre	1. Riche. 2. Plutôt riche. 3. Plutôt pauvre. 4. Pauvre
BON AJUSTEMENT DES DEUX PARTENAIRES DANS LA RELATION INTERACTIVE	1. Très souvent. 2. Souvent. 3. Parfois. 4. Jamais.	1. Très souvent. 2. Souvent. 3. Parfois. 4. Jamais.	1. Très souvent. 2. Souvent. 3. Parfois. 4. Jamais.

COMPTE-RENDU DE L'OBSERVATION DE Mme S

(selon la méthode d'Esther Bick)

19/02/1999

Floriane arrive endormie dans son landau, Mme S pense qu'elle va bientôt se réveiller ; l'heure de la tétée s'approchant. Au moment où Floriane pleure, Me S. se penche vers sa fille, lui parle, la caresse mais celle-ci se manifeste très rapidement en se crispant. Mme S. la prend dans ses bras et lui donne le biberon, le bébé tête, installé dans les bras de sa mère, la petite cherche le regard de sa mère. Quelques échanges ont lieu mais interrompus brutalement par la mère qui verbalise alors ses difficultés de couple. Floriane semble s'épuiser dans la recherche de l'attention de sa mère. Puis se met à pleurer, elle n'a pas terminé son biberon. La mère pense que sa petite a besoin d'être changée.

Floriane s'apaise sur le tapis, à distance de sa mère, elle accroche mon regard, me sourit et vocalise avec moi. Mme S. change sa fille avec des gestes adaptés, lui parle mais la petite n'accroche pas le regard de sa mère : elle paraît cependant tranquille jusqu'au moment où sa mère le reprend contre elle.

Mme S. ne peut pas calmer sa fille qui pleure dans ses bras, elle la couche dans le landau, Floriane pleure toujours. Mme S. la reprend, la petite reste inconsolable.

L'enfant m'est confié. La maman exprime alors les violences à la maison entre adultes. Floriane s'endort après que je lui ai beaucoup parlé, que je l'ai bercée. Son sommeil reste vigilant avec quelques sanglots. elle va rapidement se réveiller quand je vais la déposer dans son landau et se remet à pleurer.

Floriane est une petite attentive dans la communication, à la recherche d'échanges sécurisants. Elle est très réactive à la souffrance de sa mère. Elle semble hypervigilente.

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	FACIALES
	<p>DIALOGUE TONIQUE.</p> <p>0. Tient son bébé de manière confortable, assurant à celui-ci une sécurité, avec un ajustement de la distance.</p> <p>1. Tient son bébé de façon confortable mais de façon discontinue avec des réactions brusques fréquentes.</p> <p>2. Tient son bébé dans une trop grande proximité, dans une difficulté à ajuster la distance.</p> <p>3. Tient son bébé à distance supportant mal les rapprochés corporels.</p> <p>4. Tient de façon inconfortable son bébé, dans une difficulté à ajuster la distance, portant atteinte à la sécurité physique du bébé.</p>	<p>INITIATION DE L'INTERACTION.</p> <p>0. Cherche le regard de son bébé de façon adaptée pour initier l'interaction.</p> <p>1. Cherche le regard de son bébé mais de façon discontinue.</p> <p>2. Cherche le regard de son bébé avec insistance sans initier l'interaction.</p> <p>3. Ne cherche jamais le regard de son bébé.</p>	<p>RYTHME ET AJUSTEMENT.</p> <p>0. Parle fréquemment à son bébé dans une continuité d'échanges.</p> <p>1. Parle rarement à son bébé mais dans une continuité d'échanges.</p> <p>2. Parle fréquemment à son bébé mais avec des moments de rupture.</p> <p>3. Parle de façon quasiment ininterrompue à son bébé sans tenir compte de sa disponibilité et de sa réactivité.</p> <p>4. Ne parle que rarement, voire jamais, à son bébé.</p>	<p>EXPRESSION DU VISAGE.</p> <p>0. Les expressions du visage sont adaptées et variées.</p> <p>1. Les expressions du visage sont variées mais inadaptes.</p> <p>2. Les expressions du visage sont adaptées mais pauvres.</p> <p>3. Les expressions du visage sont inadaptes et pauvres.</p>
MERE	<p>POSTURES.</p> <p>0. Tient ou installe son bébé dans une position qui permet l'échange.</p> <p>1. Peut tenir ou installer son bébé dans une position qui permet l'échange mais de façon discontinue.</p> <p>2. Ne tient pas ou n'installe jamais son bébé dans une position qui permet l'échange.</p>	<p>MAINTIEN DE L'INTERACTION.</p> <p>0. Maintient le regard avec son bébé de façon continue.</p> <p>1. Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue en se laissant distraire par l'environnement.</p> <p>2. Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue avec évitement actif.</p>	<p>DISCOURS : CONTENU ET AFFECT.</p> <p>0. S'adresse à son bébé dans un discours adapté avec des affects adaptés.</p> <p>1. S'adresse à son bébé dans un discours adapté mais avec des affects non concordants.</p> <p>2. S'adresse à son bébé dans un discours inadaptes, les affects sont présents mais non concordants.</p> <p>3. S'adresse à son bébé dans un discours inadaptes ou pauvre sans affect.</p>	
MERE	<p>GESTES DE TENDRESSE.</p> <p>0. Carresse et embrasse son bébé de façon adéquate.</p> <p>1. Carresse et embrasse son bébé de façon apparemment adéquate mais avec des ruptures.</p> <p>2. Carresse et embrasse son bébé très souvent sans s'ajuster à lui.</p> <p>3. Manipule ou touche son bébé de façon inadaptes, excessive ou brusque.</p> <p>4. Ne peut pas toucher son bébé.</p> <p>5. Manipule ou touche son bébé de façon mécanique.</p>	<p>EXPRESSION DU REGARD.</p> <p>0. Regarde le plus souvent son bébé avec une expression adaptée.</p> <p>1. Regarde le plus souvent son bébé de façon préoccupée et/ou inquiète.</p> <p>2. Regarde le plus souvent son bébé de façon intrusive et/ou agressive.</p> <p>3. Regarde le plus souvent son bébé de façon triste et/ou vide.</p> <p>4. Evite en permanence le regard de son bébé.</p>	<p>EXPRESSION VOCALE.</p> <p>0. L'expression vocale de la mère est adaptée.</p> <p>1. L'expression vocale de la mère est marquée par l'inquiétude.</p> <p>2. L'expression vocale de la mère est globalement ralentie et triste et sans modulation.</p> <p>3. L'expression vocale de la mère est marquée par l'agressivité.</p> <p>4. L'expression vocale de la mère est indifférente et mécanique.</p>	

