Revues générales

Dépression du post-partum : où en est-on en 2024 ?

RÉSUMÉ : La dépression du post-partum est trop souvent sous-diagnostiquée, alors qu'elle représente, selon son mode de diagnostic et la période considérée, entre 10 et 20 % des accouchements. Il est donc fondamental de savoir la repérer chez la mère, chez le père, qui peut être aussi touché, en prenant en compte la qualité des interactions parents-bébé et les réactions de celui-ci.

C. JOUSSELME
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHICAS GAP, CHEB BRIANÇON, CHBD LARAGNE.

La dépression du post-partum reste une pathologie sous-diagnostiquée qui pourtant peut engendrer des conséquences graves à long terme sur le développement du bébé. Il faut savoir repérer en périnatal les facteurs favorisants et aussi les signes qui pourraient faire penser que cette pathologie peut se mettre en place, en la différenciant bien du *post-partum blues* qui reste une phase normale d'adaptation psychique à la naissance du bébé. Le médecin généraliste, le pédiatre, mais aussi l'obstétricien et tous les soignants de maternité, doivent être à même d'accompagner le couple en pré- et post-partum, pour l'aider à traverser, de la manière la plus adaptée possible, la révolution identitaire que représente la naissance d'un bébé pour ses parents.

Un processus d'adaptation normal, le *post-partum blues*

La grossesse transforme le couple conjugal en couple parental, poussant peu à peu la femme à entrer en "maternalité", et l'homme en "paternalité". Ce mouvement, qui représente une véritable révolution identitaire, est un processus qui s'opère par étape, du désir d'enfant à la conception, puis tout au long des 9 mois de la grossesse pour que, lorsque l'enfant paraît, les parents soient prêts véritablement à l'accueillir, à la fois psychiquement et physiquement.

Cependant, chaque couple traverse cette période d'une manière singulière, car la naissance d'un enfant représente une sorte de révélateur, comme le révélateur du papier photographique, par rapport à l'identité propre de chaque parent. Les fantasmes de chacun émergent peu à peu, en lien avec les conflits infantiles qu'ils ont eu à traverser eux-mêmes, la nature du lien avec leurs propres parents, etc.

La mère, après l'accouchement, subit aussi dans son corps, une véritable métamorphose. Hélas, elle ressent souvent un manque de sommeil et une fatigue liée au stress de l'accouchement. Elle sent son ventre vide, peut avoir au niveau des organes génitaux des sensations douloureuses, des séquelles parfois et une montée laiteuse transforme sa poitrine, faisant d'elle une mère nourricière. Une chute hormonale et un remaniement biologique total complètent le tableau. C'est pourquoi, 80 % des femmes traversent, en général dans les premiers jours après l'accouchement – jusqu'à 15 jours environ –, ce qu'on appelle le *post-partum blues* [1]. Il s'agit d'une manifestation de dysphorie aiguë, transitoire, avec des pleurs, des troubles de l'humeur et du sommeil, une inquiétude par rapport au fait d'être une bonne mère, d'arriver à

Revues générales

accomplir tout ce que la femme imagine important pour le bébé.

Généralement, l'entourage familial, ainsi que celui de la maternité, permet aux femmes de passer ce moment qui, s'il n'existe pas, semble manquer par la suite. En effet, certaines études montrent que les femmes qui n'ont pas du tout traversé cet épisode, peuvent secondairement être en difficulté avec le bébé.

Cependant, si cette période de transition physiologique peut être difficile à vivre, à aucun moment, elle ne provoque de problème de relation au bébé, la mère restant à son écoute, adaptée et foncièrement heureuse de partager avec lui.

La dépression du post-partum, elle, est un tableau psychiatrique, qui se met en place au cours de la première année de vie du bébé, avec un pic de fréquence entre 3 et 6 mois après l'accouchement [2].

Ce tableau est très préoccupant pour le développement psychique de l'enfant, car la mère a généralement des interprétations négatives du comportement du bébé, qu'elle ne vit plus comme "magique".

