

Quelles associations existent entre l'attachement, le lien mère-enfant et les symptômes de dépression du post-partum chez les mères ?

**Dans la pratique sage-femme, comment favoriser un environnement préventif de l'attachement
mère-enfant et protecteur de la santé mentale ?**

Travail de Bachelor

BRON Vaïta

N° matricule : 13425194

FELGENHAUER Marushka

N° matricule : 20872255

Directeur/Directrice : Thomas Desplanches – Adjoint scientifique

Membre(s) du jury : Sabine Cerutti-Chabert – Experte de terrain

Dany Aubert-Burri – Maître d'enseignement

Septembre, 2023

Filière sage-femme

Haute école de santé de Genève

Table des matières

Déclaration sur l'honneur	4
Abstract	5
Résumé	6
Remerciements généraux	7
Glossaire / liste des abréviations	8
1) Questionnement professionnel	9
1.1 Réflexions sur l'importance d'un attachement optimal	9
1.2 Pourquoi parler de dépression du post-partum aujourd'hui?	10
1.3 Associations entre la dépression du post-partum et l'attachement	11
2) Cadre de références théoriques	13
2.1 La période périnatale et la femme enceinte	13
2.2 Attachement et lien mère-enfant	14
2.2.1 Attachement et lien parent-enfant, deux concepts distincts	15
2.3 Baby blues et physiologie	16
2.4 La dépression du post-partum	17
2.4.1 La dépression du post-partum	19
2.4.2 Signes cliniques	19
2.4.3 Facteurs de risques	19
2.4.4 Outils diagnostic et critères d'évaluation	20
2.4.5 Evolution et complications	21
2.4.6 La dépression du post-partum chez le co-parent	22
3) Problématique et question de recherche	24
4) Dimension éthique	26
5) Méthodologie	27
5.1 Temps 1: Identification de mots clés selon le modèle PICO	27
5.2 Temps 2: Choix des bases de données	29
5.3 Temps 3: Recherche d'articles dans les bases de données avec différents algorithmes de recherche	29
5.4 Temps 4: Identification de critères d'inclusion et d'exclusion en rapport avec la problématique	31
5.5 Temps 5: Sélection des articles	31
6) Description et analyse critique des résultats des articles choisis	33
7) Articulations des résultats	43
7.1 Corrélation entre la dépression du post-partum et le lien mère-enfant	43
7.1.1 Impact de la sévérité de la DPP sur le lien mère-enfant	44
7.1.2 Une notion de temporalité	44
7.1.3 Autres variables agissant sur le lien entre la DPP et lien mère-enfant	44
7.1.4 Effets de la DPP sur le comportement des mères	45
7.2 Effets de la dépression du post-partum sur l'attachement	45
8) Analyse critique	47
9) Discussion	48
9.1. Corrélation entre la dépression du post-partum et le lien mère-enfant	48
9.1.1 Impact de la sévérité de la DPP sur le lien mère-enfant	49

9.1.2 Une notion de temporalité	49
9.1.3 Autres variables agissant sur le lien entre DPP et lien mère-enfant	50
9.1.4 Effets de la DPP sur le comportement des mères	51
9.2.Effets de la dépression post-partum sur l'attachement	51
9.3 Du côté des pères, co-parents et partenaires	52
9.4 Forces et limites de la présente revue	54
10) Retour dans la pratique	56
10.1 Pratique en Suisse	56
10.2 Remettre le couple au centre d'une prise en charge individualisée	57
10.3 Agir durant le prénatal: un nouvel outil	58
10.4 Créer du lien	60
10.5 Interventions pour prévenir la dépression du post-partum	61
10.6 Lieux de rencontre, l'exemple du cabinet d'accueil périnatal	61
10.7 Communication digitale	62
10.8 Présentation du compte @santelesparents	63
11) Conclusion	64
12) Bibliographie	65
13) Annexes	76
Annexe 1 : Adult attachment questionnaire	76
Annexe 2 : Le " Post-partum bonding questionnaire	78
Annexe 3 : le Mother-to-infant bonding scale	79
Annexe 4 : Edinburgh Postnatal depression scale	81
Annexe 5 : DAD-P	82
Annexe 6 : HADS	83
Annexe 7 : Echelle de Hamilton	85
Annexe 8 : Beck depression inventory	90
Annexe 9 : Etat des lieux des ressources et des vulnérabilités	91

Déclaration sur l'honneur

“Les prises de position, la rédaction et les conclusions et propositions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses autrices et en aucun cas celle de la Haute école de Santé Genève, du Jury ou du directeur de recherche de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie.”

Genève, le 21 août 2023

Marushka Felgenhauer & Vaïata Bron

Abstract

Introduction: Postpartum depression is a major health issue, with 10-20% of mothers diagnosed with this condition. With its polymorphous character, it is largely under-diagnosed and has many effects on the entire family and community, some are even leading to suicide.

Purpose: The aim of this work was to study the associations between depressive symptoms during the postpartum period and parent-infant attachment.

Method: We used the PICO method to define concepts words to search for articles on two databases: Lissa and Pubmed. We then defined inclusion and exclusion criteria to cut down on the 32 articles first selected. 5 articles were included in this work : 2 systematic reviews, 1 transversal study and 2 cohort studies.

Results: Postpartum depression has a significant and negative impact on mother-infant bonding. It has also an impact on mother attachment when mothers are chronically depressed. The impact of postpartum depression seems to be modulated by other variables such as remission time, first months of postpartum, severity of postpartum depression, parity, parental stress, perception of poor social surroundings, anxiety, maternal age and background of depression.

Conclusion: There are unidirectional relationships between the occurrence of depressive symptoms and disorders of the attachment and the mother-infant bonding. This work proposes to intervene with families by offering perinatal reception places and presents an already existing place in Geneva. Digital support is offered via the social network Instagram in order to be able to inform and redirect families about mental health in the perinatal period, while offering content to promote optimal attachment.

Keywords: postpartum depression, attachment, mother-infant bonding

Résumé

Introduction : La dépression post-partum est un problème de santé majeur, avec 10 à 20 % des mères diagnostiquées avec cette maladie. De par son caractère polymorphe, il est largement sous-diagnostiqué et a de nombreuses conséquences sur l'ensemble de la famille et de la communauté, certaines pouvant même conduire au suicide.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'étudier les associations entre les symptômes dépressifs au post-partum et l'attachement parent-enfant.