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	FACIALES
<p>BÉBÉ</p>	<p>GESTUALITÉ.</p> <p>0. Exprime une gestualité adaptée et satisfaisante, ses mouvements corporels sont réguliers et harmonieux.</p> <p>1. Exprime une gestualité adaptée mais pauvre avec un ralentissement des mouvements corporels</p> <p>2. Exprime une gestualité très importante avec des mouvements corporels vifs accélérés ou dysharmonieux.</p> <p>3. N'exprime aucune gestualité.</p>	<p>INITIATION DE L'INTERACTION.</p> <p>0. Recherche du regard sa mère. Peut aussi solliciter un tiers et accrocher un objet.</p> <p>1. Ne recherche pas sa mère du regard mais peut rechercher le regard d'un tiers.</p> <p>2. Ne recherche ni le regard de sa mère ni le regard d'un tiers mais accroche un objet.</p> <p>3. Refuse tout contact visuel ou peut montrer un regard fixe.</p>	<p>INITIATION DE L'INTERACTION.</p> <p>0. Vocalise vers sa mère régulièrement.</p> <p>1. Vocalise vers sa mère mais avec des moments de rupture.</p> <p>2. Vocalise peu vers sa mère mais vocalise vers un tiers.</p> <p>3. Vocalise de façon excessive et intense.</p> <p>4. Ne vocalise jamais vers sa mère ni vers un tiers.</p>	<p>INITIATION DU SOURIRE.</p> <p>0. Sourit à sa mère et à un tiers.</p> <p>1. Sourit uniquement à sa mère.</p> <p>2. Sourit à un tiers mais pas à sa mère.</p> <p>3. Sourit sans différenciation quelque soit la personne.</p> <p>4. Ne sourit jamais.</p>
<p>BÉBÉ</p>	<p>DIALOGUE CORPOREL.</p> <p>0. Le dialogue corporel du bébé est adéquat, il semble détendu et peut trouver une position corporelle confortable.</p> <p>1. Le dialogue corporel du bébé est adéquat globalement avec des ruptures de tonus hypertonique et/ou hypotonique.</p> <p>2. Le dialogue corporel du bébé est adéquat mais celui-ci semble très réactif et irritable.</p> <p>3. Le dialogue corporel du bébé montre une hypertonie avec attitudes du torse contractées, figées ou arqueboutées.</p> <p>4. Le dialogue corporel du bébé montre une hypotonie avec un torse peu maintenu et mou.</p>	<p>MAINTIEN DE L'INTERACTION.</p> <p>0. Maintient le regard de façon adéquate avec sa mère et avec un tiers.</p> <p>1. Regarde sa mère de façon discontinue mais maintient le regard avec un tiers.</p> <p>2. Regarde de façon discontinue.</p> <p>3. Evite de façon active le regard avec sa mère mais peut le maintenir avec un tiers.</p> <p>4. Evite de façon active le regard.</p>	<p>MAINTIEN DES VOCALISES.</p> <p>0. Maintient l'échange vocal de façon adéquate avec sa mère et avec un tiers.</p> <p>1. Maintient l'échange vocal de façon discontinue avec sa mère mais de façon continue avec un tiers.</p> <p>2. Maintient l'échange vocal mais de façon discontinue.</p> <p>3. Ne vocalise pas en réponse à sa mère mais vocalise vers un tiers.</p> <p>4. Ne vocalise pas.</p>	<p>REPONSE AU SOURIRE.</p> <p>0. Répond au sourire de sa mère et à un tiers.</p> <p>1. Répond au sourire d'un tiers mais pas à sa mère.</p> <p>2. Ne répond pas au sourire.</p>
<p>BÉBÉ</p>	<p>CONTACTS CORPORELS.</p> <p>0. Recherche les contacts corporels avec sa mère de façon adéquate.</p> <p>1. Ne recherche pas les contacts corporels avec sa mère mais les accepte.</p> <p>2. Recherche de façon massive les contacts corporels avec sa mère.</p> <p>3. Refuse les contacts corporels avec sa mère mais les recherche et les accepte avec un tiers.</p> <p>4. Refuse tout contact corporel.</p>	<p>EXPRESSION DU REGARD.</p> <p>0. Regarde avec une expression adéquate.</p> <p>1. Regarde avec hypervigilance, semble aux aguets.</p> <p>2. Présente un regard vide.</p>	<p>PLEURS.</p> <p>0. Pleure de temps en temps et se montre facilement consolable par sa mère ou d'un tiers.</p> <p>1. Pleure longtemps ou très souvent mais se montre consolable par sa mère ou d'un tiers.</p> <p>2. Pleure longtemps ou très souvent, se montre inconsolable par sa mère mais consolable par un tiers.</p> <p>3. Pleure et geint très souvent. Paraît inconsolable.</p> <p>4. Ne pleure presque jamais.</p>	<p>Autres expressions du visage.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES
CONTINUITE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continu. 2. Parfois 3. Le plus souvent discontinue. 4. Toujours discontinue 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continu. 2. Parfois 3. Le plus souvent discontinue. 4. Toujours discontinue 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continu. 2. Parfois 3. Le plus souvent discontinue. 4. Toujours discontinue
RICHESSSE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riche. 2. Plutôt riche. 3. Plutôt pauvre. 4. Pauvre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riche. 2. Plutôt riche. 3. Plutôt pauvre. 4. Pauvre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riche. 2. Plutôt riche. 3. Plutôt pauvre. 4. Pauvre
BON AJUSTEMENT DES DEUX PARTENAIRES DANS LA RELATION INTERACTIVE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Très souvent. 2. Souvent. 3. Parfois. 4. Jamais. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Très souvent. 2. Souvent. 3. Parfois. 4. Jamais. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Très souvent. 2. Souvent. 3. Parfois. 4. Jamais.