Épidémiologie

La dépression du post-partum touche 10 à 20 % des mères avec une récurrence de 30 à 50 % durant les grossesses. La fourchette est large car les méthodes de diagnostic le sont aussi [3]. Elle est souvent sous-diagnostiquée, car les professionnels ne sont sans doute pas assez formés pour repérer tous les signes prémonitoires de tels tableaux, et tous les facteurs de risque qui y sont associés. Certains confondent le *post-partum blues* avec ce tableau, qu'il dédramatise trop. Il est vrai qu'il est difficile de porter un tel diagnostic dans une période où tout devrait être joyeux, et où l'on peut avoir tendance à minimiser la souffrance psychique présente dans le couple. Par ailleurs, certains couples cherchent à masquer la problématique, de façon inconsciente, tellement il est compliqué pour eux d'imaginer sombrer à un moment où tout devrait aller bien.

Il faut aussi noter que ce type de dépression peut arriver lors de l'adoption d'un enfant.

Sur un plan clinique, il s'agit d'un épisode dépressif majeur avec :
– d'abord une anxiété, par rapport à la santé de la mère ou à celle du bébé. La mère peut d'ailleurs consulter à ce sujet en mettant en place parfois un véritable shopping médical quand on la rassure ;
– une irritabilité ;
– une tristesse avec une grande culpabilité par rapport au bébé : la mère se sent incapable dans le maternage de faire ce qu'il faudrait pour lui, craint de ne pas aimer assez son enfant ou se culpabilise de ne pas avoir de plaisir à s'occuper de lui ;
– une baisse des intérêts de façon générale ;
– une asthénie importante avec des troubles du sommeil et un ralentissement psychomoteur ;
– des troubles de l'appétit.

Certaines femmes développent un véritable syndrome mélancolique, avec des idées suicidaires, des tentatives de suicide (le risque suicidaire est 6 fois supérieur à celui d'une femme du même âge, dans les mêmes conditions) et parfois des infanticides, ce qui reste rare.

En revanche, la symptomatologie augmente de façon vespérale, ce qui n'est pas le cas des épisodes dépressifs majeurs habituels.

Le diagnostic se fait cliniquement et peut être très aidé par la passation de l'échelle EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (***tableau I***) [4], comprenant dix questions interrogeant les 7 derniers jours. Cette échelle peut être proposée par le médecin généraliste, le pédiatre, les sage-femmes, les psychiatres ou psychologues. Un score supérieur ou égal au seuil score entraîne la proposition d'un avis spécialisé.

Participation paternelle

On oublie souvent que 8 % à 10 % des pères présentent une dépression du post-partum généralement entre 3 et 6 mois après l'accouchement. On peut noter un faible coefficient de corrélation ($r = 0,31$) [5]. Souvent, des signes d'alerte existent pendant la grossesse, notamment dès la présence de mouvements du bébé, autour de la 16e semaine, qui sont interprétés de façon plutôt négative. Il ne tient plus alors son rôle "tampon", compliquant ainsi la grossesse et aggravant le post-partum.

Cependant, la symptomatologie est moins apparente. On retrouve des colères, une impatience, une irritabilité, et un syndrome anxieux dans plus de 15 % des cas, centré souvent sur la capacité à gérer financièrement l'arrivée de l'enfant. Cela aboutit parfois à des violences conjugales et/ou des addictions.

Ces pères ont souvent du mal à demander de l'aide, se sentant encore plus dévalorisés dans ce qu'ils imaginent être leurs fonctions paternelles.

Chez le père, il faut être particulièrement vigilant aux antécédents de dépression, si la grossesse est accidentelle, s'il n'investit pas son travail ou ne s'y réalise pas, notamment si des problèmes socioéconomiques existent, s'il a de mauvaises relations sociales, si son couple n'est pas satisfaisant.