Méthode : Nous avons utilisé la méthode PICO pour définir des mots concepts afin de rechercher des articles sur deux bases de données : Lissa et Pubmed. Nous avons ensuite défini des critères d'inclusion et d'exclusion pour réduire les 32 premiers articles sélectionnés. 5 articles ont été inclus dans ce travail : 2 revues systématiques, 1 étude transversale et 2 études de cohorte.

Résultats : La dépression post-partum a un impact significatif et négatif sur le lien mère-enfant. Elle a également un impact sur l'attachement mère-enfant lorsque les mères sont chroniquement déprimées. L'impact de la dépression post-partum semble être modulé par d'autres variables telles que le temps de rémission, les premiers mois du post-partum, la sévérité de la dépression post-partum, la parité, le stress parental, la perception d'un environnement social médiocre, l'anxiété, l'âge maternel et les antécédents de dépression.

Conclusion : Il existe des relations unidirectionnelles entre la survenue de symptômes dépressifs et de troubles de l'attachement ou du lien mère-enfant. Ce travail propose d'intervenir auprès des familles en proposant des lieux d'accueil périnatal et présente un lieu déjà existant à Genève. Un accompagnement numérique est proposé via le réseau social Instagram afin de pouvoir informer et rediriger les familles sur la santé mentale en période périnatale, tout en proposant du contenu pour favoriser un attachement optimal.

Mots-clés : dépression post-partum, attachement, lien mère-enfant

Remerciements généraux

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont accompagnées de près ou de loin pendant la construction de ce travail de Bachelor : Les enseignants et enseignantes du module de recherche qui nous ont conseillés, notre directeur de recherche Monsieur Thomas Desplanches pour nous avoir fait nous remettre en question à plusieurs reprises, pour avoir porté un regard critique ainsi que pour son expertise dans le domaine de la recherche. Nous remercions aussi notre experte de terrain Madame Sabine Cerutti-Chabert qui nous a mis en confiance par son enthousiasme et dont le peu d'échanges a déjà marqué la projection des futures sages-femmes que nous souhaitons devenir.

Je voudrais remercier mon amie, Marushka Felgenhauer, pour ce travail effectué ensemble. Ce n'a pas été facile pour notre relation que de traverser l'épreuve de ce travail de Bachelor, mais pourtant, notre amitié subsiste et s'en trouve plus forte, sans aucun doute. Nous avons beaucoup appris sur nous-même en nous posant des questions à deux.

Vaïata Bron

Je tiens à remercier Vaïata Bron, pour avoir remis en question ce travail tout au long de notre collaboration, ce qui a favorisé la richesse de celui-ci. Je remercie également la volée sage-femme BA20 pour le soutien apporté au long de ce travail ainsi que mes proches pour avoir accepté mes absences et les conséquences de mon stress.

Marushka Felgenhauer

Glossaire / liste des abréviations

Anova : analyse de la variance par une formule statistique utilisée pour comparer les variances entre la ou les moyennes de différents groupes

AQS : attachment Q-Sort,

ATCD: antécédents

BDI : Beck Depression Inventory

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

CES-D : échelle du Center for epidemiologic studies of depression

CI: interval de confiance

CIDI-SF : World health organization composite international diagnostic interview

CMA: Comprehensive Meta-Analysis

DPP : dépression post-partum

DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, (HADS-A : anxiété et HADS-D : dépression)

HUG : Hôpitaux Universitaires Genevois

ICD-10 : international classification of diseases

M : moyenne

MIBS : mother-infant bonding scale

MINI : mini international neuropsychiatric interview

MSPSS : multidimensional scale of perceived social support

MIU : mort in utéro

OR : odds ratio

p: valeur de p

PBQ : postpartum bonding questionnaire

PDSS : Panic disorder severity scale

PP : post-partum

PRISMA: Preferred Reporting Items for SystematicReviews and Meta-analyses

PSI-SF : parenting stress index- short form

SA : semaine d'aménorrhée

SCID-I : entretien clinique structuré pour le DSM-V

SE : erreur standard

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SSP: Strange Situation Procedure

t : valeur de T

1) Questionnement professionnel

Ce chapitre abordera les raisons qui nous ont poussées à traiter des thématiques de ce travail et comment nous nous positionnons en tant que futures professionnelles face à ces thématiques. Par le biais du maternage proximal, nous allons introduire la première thématique qui est favorisée par un parentage proximal : l'attachement. Puis, nous aborderons notre seconde thématique, la dépression post-partum. Et nous expliciterons notre questionnement sur les associations qui pourraient lier ces deux éléments.

1.1 Réflexions sur l'importance d'un attachement optimal

A l'abord de ce travail de recherche, un duo s'est formé. Deux étudiantes ayant une vision similaire de la pratique sage-femme et un but futur commun: exercer une pratique libérale. Une pratique qui comporte majoritairement un accompagnement des couples durant le post-partum. C'est donc sur cette période que nous nous sommes axées dans nos recherches. Nous avons cheminé à travers plusieurs thématiques passionnantes pour en retenir une qui nous questionnait pour tout ce qu'elle pouvait apporter à la profession : le maternage proximal.

Le "maternage proximal" ("attachment parenting" en anglais) est peu connu. Il est un ensemble de pratiques de maternage qui réunit, dans l'espace, le duo mère-enfant et qui se veut être centré sur les besoins de l'enfant et sur l'équilibre parental via un contact rapproché. Porté par William et Martha Sears (2020), respectivement pédiatre et infirmière conseillère en allaitement, il favorise l'attachement sécurisé de l'enfant, sa sécurité affective et plus tard son autonomie et sa confiance en soi.

Le maternage proximal puise ses fondements dans les travaux de John Bowlby sur la théorie de l'attachement (Bowlby, 1978) (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Cette pratique de parentage se base sur 7 principes et pratiques, incluant le peau à peau, l'allaitement à la demande, le fait de dormir proche de son enfant, le portage, une réponse rapide aux pleurs de l'enfant, le fait de ne pas instaurer d'apprentissage chez les bébés notamment pour le sommeil ainsi que la recherche d'un équilibre dans la parentalité (Taylor, s. d.) (Dewar, 2019).

En tant que sages-femmes, il est essentiel d'avoir de multiples connaissances sur les pratiques de parentage afin de pouvoir proposer aux couples celles qui correspondent aux parents qu'ils veulent devenir. Encore plus essentiel selon nous, la résultante de ces pratiques doit être un bénéfice pour l'attachement parent-enfant. L'attachement étant au cœur des pratiques de maternage proximal, nous avons souhaité en faire une de nos deux thématiques principales.