VII. Références bibliographiques

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, MINI DSM IV, Critères Diagnostiques (Washington DC, 1994), Traduction Française par J. D. GUELFY et Al., Paris, 1996, 384 pages.
2. ANSSEAU M, L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1, Editions Médicales Pierre Fabre, 1993.
3. AUGUSTO A., KUMAR R., et Coll., Postnatal depression in an urban area of Portugal : Comparaison of chidbearing women and matched controls, Psychol. Medicine, 1996, 26, 135-141.
4. AZORIN J. M., CHIARONI P., et Coll., Généralités sur l'épistémologie des méthodes de recherche en psychiatrie, Ed. Techniques, Encycl. Med. Chir (Paris, France), Psychiatrie, 37040 B10, 1991, 7 p.
5. BALLETT G., Des psychoses puerpérales, Med. Moderne, 1982.
6. BALOUTCH N., RAINELLI C., et Coll., Qui viendra donc se pencher sur le berceau ? A propos de la pratique clinique en unité d'hospitalisation mère-bébé, Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1999, n°25, 3 p.
7. BOURGEOIS M.L., SUTTER A. L., et Coll., Le projet MATQUID de Psychiatrie périnatale : présentation et premiers résultats (au 8^{ème} mois de grossesse) de l'enquête prospective d'une cohorte de 500 femmes, Ann. Med. Psychol., 1998, 156, n°9.
8. BOWLBY J., An ethological approach to research in Child development, Brit. J. Med. Psych., 1957 ; 30.
9. BOWLBY J., Attachement et perte, Volumes 1 et 2, P.U.F., Paris, 1978, Volume 3, P.U.F., Paris, 1984.
10. BROCKINGTON I. F., Motherhood and mental health, Oxford University Press, 1996, 165-191.
11. BRUCHON-SCHWEITZER M., Manuel de l'Inventaire d'Anxiété Etat Trait Forme Y, Edition du CPA, Paris, 1993.
12. CAMPBELL S. B., COHN J F Prevalence and correlates of post-partum depression in first-time mothers, J. Abnormal Psychology, 1991, vol. 100, 4, 594-599.