En dehors du *post-partum blues*, **le diagnostic différentiel** peut être celui d'une *psychose puerpérale*, qui touche seulement une à deux femmes pour 1 000 naissances, avec un tableau bruyant d'hallucinations, de thèmes délirants et de composantes confusionnelles qui apparaissent dans les 15 jours après l'accouchement.

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

Je me suis sentie heureuse…
– oui tout le temps
– oui la plupart du temps
– non pas très souvent
– non pas du tout
Cela signifiera : *je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler.*

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

1) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :
– Aussi souvent que d'habitude
– Pas tout à fait autant
– Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
– Absolument pas

2) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :
– Autant que d'habitude
– Plutôt moins que d'habitude
– Vraiment moins que d'habitude
– Pratiquement pas

3) Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :
– Non, pas du tout
– Presque jamais
– Oui, parfois
– Oui, très souvent

4) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif :
– Non, pas du tout
– Presque jamais
– Oui, parfois
– Oui, très souvent

5) Je me suis sentie effrayée, paniquée, sans vraiment de raisons :
– Oui, vraiment souvent
– Oui, parfois
– Non, pas très souvent
– Non, pas du tout

6) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :
– Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
– Oui, parfois, je ne me suis pas sentie capable de faire face autant que d'habitude
– Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
– Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :
– Oui, la plupart du temps
– Oui, parfois
– Pas très souvent
– Non, pas du tout

8) Je me suis sentie triste ou peu heureuse :
– Oui, la plupart du temps
– Oui, très souvent
– Pas très souvent
– Non, pas du tout

9) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :
– Oui, la plupart du temps
– Oui, très souvent
– Seulement de temps en temps
– Non, jamais

10) Il m'est arrivé de penser à me faire mal :
– Oui, très souvent
– Parfois
– Presque jamais
– Jamais

Les items 1, 2 et 4 sont cotés dans l'ordre de 0 à 3.
Les items 3, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 sont cotés dans l'ordre de 3 à 4.
Score seuil (Nicole Guedeney) : l**a dépression du post-partum correspond à un score supérieur ou égal à 11 :** sensibilité 0,80 (capacité à repérer les états dépressifs) ; spécificité 0,92 (capacité de discrimination des sujets non déprimés) ; valeur prédictive négative 0,81 (chance qu'avec un score < à 11 le sujet ne soit pas déprimé).

Tableau I : Échelle EPDS.

Des facteurs biologiques

On repère parfois des facteurs qui semblent participer à la mise en place du tableau :
– une hypothyroïdie ;
– une hypoprolactinémie ;
– une augmentation très importante de la progestérone qui parfois est liée à la prise rapide d'une pilule progestative ;
– une sensibilité particulière au réaménagement hormonaux après l'accouchement.

Aujourd'hui, il semble donc extrêmement important qu'une **prévention efficace de la dépression du post-partum** puisse se mettre en place [6-8], alors que le temps court de séjour en maternité rend sa détection plus difficile.

Tout comme la difficulté à maintenir des consultations prénatales suffisamment longues pour qu'une réelle rencontre ait lieu et qu'un lien de confiance solide s'établisse entre la mère, le père et l'intervenant. Il est aussi fondamental de s'informer sur les rituels culturels particuliers que le couple voudrait voir appliquer à la maternité. S'ils ne sont pas entendus, reconnus, cela peut être

Revues générales

très négatif. L'entretien prénatal précoce (EPP) est là pour bâtir ces liens et repérer d'éventuelles vulnérabilités [9].

Il reste très important, pendant la grossesse et en post-partum, d'interroger les femmes et les couples, **pour repérer certains "facteurs prédisposants", facteurs que certains appellent même "facteurs de risque"** [10]. Il faudra alors suivre de façon plus rapprochée, proposer une passation d'EPDS, proposer quelques séances d'accompagnement psychologique, un accompagnement à domicile par une sage-femme (en prénatal ou en suite de couche), ou une puéricultrice (en suite de couche), etc.