Le développement de l'attachement est nécessaire à la survie de l'enfant (Pinel-Jacquemin, 2012). Il est reconnu que les perturbations ou privations de relation d'attachement ou de liens affectifs représentent un facteur de risque pour l'apparition d'une pathologie

psychiatrique ou d'états dépressifs avec des symptômes sévères tel que l'arrêt du développement, pouvant être fatal (Sroufe et al, 1999) (Spitz, 1946). C'est une raison de plus de s'intéresser à l'attachement dans une pratique de soins.

Nous nous sommes donc intéressées à la notion d'attachement, puis, dans les prémices de nos recherches, une seconde thématique est apparue: la dépression du post-partum.

1.2 Pourquoi parler de dépression du post-partum aujourd'hui?

Une ombre pèse sur les nouveaux parents, celle de la dépression post-partum. Une pathologie encore trop souvent sous-diagnostiquée (Amaru et Le Bon, 2014). Elle se manifeste souvent comme un état dépressif masqué et normalisé au vu du bouleversement qu'un nouveau-né peut apporter avec sa venue. Les symptômes ne sont donc souvent pas considérés comme des signes de dépression par l'entourage. (Righetti-Veltema et al., 2007) Sa présentation clinique est également particulièrement hétérogène, ce qui complexifie son diagnostic (Tebeka et al., 2013). De plus, la dépression post-partum semble modifier le comportement des mères, elles se montrent plus maladroites et distantes et la dépression est également un facteur qui contribue à l'arrêt de l'allaitement maternel (Figueiredo et al., 2014) (Insaf et al. 2011).

Les études montrent que 20% des femmes pendant la période périnatale présentent des troubles mentaux tels qu'anxiété, baby blues et dépression, qui peuvent dans de rares cas conduire à la psychose du post-partum (Vacheron et al., 2021) (Bydlowski, 2015). Plus précisément, la dépression du post-partum est une des complications les plus fréquentes durant la période périnatale, avec une prévalence entre 10-20% chez les mères (Le Strat et al., 2011) et plus de 10% chez les pères (Luca & Bydlowski, 2001).

Parmi les complications principales de la dépression post-partum se trouve le suicide, étant également l'une des principales cause de décès maternel avec un taux avoisinant 12-20% dans l'année suivant l'accouchement et 60 à 80 % dans les 42 jours à un an de post-partum (Vacheron et al., 2021). La dépression du post-partum constitue donc un enjeu de santé publique majeur.

Les sages-femmes sont présentes régulièrement , auprès des familles, dès le début de la grossesse jusqu'au 56ème jour de vie de l'enfant (OFSP, 2021), puis le suivi est moins rapproché avec encore la possibilité de visiter les nouvelles familles pour trois consultations d'allaitement ainsi que pour des consultations sur prescription médicale. Pourtant, le bébé développe un "pic de besoin" autour de six semaines, justement. Les visites doivent-elles vraiment diminuer à cet instant ? (Cerruti, 2023). Les sages-femmes sont donc en première ligne du dépistage ainsi que de la prévention des difficultés d'attachement et de la dépression du post-partum. Ces deux thématiques se regroupent dans la période du post-partum. En tant

que futures sages-femmes indépendantes, ces thématiques nous tiennent donc particulièrement à cœur.

Une des deux auteures de ce travail de Bachelor a souffert d'une dépression du post-partum. Ainsi, tout en mettant de la distance entre son propre vécu et sa pratique professionnelle, la recherche des éléments qui pourraient la prévenir et des impacts sur le l'attachement parent-enfant est un questionnement professionnel essentiel qui a pris tout son sens au sein du duo.

En tant que futures professionnelles présentes dans les premiers instants de la parentalité, nous trouvons essentiel de contribuer à favoriser l'attachement parent-enfant et également de connaître les répercussions de cet attachement sur la santé mentale des parents, et notamment sur la dépression du post-partum.

C'est par nos questions autour de l'attachement qu'a débuté ce travail, au fil de nos recherches, nous nous sommes très vite intéressées à la santé mentale avec la dépression du post-partum, mais c'est en prenant connaissance des effets de la dépression post-partum sur le comportement des mères que les deux thématiques se sont liées (cf. schéma 1). Les mères atteintes de dépression post-partum se montrent plus distantes (Figueiredo et al., 2014). Est-ce que ce changement de comportement et cette distance a un impact sur le développement de l'attachement parent-enfant?

1.3 Associations entre la dépression du post-partum et l'attachement

Dans l'hémisphère Nord, les pratiques de maternage comportent un aspect distal, notamment via l'utilisation d'objets entre l'enfant et le parent. Dans la poussette, dans son berceau, avec ses jouets et son biberon, l'enfant se distance physiquement de son parent. La communication se fait davantage par le regard et la voix au lieu du toucher et de l'échange kinesthésique (Stork, 1993). L'attachement est justement défini par un comportement qui conduit à la recherche ou au maintien de la proximité à un individu, le caregiver (Tereno et al., 2007). La proximité physique est-elle un élément décisif de la proximité émotionnelle, de l'attachement ? Si la dépression du post-partum peut amener à un comportement plus distant chez la mère (Lehnig et al., 2019), quel lien existe-t-il entre le développement de l'attachement et la survenue de la dépression du post-partum?