13. CATHEBRAS P., MOSNIER C et Coll., dépistage de la dépression chez les patients hospitalisés en médecine, l'Encéphale, 1994 ; XX : 311-7.
14. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, Organisation Mondiale de la Santé, Traduction de l'anglais par C. B. PULL, 1993, 305 pages.
15. COCO U., MAZET Ph., Le Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices de Louis Victor MARCE, Un précurseur de la psychiatrie périnatale, Synapse, n°126, mai 1996, 58-65.
16. COHN J. F., TRONICK E., specificity of infants response to mother's affective behavior, J. Am., Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1989, 28, 242-248.
17. CONSTANT J., COMITI F., Modèles d'examen psychiatrique de l'Enfant, Editions Techniques, Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-200-B-40, 1993, 8 p.
18. COOPER P. J., MURRAY L., course and recurrence of postnatal depression, Brit. J. Psychiatr., 1995, 166, 191-195.
19. COOPER P. J., MURRAY L., et Coll. The development and validation of a predictive index for postpartum depression, Psychological Medicine, 1996, 26, 627-634.
20. COX J. L. , MURRAY D., et Coll., A controlled study of the Onset, Duration and Prevalence of Postnatal Depression, Brit. J. Psychiatr., 1993,163,27-31.
21. COX J. L., HOLDEN J. M. , et Coll., development of the 10 items Edinburgh Postnatal Depression Scale, Brit. J. Psychiat., 1987, 150, 782-786.
22. CRAMER B., PALACIO-ESPASA F., La pratique des psychothérapies mère-bébé, Etudes cliniques et techniques, Coll. Le Fils Rouge, P.U.F., 1993, 391 p.
23. DALTON K., Prospective study into Postnatal Depression, Brit. J. Psychiat., 1971, 118, 689-692.
24. DELAY J., CORTEEL A., et Coll., Hypolutéinémie révélée par les biopsies cyto-hormonales dans une psychose du post-partum, Ann. Méd. Psych., 1956 ; 1.2 : 183-188.
25. Dictionnaire de Médecine, Flammarion Médecine Sciences, Paris 1982

26. DUGAS M., BOUVARD M.P., et Coll., Echelles d'évaluation en psychiatrie de l'enfant, Ed. Techniques, Encycl. Med. Chir (Paris-France), Psychiatrie, 37-200-E-50, 1994, 8 p.
27. DU PASQUIER Y., Dépressions des mères, adaptations de leurs enfants, L'information psychiatrique, n°8, octobre 1989.
28. DURAND B., dépression et maternité, tome 9, Ardix Médical, 1994, 58 p.
29. DURAND B., Le concept de psychiatrie périnatale, Santé Mentale, N°21, octobre 1997, 17-22.
30. ESQUIROL, Aliénation des nouvelles accouchées et des nourrices, 1838.
31. FIELD T., HEALY B., et Coll., infants of depressed mothers, Child Dev., 1988, 59, 1569-1579.
32. FRAIBERG S., ADELSON E., Fantomes dans la chambre d'enfants, une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson, Psychiatrie de l'Enfant, XXVI, 1, 1983, p.57-98.
33. GAUTHIER Y., MOLENAT F., Grossesse et vulnérabilité, Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1985, 33 (2-3), 95-102.
34. GOIDFROID I. O., Une vue d'ensemble sur la dépression du post-partum, Ann. Med-Psychol., 1997, 155, n°6.
35. GOLSE B., Dépression chez le nourrisson, Editions Techniques-Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-201-A-10, 1995, 6 p.
36. GOTLIB I. H., WHIFFEN V. E., Prospective investigation of postpartum depression : factors involved in onset and recovery, J. Abnormal. Psychology, 1991, 100, 122-132.
37. GREGOIRE A. J. P., KUMAR R., et Coll., Transdermal oestrogen for treatment of severe post-natal depression The Lancet 1996, 347, 930-933.
38. GUARALDI G. P., CAFFO E., et Coll., Analyse des indicateurs de distorsion relationnelle précoce mère-enfant pendant les trois premiers mois de vie, Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1985, 33 (2-3), 129-133.