Il peut s'agir de facteurs liés à la grossesse elle-même, à l'entourage, à l'accouchement, et aussi au bébé lui-même.

Il est ainsi important de noter **au cours des consultations prénatales et en post-couche :**
– des antécédents psychiatriques (chez la mère ou le père) ;
– l'âge extrême de la mère (grossesse adolescente et grossesse après 40 ans ;
– des problème socioéconomiques qui aggravent la pathologie en réduisant l'accès possible au soins ;
– une grossesse non désirée ;
– une mère menant sa grossesse seule ;
– une absence de soutien social paternel, familial, et autres, pendant la grossesse (ces soutiens représentent des facteurs protecteurs contre la dépression du post-partum) ;
– des conflits avec le père de l'enfant : non reconnaissance de l'importance de la grossesse, impression de ne pas satisfaire, vécu d'humiliation corporelle (au lieu de la valorisation habituelle) ;
– une grossesse pathologique sur le plan somatique ;
– des événements de vie stressants en périnatal : décès d'un proche, notamment le grand-père maternel, deuil non fait, licenciement, harcèlement au travail ;
– des facteurs liés à l'accouchement en lui-même : douleurs non soulagées (présence dans 4 à 6 % des accouchements très difficiles d'un syndrome de stress post-traumatique qui est aussi un facteur de risque), des complications obstétricales, des antécédents de mort fœtale *in utero* [11-13] ;
– des difficultés dans la confrontation au bébé réel : mère ayant un bébé imaginaire très précis (notion de sexe désiré par exemple), qui ne peut supporter ou aménager la différence avec le bébé du réel. Cela est d'autant plus difficile si le bébé réel est prématuré par exemple, ou s'il présente une pathologie somatique quelconque ;
– un allaitement difficile (manque de lait, engorgement mammaire important, crevasses mammaires, abcès, etc.).

Certains auteurs mettent en évidence **l'importance du comportement du bébé lui-même**. Certaines femmes supportent beaucoup plus mal certains types de bébé :
– bébé avec une faible motricité, dormant beaucoup, réagissant peu aux stimuli visuels et auditifs, apparaissant moins robuste et moins actif qu'un autre ;
– ou, au contraire, bébé très irritable.

On peut aussi repérer des **facteurs protecteurs** de la dépression du post-partum, tout au long de la grossesse et en post-couche. Par exemple, le soutien actif du parent partenaire est très important. Un couple est bien plus qu'une somme de deux individus. Quand les choses se passent bien, l'étayage mutuel aboutit à une véritable transcendance dans la relation de couple. Quelle que soit la culture, cette interaction positive, alliée à celle de la famille, aide énormément à s'adapter à la révolution que représente l'arrivée d'un bébé.

Il est clair également qu'une bonne hygiène de vie, la pratique du sport, une alimentation équilibrée, même s'ils n'ont pas d'effets préventifs réels, accompagnent au mieux le changement corporel et psychique des parents et plus particulièrement de la mère.

Le traitement de la dépression du post-partum maternelle et/ou paternelle, ne peut se faire sans envisager **la triade**, c'est-à-dire le lien fondamental existant entre la mère, le père et le bébé. **On ne traite pas une seule personne,** la personne déprimée, **mais aussi les interactions au sein de cette triade** [14]. Si on ne le fait pas, un véritable cercle vicieux peut se mettre en route, aboutissant à des troubles du développement de l'enfant.

Par ailleurs, ce suivi ne peut être mis en place sans une collaboration étroite avec les équipes de gynécologie-obstétrique [8, 15].

Du côté des **traitements médicamenteux,** sont prescrits des antidépresseurs nécessitant, la plupart du temps, l'arrêt de l'allaitement, ce qui n'est pas toujours facile à faire accepter.

Parfois, le tableau est si lourd et le risque suicidaire si intense, qu'une **hospitalisation** en unité mère-bébé est à envisager.