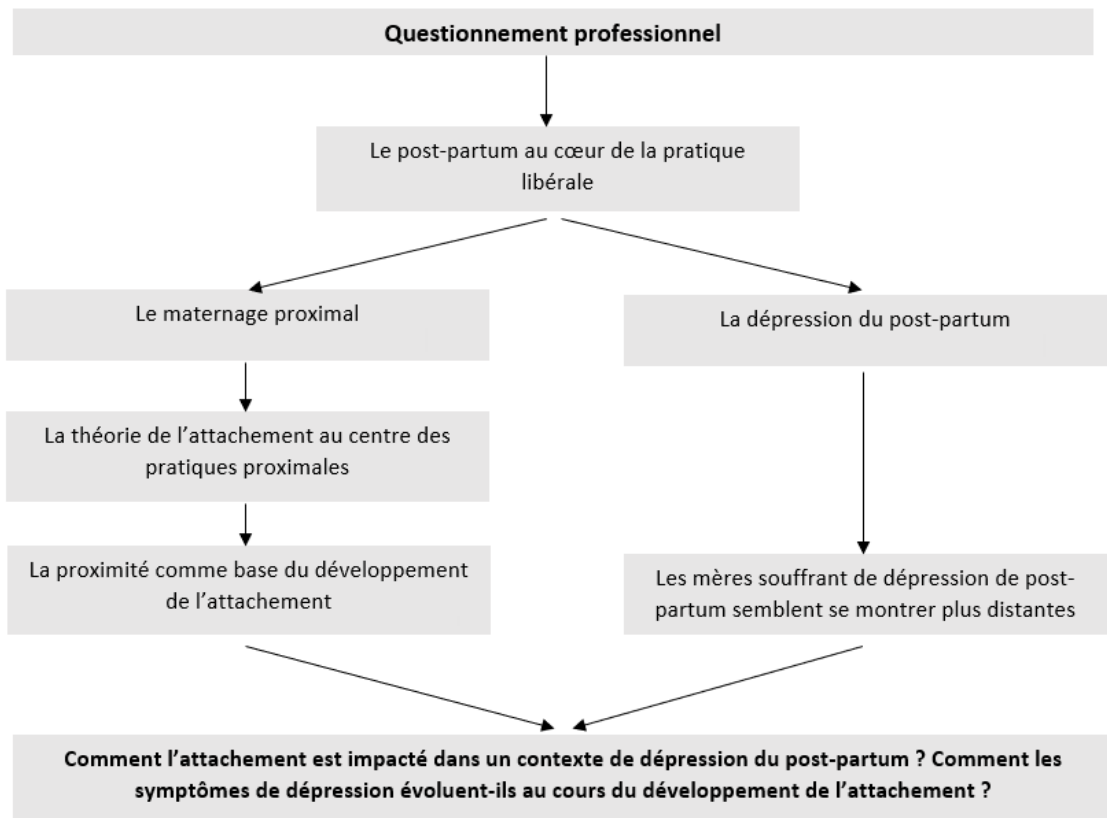


Schéma 1: Questionnement professionnel du présent travail

Avant de rechercher des pistes de réponses notamment par le biais d'articles, il paraît nécessaire de définir la notion d'attachement afin de comprendre en quoi est-ce un concept essentiel dans la parentalité. Dans le même but de compréhension, nous reviendrons sur la notion de dépression post-partum avec son mécanisme et les risques qu'elle comporte.

2) Cadre de références théoriques

Afin de mieux cerner la problématique de ce travail, ce chapitre englobe les aspects théoriques des différents concepts. Il débutera par un passage sur la période périnatale et la femme enceinte afin de retracer les changements psychiques durant la grossesse et cerner l'attachement déjà présent entre la mère et le fœtus, puis il abordera le concept d'attachement et de lien mère-enfant en précisant pourquoi ce sont deux concepts différents. La dépression du post-partum sera abordée en dernier avec, en amont, un passage sur la physiologie des taux hormonaux au post-partum pouvant influencer l'humeur, puis les caractéristiques de la dépression du post-partum, ses facteurs de risques, les outils permettant de la dépister et les conséquences de cette pathologie.

2.1 La période périnatale et la femme enceinte

La grossesse, l'accouchement et l'arrivée d'un enfant forment une période particulière nommée période périnatale. Un espace temps où de nombreux changements, qu'ils soient physiques, psychiques, émotionnels, sociaux, comportementaux ou relationnels, accompagnent le futur père et la future mère dans leur chemin de futurs parents (Minjollet & Valente, 2015). « La grossesse est le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience » (Bydlowski, 2001). Au niveau métapsychologique¹, la transparence psychique donne lieu à trois conséquences majeures : un état relationnel particulier, une authenticité du psychisme et une résurgence du passé (Minjollet & Valente, 2015). Les processus psychiques intervenant pendant la grossesse semblent provoquer une perturbation de l'équilibre psychique semblable à un état pathologique permettant l'adaptation à l'arrivée de l'enfant (Minjollet & Valente, 2015). La période périnatale est donc une période de vulnérabilité du psychisme. Si ce processus est physiologique, la perturbation de l'équilibre psychique entraîne parfois un état pathologique persistant qu'il est important de dépister dans la période prénatale et durant le post-partum. Concernant l'attachement mère-enfant, pendant le troisième trimestre de la grossesse, il existe un attachement mère-fœtus comparable à celui présent après la naissance (Bloom, 1995). L'attachement commence donc déjà in utero.

Mais comment cet attachement se définit, qu'elles en sont les composantes ? C'est ce que présentera le paragraphe suivant.

¹ "Psychologie théorique dépassant les données de l'expérience individuelle" (Centre national de Ressources Textuelles et lexicales, s. d.)

C'est donc l'étude de ce qu'il se passe au niveau de l'inconscient.

2.2 Attachement et lien mère-enfant

La notion d'attachement se définit comme suit: "Sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose" (Larousse, s.d). Mais en quoi est-ce si crucial ? Le concept d'attachement se base sur la théorie de l'attachement, élaborée par John Bowlby en 1958 (Tereno et al., 2007). L'attachement a pour but d'assurer la survie de l'enfant en agissant comme protecteur dans les situations de détresse mais également d'exploiter son terrain cognitif et social (Pinel-Jacquemin, 2012).

L'attachement chez l'enfant a pour base un équipement comportemental constitué par des réponses instinctives telles que : sucer, attraper, suivre, pleurer et sourire, elles-mêmes dirigées vers une figure d'attachement, durant la première année de vie de l'enfant. Ces réponses instinctives donnent lieu à des comportements d'attachement aboutissant à la recherche et au maintien de la proximité à un individu différencié et préféré. (Tereno et al., 2007).

Pour que cet attachement ait lieu, la figure d'attachement aussi appelée « caregiver » doit présenter certains critères : prendre soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, avoir une présence importante et régulière dans sa vie en l'investissant émotionnellement et en se montrant disponible à ses besoins (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). C'est la sensibilité avec laquelle le caregiver répond aux besoins de l'enfant qui détermine la sécurité de l'attachement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). La sensibilité est d'ailleurs définie par une réponse rapide aux signaux émis par l'enfant (Bell, 2008).

Le système d'attachement agit en quelque sorte comme un thermostat. Il est activé lors de situations de détresse amenant l'enfant à chercher le contact et la proximité avec la figure d'attachement. C'est la répétition de situations de réconfort lors de situations de détresse qui incite l'émergence du système d'attachement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Lors de situations n'engendrant pas d'inconfort pour l'enfant, il est libre de suivre des activités seul, c'est le système exploratoire qui prend le dessus. L'attachement représente donc une base pour l'enfant, lui permettant d'explorer son environnement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). "Le système d'attachement est actif tout au long de la vie" avec une stabilité variable, seuls les comportements évoluent au fil du développement de l'enfant (Guédeney & Guédeney, 2021).