39. GUEDENEY A., BUNGENER C., le post-partum blues : une revue critique de la littérature, *Revue critique des problèmes d'actualité, Psychiatrie de l'enfant*, XXXVI, 1, 1993, p. 329-354.
40. GUEDENEY N, FERMANIAN J, Validation Study of the french version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties, *Eur. Psychiatry*, 1998 ; 13 : 83-9.
41. GUEDENEY N., FERMANIAN J., et Coll., Premiers résultats de la traduction de l'Edinburg Postnatal Depression Scale sur une population parisienne, *Devenir*, 1995, 7, 69-92.
42. HAAG G., HAAG M., L'observation du nourrisson selon Esther Bick (1901-1983) et ses applications, *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sous la direction de S. LEBOVICI et R. DIATKINE, P.U.F.*, 1995, p. 531-547.
43. HANNAH P., ADAMS D., et Coll, Links between early postpartum mood and postnatal depression, *Brit. J. Psychiat.*, 1992, 160, 777-780.
44. HARRIS B., Biological and hormonal aspects of postpartum mood, *Brit. J. Psychiat.*, 1994, 164, 288-292.
45. HARRIS B., JOHNS S., et Coll., The hormonal environment of postnatal depression, *Brit. J. Psychiat.*, 1989, 160, 777-780.
46. HARRIS B., LOVETT L., et Coll. , Cardiff Puerperal Mood and Hormone Study. III. Postnatal Depression, and its Hormonal Correlates Accross the Peripartum Period, *Brit. J. Psychiat.*, 1996, 168,739-744.
47. HARRIS B., OTHMAN S., et Coll, Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression, , *Brit. J. Psychiat.*, 1992, 305, 152-156.
48. HEIM A., BENASSOULI P., et Coll., Troubles psychiques et grossesse, Editions Techniques, *Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Gynécologie/Obstétrique*, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 1995, 6 p.

49. JACQUEMAIN F., DAVID D., Recherche sur la prédiction des dépressions maternelles du post-partum en période anté-natale : mise en place d'un outil de dépistage en vue d'une prévention primaire et secondaire, *Annales de Psychiatrie*, Volume 13, n°2, 1998, 124-135.).
50. JEAMMET N., Faut-il être normal pour avoir des enfants normaux ?, *Psychiatrie de l'Enfant*, 1985, 28, 221-258.
51. KENDELL R., CHALMERS J.C., et Coll., Epidemiology of puerperal psychoses, *Brit. J. Psychiat.*, 1987, 150, 662-673.
52. KENNEL J. H., KLAUS M. H., et Coll., Maternal behaviour one year after early and extended post partum contact ; *Developmental medicine and child neurology*, 1974 ; 16 :172-179.
53. KUMAR R., ROBSON K. M. , A prospective study of emotional disorders in childbearing women, *Brit. J. Psychiat.*, 1984, 144, 35-47.
54. LAMOUR M., BARRACO M., et Coll., Méthodes cliniques d'observation directe du nourrisson, *Encycl. Med. Chir. (Paris), Psychiatrie*, 37-200-D-10, 1997, 8 p.
55. LAMOUR M., LEOVICI S., Les interactions du nourrisson avec ses partenaires, *Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*, 37190 B-60, 10-1089, 22 p.
56. LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F., Paris, 1967, 523 p.
57. LEOVICI S., STOLERU S., Le nourrisson, la mère et le psychanalyste, les interactions précoces, 1983, 59-85.
58. LEGER J. M., GAROUX R., et Coll., Note sur les décompensations névrotiques à caractère invalidant, survenant dans les mois qui suivent un accouchement, *A.M.P., Paris*, Tome 1, 130^{ème} année, 1971, n°1, 121-127.
59. LEMPERIERE T., ROUILLON F., troubles psychiques liés à la puerpéralité, *Encycl Med., Chir. Psychiatr.*, 1984, 37660 A, 12 p.),
60. LEMPERIERE T., ROUILLON F., et Coll., Les dépressions liées à la grossesse et au post-partum, *Entretiens de Bichat Psychiatrie*, 26 septembre 1984, 230-234).