Si les traitements sont mis en place assez tôt, et correctement suivis, dans une alliance thérapeutique favorable, l'évolution est généralement bonne [7].

Enfin, les différents plans de périnatalité ont mis l'accent sur l'importance fondamentale du réseau ville-hôpital, à solliciter en amont et en aval de l'accouchement dans cette problématique : lien avec les centres de Protection maternelle et infantile (PMI) et les Maisons départementales des solidarités (MDS), accompagnement à domicile par une sage-femme, une puéricultrice de PMI, une Technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF), psychologue, etc.

Dépression du post-partum et risque développemental pour le bébé

La dépression du post-partum attaque le lien mère-bébé de façon précoce, ce qui l'expose à des troubles potentiellement graves [16-17].

L'expérience du "*still face*" mime ce que peut provoquer l'interaction avec une mère "figée" dans sa dépression : une mère est face à son bébé dans une pièce et le regarde. Mais on lui demande de garder un visage figé, sans réagir aux émotions ou aux comportements de son bébé. Le bébé commence par tenter de la séduire (sourire, babillage). Si elle ne change pas, il s'énerve, crie, s'agite. Mais si elle ne réagit toujours pas, il "s'éteint" avec le même visage figé que sa mère (en miroir). L'hypothèse est que le comportement de la mère ainsi que les repères dans la communication (paroles et gestes de la mère en interaction avec le bébé) et la métacommunication (attitude corporelle figée, regard vide, absence de réaction dans la posture, le regard) mimant la dépression, entraînent une dépression du nourrisson "en miroir".

Il peut s'agir de la mise en place d'un **attachement insécure** [18]. Le bébé peut aussi rencontrer des **difficultés à reconnaître ses propres besoins internes,** puisqu'il n'est pas contenu et étayé : en l'absence d'un tiers qui puisse remplir cette fonction, il est amené à compenser la désadaptation maternelle et se fatigue. Il peut alors rencontrer des difficultés à interagir, ce qui alimente le cercle vicieux des échanges négatifs avec sa mère. **Parfois, il doit s'adapter au moindre moment positif de sa mère,** capter au maximum son attention, pour qu'elle satisfasse ses besoins élémentaires, ce qui le pousse à avoir une attention trop importante dans les interactions. C'est comme s'il était obligé de trop soutenir le regard de l'autre pour exister lui-même, ce qui le fatigue beaucoup, et peut entraîner chez lui un véritable épuisement psychique (dépression secondaire).

En effet, la mère, même si elle tente de s'occuper de son bébé, ne parvient pas à le faire avec des émotions positives, avec cette joie qui confine à l'évidence habituellement. Elle peut adopter un comportement **robotisé** qui, s'il maintient la satisfaction des besoins élémentaires de l'enfant (manger, être changé etc.), provoque **un manque affectif** chez lui, puisque l'accordage entre eux ne s'établit pas de façon fluide. En effet, indisponible affectivement, car plongée dans le trou noir de sa dépression, la mère ne peut reconnaître les signaux d'appel de l'enfant, et reste incapable de répondre de façon adéquate, ni dans la même modalité sensorielle (accordage modal), ni dans une autre modalité sensorielle (accordage transmodal) [19]. La mère ne parvient pas à vivre de l'empathie vraie pour son bébé, elle a moins d'expressions faciales, reste autocentrée sur sa douleur. Elle ne peut avoir les intonations de voix (souvent plus aiguës), ni l'augmentation des expressions faciales habituelles, qu'ont les mères en général. Elle met, par exemple, deux fois plus de temps à répondre à une vocalisation, et y répond par des phrases moins longues, moins adaptées, avec une limitation de ses intonations. Elle est aussi moins capable de capter l'attention de son bébé, ce qui entrave la mise en place des processus d'attention conjointe.