L'attachement dépend à la fois d'interactions entre des facteurs parentaux, des facteurs situationnels et de facteurs propres à l'enfant (Coleman et Watson, 2000).

Chez le parent, une méta-analyse de 1997 menée sur l'attachement mère-enfant, met en lumière différents facteurs d'attachement parental. Après l'hypothèse que la sensibilité maternelle prime dans le développement de l'attachement, les facteurs suivants sont ressortis comme facteurs déterminants: la mutualité et la synchronicité étaient corrélées avec la sécurité de l'attachement, tout comme la stimulation, une attitude positive et le support émotionnel (De

Wolff & van Ijzendoorn, 1997). Comme le mentionne Stevenson-Hinde (1990), "L'attachement est vu comme un système de comportements à la fois « dans » l'individu, « entre » individus », mais aussi « parmi » des individus".

Les théories de l'attachement sortent aujourd'hui de la dyade mère/père-enfant. Effectivement, l'attachement est considéré actuellement dans une approche plus systémique. La famille constitue un écosystème relationnel pour l'enfant. Il comporte plusieurs sous-systèmes: Le sous-système conjugal (relations dans le couple), le système co-parental² (degré de coopération des parents), le système fraternel. Ces différents systèmes interagissent entre eux et peuvent être compensatoires d'un autre (Pinel-Jacquemin, 2012). Dans l'écosystème familial, deux variables semblent avoir un rôle prédominant dans la qualité de l'attachement développée : l'alliance coparentale et la sécurité familiale, mettant en avant que la sécurité dans le climat familial définit la sécurité développée en son sein et non l'inverse (Pinel-Jacquemin, 2012).

La définition des différents styles d'attachement fut apportée par Mary Ainsworth lors de l'expérience de la "situation étrange." Elle distingue donc 3 styles d'attachement : l'attachement sécure, l'attachement insécure évitant et l'attachement insécure ambivalent (Guédeney & Guédeney, 2016).

Le type d'attachement peut être évalué avec l'Adult Attachment Questionnaire AAQ. Le questionnaire est composé de 17 items, coté de 1 à 7 points, caractérisant 3 styles d'attachement (évitant, ambivalent et sécure) (Simpson et al., 1996) (cf. Annexe 1).

2.2.1 Attachement et lien parent-enfant, deux concepts distincts

Dans le monde francophone, le terme "attachement" regroupe deux notions qui sont distinctes dans le monde anglophone. Une confusion existe donc entre les termes "attachment" et "bonding". Le "bonding" se traduit par "créer du lien" en anglais, dans ce travail, nous utiliserons le terme "lien mère-enfant". Ce dernier n'a rien à voir avec l'attachement. Il fut théorisé par Klaus et Kennell, comme un état affectif de la mère incluant les émotions maternelles envers l'enfant (Lehnig et al., 2019), dépendant du contact en peau à peau avec l'enfant pendant la période critique des premiers instants de la vie ainsi que d'un pattern de gestes maternels comme l'exploration corporelle de l'enfant partant des extrémités jusqu'au centre (Benoit, 2004). Il décrit le lien émotionnel existant entre la mère et l'enfant. Le bonding serait la base du type d'attachement construit durant la première année de vie de l'enfant (Lehnig et al., 2019).

² terme venant du mot "coparent": n.m. "Personne exerçant avec une autre l'autorité parentale" (Larousse) Co-parentage : le terme désigne donc la relation entre les personnes impliquées dans le parentage d'un enfant.

Les troubles du lien mère-enfant seraient présents chez 25% des mères, avec des manifestations telles que: un retard ou un manque de réponse émotionnelle, de l'irritabilité, de l'hostilité, des pulsions agressives ou le rejet de l'enfant. (Lehnig et al., 2019)

Afin d'évaluer la qualité du lien mère-enfant, un questionnaire a été mis en place: le "Post-partum Bonding Questionnaire" (Annexe 2) composé de 25 items répartis entre 4 facteurs : l'identification des problèmes de relation mère-enfant, l'identification des problèmes sévères de relation mère-enfant, l'identification de l'anxiété de l'enfant et l'identification des mères dangereuses (Brockington et al., 2006) (cf Annexe 2).

Un autre questionnaire simplifié existe : le "Mother-infant bonding Scale" MIBS" qui est composé de 8 items coté de 0 à 3. Il permet un dépistage rapide des difficultés de lien mère-enfant. Les valeurs normales sont comprises entre 0 et 24 points (Bienfait et al., 2017) (cf Annexe 3).

Pour résumer, l'attachement est donc un élément crucial du développement cognitif et social de l'enfant. Le caregiving définit la disponibilité ainsi que la relation parent enfant, impactant aussi leur santé mentale. Le lien mère-enfant apparaît, lui, comme base à la construction de l'attachement.

2.3 Baby blues et physiologie

L'arrivée d'un enfant se présente comme une période de bouleversements de l'équilibre au niveau individuel et au sein du couple. Des changements hormonaux ont notamment lieu avec une augmentation du taux de progestérone (hormone responsable du maintien de la grossesse) ainsi que de la prolactine et les oestrogènes (Tournier, 2003). La libération de progestérone par le placenta augmente de façon linéaire au cours de la grossesse jusqu'à atteindre un taux des dizaines de fois supérieur à son taux lors de la seconde phase du cycle menstruel. Lors de la délivrance, ces taux chutent brutalement pour atteindre un seuil quasi nul à la fin de la première semaine du post-partum (Tournier, 2003).

Pour ce qui est des oestrogènes, leur augmentation peut atteindre un taux mille fois plus élevé que lors de la période pré-ovulatoire. Puis, elles chutent après la délivrance, pour atteindre un dosage extrêmement faible au 3ème jour (Tournier, 2003).