61. LEPINE J.P, L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1, Editions Médicales Pierre Fabre, 1993.
62. MANZANO J., RHIGUETTI-VELTEMA M., Le syndrome de dépression du pré-partum, résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum, *Psychiatrie de l'Enfant*, XL, 2,1997, p. 533 à 552.
63. MANZANO J., RIGHETTI-VELTEMA M., et Coll., Le syndrome de dépression du pré-partum : un nouveau concept, résultats d'une recherche sur les signes précurseur de la dépression du post-partum, *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*, sous la direction de Juan MANZANO, Editions Médecine et Hygiène, 1996, 133-142.
64. MARBLE J., LEGER J.M., et Coll., La dépression chez la femme, aspects spécifiques, *Psychologie Médicale*, 1985, 17, 3 : 373-382.
65. MARCE L. V., *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales se rattachant à ce sujet*. Baillière et fils, Paris, 1958.
66. MARCELLI D, NADEL J et Coll., Interactions mère déprimée-bébé (âgé de 2 mois), étude à partir d'un protocole vidéoscopique en direct et en différé, *Psychiatrie de l'enfant*, XL, 2, 1997, p. 505 à 531.
67. MARCELLI D., "La dépression dans tous ses états" du nourrisson à l'adolescent...et après, 2^{ème} partie : le nourrisson, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1999, 47(1-2), 1-11.
68. MAZET P., STOLERU S., *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Abrégés Masson, 2^{ème} édition, 1993, 3-22.
69. MEAD M., *La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle. La carence de soins maternels*. Cahier n°14, O.M.S., Genève, 1962.
70. MURRAY D., COX J. L., et Coll., *Childbirth : life events or start of a long term difficulties ?*, *Brit. J. Psychiat.*, 1995, 166, 595-600.
71. MURRAY L., COOPER P. J., *Postpartum depression and child development*, 1997, in Guilford Press, New York London, 322 p.

72. MURRAY L., le rôle de facteurs liés aux nourrissons dans la dépression maternelle, Société MARCE française, 1998, Paris.
73. MURRAY L., The impact of post-natal depression on infant development, *J. Child Psychol*, 1992, 33, 546-561.
74. NIELAND M ; N. S. , ROGER D., Symptoms in postpartum and non post partum samples : Implications for postnatal depression, *J. Reproductive Infant Psychology*, 1997, 15,,31-42.
75. NOTT P. N., FRANKLIN M., et Coll., Hormonal Changes and Mood in the Puerperium, *Brit. J. Psychiat.*, 1976, 128, 379-38.
76. O'HARA M. W., social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1986 ; 43, 569-573.
77. O'HARA M. W., SWAIN A. M., Rates and risks of postpartum- a meta-analysis, *international review of Psychiatriy*, 1996, 8, 37-54.
78. O'HARA W. M., ZEKOSKI E. M., et Coll., Controlled prospective study of postpartum mood disorders : comparaison if childbearing and nonchildbearing women, *J. Abnormal Psychology*, 1990,99,3-15.
79. O'HARA M., LEWIS D. A., Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorder : Psychological, Environmental, and Hormonal Variables, *J. Abnormal Psychology*, 1991, 100, 1, 63-78.
80. ORETTI R. G., HUNTER C., and Coll., Antenatal Depression and Thyroid Antibodies, *Biol. Psychiatry*, 1997, 41, 1143-1146.
81. PEDRESEN C. A. STERN R. A., et Coll., Thyroid and Adrenal Measures during Late Pregnancy and Puerperium, *J. Affective Disorders*, 1993, 29, 201-211.
82. PITT' (PITT B., Maternity Blues, *Brit. J. Psychiat.*, 122, 431-433.
83. PITT B., "Atypical" depression following childbirth, *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 114, 1325-1335.
84. PITT B., Maternity blues, *Brit. J. Psychiat.*, 122, 1973, 431-433.

85. POINSO F., DELZENNE V., et Coll . , La dépression dans le post-partum recherche épidémiologique et clinique depuis l'accouchement, Sem. Hôp. Paris, 1-8 Février 1996, 69-78.
86. RACAMIER P. C., Notes concernant le traitement des psychoses de la puerpéralité, Perspectives psychiatriques, 1963 ; 4 : 31-41.
87. Robert Paul, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Société du nouveau Littré, Paris 1981
88. ROUILLON F., LEMPERIERE T. et Coll., Etude épidémiologique des états dépressifs de la grossesse et du post-partum, Rev. Française de Psychiatrie, 1987, tome 5, n°8, octobre, 11-17.
89. ROUILLON F., Troubles psychiatriques de la grossesse et du post partum, Revue du praticien, 1992, 47, 1593-159.
90. SALBREUX R., ROBAEY Ph., et Coll., Tonus musculaire, extensibilité et développement psychique : signes associés, causes ou conséquences ?, in Psychiatrie du bébé, Nouvelles frontières, Ed. Eshel, Paris, 1988, 451-464.
91. SANDRI R.. L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses applications, 1^{er} colloque européen sur l'observation du nourrisson, Bruxelles, 26 et 27 octobre 1991 sous la direction de Rosella SANDRI. Collection l'Enfant ; 15-22.
92. SAUCIER J. F.. De l'art d'être un bon parent aujourd'hui, Bébéologie, Collection Autrement, 1997, 97-102.
93. SOULE M.. L'enfant dans la tête. L'enfant imaginaire. La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé ?. E.S.F.(Paris), 1983 ; 135-175.
94. SOULE M.. L'enfant imaginaire, l'enfant dans la tête, Objectif Bébé une nouvelle science : la Bébéologie. Collection Autrement, séries mutations n°27, sept 85, pages 97-102.
95. SUTTER A. L., BOURGEOIS M., Pathologie dépressive de la grossesse et du post-partum, Revue du praticien. 266, 1994, 30-33.
96. SUTTER A.L., BOURGEOIS M., Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale, Encycl. Med. Chir, Psychiatrie, 37-204-L-10, 6 pages