Quand tout va normalement bien, peu à peu, la mère protège le bébé en anticipant ses difficultés : elle exerce une "sollicitude maternelle primaire" dans les premières semaines et mois [20]. L'engagement relationnel du bébé établit alors un cercle vertueux entre eux. En le rendant attrayant et sécurisant, la mère aide progressivement son bébé, en lien avec l'autre parent, à réguler ses émotions naissantes, et à se tourner vers le monde extérieur : elle exerce alors la fonction "*object presenting*" [20]. De cet échange mutuel très précoce, notamment par les regards (mais par d'autres biais chez les bébés de mères aveugles qui interagissent avec elles par les mouvements, plus qu'avec les personnes voyantes), naît une véritable intersubjectivité (le bébé fait la mère et le père, les parents permettent au bébé de se construire son "Moi" confortablement).

En cas de dépression, on assiste à une sorte de désynchronisation des questions/réponses : c'est un peu comme si la mère, comme dans le proverbe chinois, regardait le doigt, quand le sage montre

POINTS **FORTS**

- La dépression du post-partum est trop souvent non diagnostiquée alors qu'elle fait partie des troubles psychiques graves.
- La dépression du post-partum peut toucher le père.
- La dépression du post-partum, si elle n'est pas correctement traitée, met dangereusement en péril le développement psychique du bébé, et notamment ses assises identitaires.
- Il est important de repérer, dès l'entretien prénatal précoce, les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité des parents pour cette pathologie, afin de proposer le plus rapidement possible un accompagnement efficace et adapté à chaque situation.
- Traiter la dépression du post-partum nécessite une collaboration active, à la fois au sein de l'hôpital, entre les obstétriciens et tous les personnels de maternité, les pédiatres, ainsi que les psychologues et psychiatres, mais aussi dans un réseau ville-hôpital bien coordonné, incluant les médecins généralistes et les PMI (sage-femmes, puéricultrices, TISF, médecins).

Revues générales

Focus

Styles interactifs des mères avec une dépression du post-partum :

- **Style intrusif :** ces mères restent sur-stimulantes, effectuent par exemple, des chatouilles frénétiques, prennent le bébé dans les bras avec des secousses brusques, sans tenir compte de l'état du bébé (repos, fatigue, etc.). Elles restent imprévisibles pour le bébé, ce qui est désagréable pour lui. Ces bébés détournent davantage le regard, font davantage de colères et s'intéressent davantage aux objets extérieurs.
- **Style "en retrait" :** ces mères interagissent peu, semble désengagées de la relation à leur bébé, ont peu de vocalisations, de toucher, détournent souvent le regard. Ces bébés protestent (cris, pleurs), sont davantage en détresse et affichent moins d'expressions faciales dans les interactions.

la lune… La préoccupation maternelle primaire peine à se mettre en place [21]. En l'absence d'interventions assez soutenantes (de l'autre parent, de la famille, du soin), un cercle vicieux s'établit rapidement, et l'inconfort du bébé augmente, l'empêchant d'envoyer des messages clairs et rassurant à la mère. Elle se sent alors inefficace, incapable de le comprendre et de le consoler.

Souvent, en l'absence de cette fiabilité essentielle, le bébé cherche à s'autoréguler et s'épuise. Au-delà d'une dépression en miroir, il peut se désorganiser psychiquement car il ne parvient pas à se protéger des variables imprévisibles obligatoires de la vie, qu'une mère non déprimée dépiste et gomme.

Il peut alors s'enfermer dans la tristesse, la colère, interagissant beaucoup moins qu'un bébé habituellement le fait avec sa mère (ce qui la blesse narcissiquement et aggrave le cercle vicieux). Il développe de la méfiance, avec une vigilance accrue vis-à-vis des variables de communication et de métacommunication de sa mère. Il peut présenter des troubles fonctionnels instinctuels (alimentation, sommeil, etc.), et si les choses durent, il peut mettre en place un retard dans l'acquisition de la fonction symbolique [22].