La prolactine, elle aussi, chute après l'accouchement pour reprendre sa sécrétion pulsatile lors du 4ème jour indépendamment de l'allaitement (Tournier, 2003). Cette chute d'hormones brutale serait responsable des symptômes d'hypersensibilité et de fatigue chez la mère. De plus, le post-partum précoce est une période de bouleversement de la vie du couple. C'est le devenir parents qui prend place avec un changement de rythme, une réorganisation des rôles au sein du couple. Il faut apprendre à connaître l'enfant nouvellement arrivé, et cela génère de la fatigue, du stress (Roux & Wendland, 2019). Cette période de labilité émotionnelle a, dans le langage familial, un nom: le baby blues. Touchant plus de 50% des

femmes (HUG, 2021), il se définit comme suit: “Vague à l’âme habituelle éprouvée par la plupart des femmes après leur accouchement”. (Larousse, s. d.-a). Les signes cliniques (cf tableau 1) apparaissent généralement entre le deuxième et le cinquième jour du post-partum et peuvent durer au maximum une semaine (Roux & Wendland, 2019).

Tableau 1: signes cliniques du baby blues

- irritabilité
- sentiment d’être dépassée par les événements
- perte des repères
- crises de larmes (*Comment différencier baby blues et dépression post-partum ?*, s. d.)
- forte émotivité
- humeurs labiles (HUG, 2021)

Le baby blues est donc un état physiologique durant la période du post-partum. Il nécessite cependant l’attention des professionnels et un dépistage de la dépression post-partum est nécessaire s’il dépasse 15 jours car 10% des cas de baby blues constituent le départ d’une dépression du post-partum (Masmoudi et al., s. d.). Dans le chapitre prochain, nous nous intéresserons donc à deux questions: Comment le baby blues se différencie-t-il de la dépression du post-partum? Quelles sont les caractéristiques de cette dernière?

2.4 La dépression du post-partum

La dépression dans son sens global est une pathologie psychosomatique associant un dysfonctionnement social et une souffrance personnelle majeure ayant des conséquences sur le fonctionnement social, la santé individuelle, et le risque de décès de la personne (*Dépression · Inserm, La science pour la santé*, s. d.). Selon le Larousse, la dépression est définie comme suit : “État pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l’estime de soi, un ralentissement psychomoteur” (Larousse, s. d.).

Selon le DSM-V, le trouble dépressif se caractérise par la présence d’au moins cinq des symptômes suivants (voir tableau 2) pendant une période de deux semaines consécutives.

Tableau 2: signes cliniques des troubles dépressifs caractérisés (American Psychiatric association, 2015)

Signes cliniques	Conséquences
<ul style="list-style-type: none"> - humeur dépressive sur presque toute la journée, quasiment tous les jours - diminution d'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités - perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou une diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours - insomnie ou hypersomnie presque tous les jours - agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours - fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours - diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours - pensées de mort récurrentes, idées suicidaires, tentatives de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> - détresse significative - altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Il existe trois formes principales de dépression:

- **La dépression mélancolique** : qui se présente avec un manque de joie, une baisse de la libido et une perte d'intérêt
- **La dépression masquée** : se manifestant par des troubles physiques (maux de tête, douleurs dorsales et cervicales, douleurs abdominales, troubles digestifs, problèmes cardiaques)
- **La dépression hostile**: avec pour signes une irritabilité et une agressivité accrue (Pollo & Nowacki, s. d.)

Les troubles dépressifs peuvent être divisés en plusieurs catégories, à savoir: les troubles dépressifs avec détresse anxieuse, avec caractéristiques mixtes, avec caractéristiques mélancoliques, avec caractéristiques atypiques, avec caractéristiques psychotiques congruentes ou non congruentes à l'humeur, avec catatonie, avec caractère saisonnier et débutant lors du péripartum (American Psychiatric association, 2015).

Ce travail s'intéressera à la dépression débutant lors du péripartum et plus particulièrement lors du post-partum, le chapitre suivant abordera donc à cette pathologie en particulier.

NB: Afin d'alléger le texte de ce travail plusieurs concepts interviendront régulièrement sous forme d'abréviations. Ainsi, la dépression du post-partum devient DPP et le post-partum devient PP.

2.4.1 La dépression du post-partum ... une forme particulière de dépression?

La dépression du post-partum (DPP) survient généralement avant la 4^{ème} semaine de post-partum et peut (selon la littérature) s'étendre jusqu'à une année après l'accouchement (Tebeka et al., 2013). Il existe deux pics d'incidence, l'un à 6 semaines post-partum caractérisant la dépression précoce et l'autre entre 6 et 10 mois après l'accouchement, la dépression tardive. Sa survenue est insidieuse et peut commencer par une période normothymique ou un baby blues. Elle peut aussi être dans la prolongation d'une dépression avant la grossesse, ce qui rend son diagnostic complexe (Tebeka et al., 2013).

2.4.2 Signes cliniques

La dépression post-partum est souvent sous-diagnostiquée. Ceci est dû au fait que le diagnostic de dépression post-partum est difficile à poser de par son aspect polymorphe et par le caractère somatique de certains symptômes. Le tableau clinique de la dépression du post-partum se présente donc ainsi:

Tableau 3 : signes cliniques de la dépression du post-partum (Tebeka et al., 2013)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• représentations négatives avec tristesse• autodévalorisation• asthénie, perturbation du sommeil, difficultés marquées d'endormissement• baisse du plaisir et de la libido• idées de mort et tentatives de suicide• tendance vespérale des symptômes• labilité émotionnelle• perturbation de l'alimentation• perte d'estime du maternage avec une culpabilité majeure centrée sur les capacités maternelles• anxiété importante généralement centrée sur le bébé. |
|---|

2.4.3 Facteurs de risques

La dépression du post-partum s'inscrit donc comme un état pathologique qu'il est primordial de dépister et de prendre en charge rapidement. Les personnes souffrant d'une dépression du post-partum se rejoignent souvent sur le même terrain, ce que nous appelons facteurs de risques. Les facteurs agissants sur la survenue d'une dépression post-partum sont nombreux, ils agissent au niveau psychiatrique, socio-économique, obstétrical, et endocrinien (cf. Tableau 4).

Tableau 4: facteurs de risque de la dépression post-partum (Tebeka et al., 2013)

Facteurs psychiatriques	<ul style="list-style-type: none">- antécédents personnels de dépression post-partum- antécédents psychiatriques personnels ou familiaux- dépression pendant la grossesse- baby-blues sévère
Facteurs socio-économiques	<ul style="list-style-type: none">- isolement social- conflits conjugaux- événements négatifs pendant la grossesse- niveau socio-économique bas- âge maternel aux extrêmes des périodes de fertilité
Facteurs obstétricaux	<ul style="list-style-type: none">- grossesse non-désirée- antécédents obstétricaux (MIU, malformations foetales, interruption de grossesse, accouchement prématuré)- grossesse pathologique- morbidités néonatales
Facteurs endocriniens	<ul style="list-style-type: none">- hypothyroïdie

Certains terrains sont donc plus propices à développer une dépression post-partum, elle présente également un caractère polymorphe, ce qui complexifie son diagnostic. Mais comment dépister une dépression du post-partum? Le chapitre suivant met en lumière les critères ainsi que les différents outils nous permettant de faire le diagnostic de cette pathologie.