97. SUTTER AL. LEROY V., Postpartum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery, *J. Affective Disorders*, 1997, 44, 1-4.
98. TROUTMAN B. R., CUTRONA C. E., Non psychotic Postpartum Depression Among Adolescent Mothers, *J. Abnormal Psychology*, 99,1990,69-78.
99. VERDOUX H., BOURGEOIS M., Nosographie et épidémiologie des psychoses puerpérales, Société Médicopsychologique, 1990.
100. WARNER R., APPLEBY L., et Coll., demographic and obstetric risk factor for postnatal psychiatric morbidity, *Brit. J. Psychiat.* 1996, 168, 607-611.
101. WATSON J. P. , ELLIOTT S. A., Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year, *Brit. J. Psychiat.*, 1984, 144, 453-462.
102. WHIFFEN V. E., Vulnerability to post partum depression : a prospective multivariate study, *J. Abnormal Psychology*, 1988, 97, 467-474.
103. WINNICOT D. W., La préoccupation maternelle primaire, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.
104. ZILBOORG G., The dynamics of schizophrenics reactions related to pregnancy

I.	INTRODUCTION	10
II.	DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES	12
A.	ASPECT SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	12
B.	LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PUERPÉRALITÉ.....	15
1.	<i>Définitions</i>	15
2.	<i>Historique</i>	16
a)	Historique de la psychose puerpérale.....	16
b)	historique du concept de dépression postnatale	18
3.	<i>Les troubles psychiques pendant la grossesse</i>	20
a)	L'anxiété	20
b)	La dépression du pré-partum	20
(1)	Aspect épidémiologique	20
(2)	Symptomatologie	21
(3)	Nosographie	21
4.	<i>Les troubles psychiques du post-partum</i>	22
a)	Le blues du post-partum.....	22
(1)	Aspect épidémiologique	22
(2)	Symptomatologie	22
b)	Les psychoses puerpérales.....	23
(1)	Aspect épidémiologique	23
(2)	Symptomatologie	23
c)	la dépression post-natale.....	25
(1)	Epidémiologie	25
(2)	Symptomatologie	27
(3)	Nosographie	28
(4)	Evaluation quantitative de la dépression post-natale	29
(5)	Psychopathologie	30
(6)	hypothèses étiologiques et facteurs de risques	32
C.	LES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT.....	44
1.	<i>Les interactions précoces</i>	46
a)	Les capacités sensorielles.....	46
b)	Les interactions foeto-maternelles.....	48
c)	Les états de vigilance.....	49
2.	<i>La constitution du lien mère-nourrisson</i>	50
D.	LES PERTURBATIONS DE LA RELATION MÈRE-BÉBÉ	52
1.	<i>Psychopathologie</i>	52
2.	<i>Clinique</i>	53
a)	Les expressions symptomatiques	55
b)	Les manifestations affectives.....	57
3.	<i>Evaluation des interactions mère-enfant</i>	58
a)	Méthode d'observation directe des interactions mère-bébé selon ESTHER BICK.....	58
(1)	Généralités.....	58
(2)	La méthode.....	59
b)	Evaluation expérimentale par enregistrements vidéoscopiques	60
(1)	Généralités.....	60
(2)	Evaluation de l'attachement : Strange Situation Test.....	60
c)	Echelles d'interactions pour le nourrisson	61
E.	CONSÉQUENCES DE LA DÉPRESSION POSTNATALE SUR LA RELATION MÈRE-BÉBÉ	62
1.	<i>Dépression du post-partum et interaction mère-enfant</i>	62
2.	<i>Dépression du post-partum et bébé non gratifiant</i>	64