En effet, mis à part avec les personnes proches (l'autre parent par exemple, ou les personnes de la crèche) si celles-ci s'engagent affectivement dans la relation avec lui, il exporte sa méfiance et son désintérêt des relations aux personnes non déprimées, n'engageant pas lui-même de relation (pas de "séduction" habituelle du bébé ; bébé "sérieux", "grave").

Il est alors particulièrement important que toutes les personnes proches s'engagent de façon fréquente et pérenne dans la relation avec lui, avec chaleur, bienveillance et plaisir. C'est loin d'être toujours évident quand un déni s'installe, et que l'autre parent est épuisé par un bébé qui dort mal, mange mal et crie beaucoup.

Certains travaux montrent que le stress permanent dans lequel le bébé vit, entraîne une sécrétion accrue de cortisol qui est loin d'être anodine dans la construction cérébrale (cerveau "irritable", etc.).

Conclusion

En 2024, la dépression du post-partum reste une pathologie psychologique grave, qu'il faut repérer très précocement pendant la grossesse, et traiter rapidement quand elle est présente, en se rappelant que le père peut en souffrir aussi, et que le retentissement sur le bébé, si rien n'est fait, peut-être très sévère.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bensoussan P – Le baby blues n'existe pas. Paris : Éres, 2003.
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th Ed, 2013.
3. Righetti-Veltema M, Nanzer N, Conne-Perréard E *et al.* Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression post-partum ? *Revue médicale Suisse*, 2007;3;1200-1205.
4. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 1987;150,782-786.
5. Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature. *La Presse Médicale*, 2015, 44, 418-424.
6. Austin MP, Hadzi-Pavlovic D, Priest SE *et al.* Depression and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Arch Womens Ment Health*, 2010,13,395-401.
7. Chabrol H, Callahan S, Séjourné, N. Prévention et traitement de la dépression du post-partum. *Devenir*, 2008,20: 211-248.
8. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance. *J Gynecol Obstet biol Reprod*, 2015;44:1152-1156.
9. Isserlis C, Sutter-Dalay AL, Dugnat M *et al.* Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenues mères. Paris : Éres, Coll. *Petite Enfance et parentalité*. 2008, 222p.
10. Balès M, Baradon S, Pambrun E *et al.* Les facteurs associés à la dépression post-partum dans la cohorte "étude longitudinale française depuis l'enfance" (ELFE). *Eur Psychiatry*, 2015;305:534.
11. Goodman JH, Tyer-Viola L. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J Womens Health*, 2010;19: 477-490.
12. Séjourné N, Hammaide de la M, Moncassin A *et al.* Etude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 2018;46:658-663.
13. Aribi L, Chakroun M, Ellouza S *et al.* La dépression du post-partum Sheila primipare : prévalence, facteurs de risques et lien avec la douleur de l'accouchement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2022;70:59-67.
14. Favez N, Tissot H, Frascarolo F *et al.* Dépressivité maternelle ou post-partum et symptomatologie du bébé à trois mois : l'effet modérateur de l'alliance familiale et de la satisfaction conjugale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2014;62:203-211.

15. Sénat MV, Sentilhes L, Battut A *et al.* Pratique du post-partum : recommandations pour ka pratique clinique du Collège Français des Gynécologues et Obstétriciens (CNGOF). *Journal Européen d'obstétrique, de gynécologie et de biologie de la reproduction*, 2016;202:1-8.
16. Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris: Masson, 2002.
17. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of post-partum depression on the child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Women Ment Health*, 2003;6:263-274.
18. Bègue A, Jousselme C. Troubles de l'attachement chez le nourrisson : quand agir ? *Réalités Pédiatriques*, 2020;237:21-26.
19. Stern D. *Journal d'un bébé*. Paris : Odile Jacob, 1992.
20. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse (1935 - 1963). Paris : Payot, Coll. *Sciences de l'homme*, 1989.
21. Cramer B. Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ? *Devenir*, 2002;14:89-99.
22. Ayissi L, Hubin-Gayte M. Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2006;54: 125-132.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.