2.4.4 Outils diagnostic et critères d'évaluation

Dans le but de dépister et d'évaluer la sévérité de la dépression post-partum, plusieurs outils ont été élaborés pour les professionnels de la santé. Parmi eux: l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (cf. Annexe 4). Présentant une bonne validité, d'utilisation simple, elle permet le dépistage de la dépression post-partum chez les femmes à risque lors du post-partum précoce ainsi que le dépistage chez les mères présentant déjà une dépression post-partum (Teissedre & Chabrol, 2004). Cette dernière, permet d'avoir une image de l'humeur des 7 derniers jours à l'aide de 10 questions calculant ensuite un score (Annexe 4). Si le score dépasse 10 points, il est important de se référer à un spécialiste. Si le score est égal à 13 ou supérieur, la patiente souffre probablement d'une dépression d'une sévérité variable (Teissedre & Chabrol, 2004).

Une échelle de dépistage a été élaborée à Genève, le DAD-P (cf. Annexe 5), permettant le dépistage de la dépression post-partum de manière ciblée et large (Righetti-Veltema et al., 2007). L'échelle est divisée en 2 parties :

- A: six items abordant des aspects personnels, somatiques ou psychologiques fréquemment retrouvés chez les femmes à risque.
- B: des questions supplémentaires concernant la tendance aux pleurs, la participation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PANP), les relations avec sa propre mère (Nanzer & Righetti-Veltema, 2009). Le score total est compris entre 0 et 8, si le score est égal ou supérieur à 3, le test est positif.

La HADS est également utilisée pour dépister l'anxiété et la dépression chez des patients en ambulatoire sans soins psychiatriques (cf. Annexe 6). C'est un questionnaire auto-rapporté comportant 14 questions (7 portant sur l'anxiété et 7 sur la dépression). Chaque item est coté sur 4 points, ils sont ensuite additionnés pour arriver à un score d'anxiété HADS-A, un score de dépression HADS-D ou un score total HADS-T. Un score allant de 0 à 8 dans les sous-échelles est considéré comme normal et un score entre 0 et 11 pour le score total est considéré comme normal (Zeltzer & Kloda, 2008).

Pour ce qui est des outils de dépistage de la dépression dans la population générale: L'échelle de Hamilton, investiguant 21 items (cf. Annexe 7) (Guelfi, s. d.), permet d'évaluer la sévérité des symptômes et leur intensité afin de coter la dépression et d'en assurer le suivi (Deloffre, 2013). Le score sortant s'évalue de la manière suivante:

- de 10 à 13: les symptômes dépressifs sont légers
- de 14 à 17: les symptômes dépressifs sont légers à modérés
- au dessus de 18: les symptômes dépressifs sont modérés à sévères (Deloffre, 2013)

L'inventaire de dépression de Beck ou Beck Depression Inventory (BDI) (cf. Annexe 8) permet également de mesurer l'intensité des symptômes de la dépression. Composées de 21 items de symptômes et d'attitudes. l'analyse des scores se fait comme suit :

- 0–9 : dépression mineure ;
- 10–18 : légère dépression ;
- 19–29 : dépression modérée ;
- 30–63 : dépression sévère.

2.4.5 Evolution et complications

La dépression est une pathologie grave de la période du post-partum car ses conséquences peuvent être tragiques. La complication la plus grave de la dépression post-partum est, comme mentionné précédemment, le suicide. Le risque de passer à l'acte lors de la première année du post-partum est six fois supérieur chez les femmes présentant une dépression post-partum par rapport aux femmes n'ayant pas accouché. A plus long terme, le

risque principal est la récurrence des symptômes dépressifs au cours d'une grossesse ultérieure dans 50 à 60 % des cas (Masmoudi et al., s. d.), ou en dehors de la période périnatale, signant l'entrée dans un trouble psychiatrique chronique. Parmi eux, nous pouvons citer des troubles de l'humeur ou des troubles psychotiques (Tebeka et al., 2013). Les complications d'une dépression post-partum touche également le couple avec des difficultés conjugales menant, dans certains cas, à la séparation ou au divorce ainsi qu'à l'émergence d'une dépression chez le partenaire (Masmoudi et al., s. d.). L'impact sur la santé mentale du parent est certain, mais c'est aussi sur la santé et le développement de l'enfant que vient se répercuter la dépression post-partum.

Les complications suivantes peuvent survenir chez l'enfant: altérations des interactions précoces, développement psychomoteur, affectif et social de moins bonne qualité, augmentation des troubles psychiatriques au cours de l'enfance et de l'adolescence. (Tebeka et al., 2013). Mais également des troubles de l'alimentation chez l'enfant, des pleurs excessifs, des troubles du sommeil, des troubles de l'attachement (Righetti-Veltema et al., 2002).

La dépression post-partum touche aussi la capacité de la mère à investir sa maternité avec notamment: de la maladresse, un arrêt de l'allaitement avec 34% de femmes allaitant souffrant de dépression post-partum contre 51% chez les femmes non-déprimées et une perte de plaisir lors des soins de leur enfant (Righetti-Veltema et al., 2002).

Il est ainsi urgent de parler de la dépression post-partum, parce qu'elle touche non seulement à la santé mentale de la mère mais également au développement de l'enfant, au bien-être du partenaire, et a un retentissement certain sur l'écosystème familial, l'entourage et la communauté (Masmoudi et al., s. d.).

La littérature scientifique aborde, majoritairement, cette pathologie dans le contexte maternel. Mais le co-parent souffre-t-il aussi de cette pathologie?

2.4.6 La dépression du post-partum chez le co-parent

La dépression post-partum chez les mères est mise en lumière ces dernières années, mais la dépression du postpartum paternel est encore taboue alors que plus de 10% des pères en souffrent (Luca & Bydlowski, 2001). Quels mécanismes entrent en jeux dans la dépression du postpartum paternel ?

La notion d'un lien psychique fort entre la naissance et la paternité existe depuis longtemps. En effet, le terme "couvade" désignant un rituel masculin d'imitation de la mère est présent dans plusieurs cultures. Selon Moreau (2021), le processus de parentalité relève d'un processus purement psychique, contrairement à la mère qui vit la grossesse sur le plan psychique et corporel.