III. ETUDE CLINIQUE	68
A. ASPECTS METHODOLOGIQUES	68
1. <i>Justification des objectifs</i>	68
2. <i>Echantillon</i>	70
a) Considérations éthiques	70
b) Recrutement	70
c) Critères d'inclusion	70
d) Critères d'exclusion	70
3. <i>Recueil des données</i>	71
a) Données concernant la mère, le père	71
(1) Données anamnestiques	71
(2) Evaluation diagnostique	72
(3) Evaluation quantitative	72
b) Données anamnestiques concernant l'enfant	73
c) Données concernant la relation mère-enfant	73
(1) Evaluation clinique	73
(2) Evaluation comportementale	74
4. <i>Déroulement de l'étude</i>	75
a) Présentation de l'équipe	75
b) Calendrier des évaluations	75
5. <i>Méthodes statistiques utilisées</i>	77
a) Analyse descriptive	77
b) Analyse comparative	77
(1) Comparaison de moyennes	77
(2) Corrélation entre les différentes échelles	78
(3) Comparaisons entre deux groupes	78
(4) Analyse multivariée	78
c) Logiciels statistiques utilisés	78
B. RÉSULTATS DE L'ETUDE	79
1. <i>Analyse descriptive</i>	79
a) Description de la population	79
b) Description globale des échelles	83
c) Description clinique	86
2. <i>Analyse comparative</i>	97
a) Comparaison mere repondantes et non repondantes	97
b) Comparaison de moyennes pour chaque échelle	98
c) Corrélation entre les différentes échelles	100
d) Corrélation entre la clinique et les échelles	100
e) Corrélation entre les différents diagnostics cliniques	105
f) Corrélation entre clinique et facteurs de risque	105
g) Analyse multivariée	107

IV. SYNTHÈSE.....	108
A. BIAIS MÉTHODOLOGIQUES LIÉS À L'ÉTUDE.....	108
1. <i>Concernant le recrutement.....</i>	108
2. <i>Concernant la méthodologie.....</i>	109
B. COMMENTAIRES SUR L'ANALYSE STATISTIQUE	111
1. <i>Caractéristiques générales de la population</i>	111
2. <i>Clinique et évaluation métrologique.....</i>	112
C. PRÉSENTATION DE QUELQUES OBSERVATIONS CLINIQUES	119
1. <i>En faveur de notre hypothèse : dépression et/ou anxiété en pré-partum aux échelles avec relation mère-bébé perturbée</i>	120
a) Mme N.....	120
b) Mme S.....	121
c) Mme T.....	123
d) Mme Z.....	124
2. <i>Positivité aux échelles et/ou clinique n'impliquant pas une relation mère-bébé dysharmonieuse</i>	125
a) Mme M.....	125
b) Mme B.....	126
c) Mme D.....	127
d) Mme T.....	128
3. <i>Scores négatifs aux échelles avec relation mère-bébé intermédiaire ou dysharmonieuse.....</i>	129
a) Mme S.....	129
b) Mme T.....	130
c) Mme D.....	131
4. <i>Dépression du post-partum corrélée à une relation mère-bébé dysharmonieuse.....</i>	132
a) Mme F.....	132
b) Mme T.....	133
c) Mme A.....	134
5. <i>Deux situations inclassables</i>	136
a) Mme P.....	136
b) Mme M.....	137
D. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE	138
E. PERSPECTIVES DE SANTÉ MENTALE EN PÉRINATALITÉ	145
V. CONCLUSION.....	147
VI. ANNEXES.....	149
VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	151

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers mes patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 37

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Le but de ce travail était de repérer la symptomatologie anxieuse ou dépressive chez la femme enceinte au cours du dernier trimestre et d'évaluer son retentissement sur la qualité de la relation mère-bébé dans les trois premiers mois après l'accouchement.

Nous avons utilisé les auto-questionnaires d'anxiété STAI-Y et de dépression CESd pour réaliser une étude prospective sur les maternités de la Haute-Vienne. La qualité de la relation mère-bébé des 95 femmes ayant accepté de participer à l'enquête a été jugée au cours d'un entretien semi-structuré post-natal après remplissage de l'échelle EPDS.

Nous avons pu repérer une symptomatologie dépressive et ou anxieuse au huitième mois de la grossesse, et établir un lien avec une relation mère-bébé dysharmonieuse. L'échelle d'anxiété STAI-Y nous a paru être l'outil le plus intéressant étant donné sa liaison spécifique avec les dysfonctionnements interactionnels de la dyade.

MOTS CLES

- Dépression du post-partum
- Relation mère-bébé
- Dépression du pré-partum