Ainsi, le processus d'accès à la parentalité diffère de celui de la mère, il en est de même pour les mécanismes entrant en jeu lors de la dépression paternelle (Luca & Bydlowski, 2001).

Le père vit la dépression selon différents angles:

- la paternité comme événement de vie traumatique: l'arrivée d'un enfant activerait un traumatisme précoce, une situation d'angoisse vécue dans son enfance
- la perte d'objet: à la venue de l'enfant, la dépression apparaît comme mécanisme de défense contre "l'éclatement du Moi"
- la dimension interactionnelle: le sentiment de ne pas avoir d'espace dans la dyade, de ne pas pouvoir ouvrir de place pour son enfant
- la dimension transgénérationnelle: l'image de son enfant le renvoie à des histoires familiales qui ont fait l'objet de deuils (Luca & Bydlowski, 2001)

La dépression paternelle revêt également un aspect hormonal, avec une chute drastique du taux de testostérone. Le taux de testostérone chez le nouveau père a également été mis en lien avec sa capacité à s'investir dans sa paternité (Gettler et al., 2011).

Concernant les symptômes; ils diffèrent aussi de ceux présents chez la mère. Ils semblent être plus insidieux. Les signes principaux sont: un retrait social, cynisme, évitement, attaques de colère, auto-critique, irritabilité, comportements à risque avec consommation excessive d'alcool et de substances, violence. Les symptômes somatiques sont aussi à prendre en considération tels que: indigestions, changements dans l'appétit, fluctuations du poids, diarrhées, constipations, céphalées, maux de dents, nausées et insomnies (Kim & Swain, 2007; Schumacher et al., 2008).

Les pères et les mères vivent la dépression du post-partum de manière différente. La littérature sur le sujet de la dépression post-partum paternelle semble moins étayée que chez la mère. Il semble aujourd'hui pertinent d'observer l'association de l'attachement avec la dépression post-partum chez les deux parents.

3) Problématique et question de recherche

Ce travail a pour départ un intérêt pour la période du post-partum. Il prend source au travers de deux thématiques distinctes, elles-mêmes liées au sein d'une réflexion autour d'un effet de distanciation dans le comportement des mères lors de dépression post-partum, dans une période où la proximité est primordiale pour le développement de l'attachement parent-enfant. Cet attachement a pour but la survie de l'enfant, il se développe durant la première année de vie de l'enfant et les conséquences des difficultés d'attachement touchent le développement de l'enfant ainsi que l'écosystème familial. La dépression du post-partum est un enjeu de santé publique majeur en 2022, la prévalence de celle-ci est élevée et les effets sur la santé mentale des parents pourraient se répercuter sur la santé et le développement de l'enfant et ainsi impacterait l'écosystème familial et communautaire.

La dépression du post-partum et le développement de l'attachement parent-enfant surviennent au cours de la première année de vie de l'enfant, période de bouleversements intenses dans la vie de parents et période cruciale dans le développement de l'enfant, nous pouvons donc nous demander si ces deux thématiques surviennent de façon concomitante, et si elles ont un impact l'une sur l'autre. Se potentialisent-elles lorsque toutes deux rencontrées au cours du post-partum? ou au contraire est-ce que l'une peut être un facteur protecteur de l'autre?

La dépression du post-partum ainsi que les difficultés d'attachement semblent avoir une répercussion au niveau de l'individu ainsi qu'au niveau de l'écosystème familial et même communautaire ce qui soulève l'étendue de l'impact de ces deux thématique dans le domaine de la périnatalité. Ainsi les sages-femmes ne sont pas les seules professionnelles de santé à rencontrer ces thématiques, c'est souvent un réseau de soin entier qui est présent autour de ces familles, comportant psychiatres, pédopsychiatre, psychomotriciens-iennes, logopédiste, éducateurs-trices de la petite enfance, infirmiers-ères, pédiatre, etc... Il paraît donc important, au vu de ce contexte, de comprendre les associations entre ces deux thématiques dans le but de trouver des façons d'agir dans le champ de compétence de la pratique sage-femme. Ces actions permettraient peut-être également, par la suite, une meilleure collaboration interprofessionnelle.

La dépression post-partum touche les mères mais également, et avec des mécanismes différents et une prévalence similaire, les partenaires. Nous pouvons donc nous demander si les associations autour des ces deux thématiques diffèrent chez les deux parents. Si tel est le cas, est-ce dû aux manifestations symptomatiques différentes lors de dépression post-partum ou y aurait-il d'autres variables entrant en compte dans cette modulation telles que le sexe, le fait d'avoir été enceinte de l'enfant, la place du père ou de la mère dans la société? Il semblait donc pertinent d'observer l'association entre le développement de l'attachement parent-enfant et la survenue de la dépression du post-partum chez les parents et non spécifiquement chez

les mères. De plus, à l'heure où la notion de genre ne correspond pas forcément à celle de sexe assigné à la naissance, les appellations de “mères” et “pères” ne conviennent pas à tous les types de couples et de parents. Cependant, au vu de la littérature pauvre existante sur le co-parent, les études sélectionnées pour ce travail incluent finalement uniquement les mères. Est entendu dans ce travail comme mère la génitrice de l'enfant. Une fois les articles analysés, nous tenterons de revenir sur le sujet en cherchant ce que les études nous apprennent sur les pères, la dépression paternelle et le lien père-enfant.

L'attachement et le lien mère-enfant semblent être deux choses distinctes dans le monde anglophone et pourtant regroupées sous un seul terme en français “attachement mère-enfant”. Le lien mère-enfant permettrait le développement de l'attachement. Nous pouvons donc nous demander si ces deux notions agissent de manière similaire dans une interaction potentielle avec la dépression du post-partum. Allons-nous trouver des résultats différents sur des articles francophones versus des articles anglophones?

Ainsi, ce travail porte son regard sur la population des mères, tout en souhaitant à terme s'intéresser à la possibilité de généraliser les résultats aux parents, en essayant de comprendre les associations existantes entre la dépression post-partum et l'attachement parent-enfant avec la question de recherche suivante:

Quelles associations existent entre l'attachement, le lien parent-enfant et les symptômes de dépression du post-partum chez les parents ?

A ce stade, nous supposons que la dépression post-partum et l'attachement parent-enfant sont liés de manière bidirectionnelle. A savoir que la dépression post-partum aurait un impact sur l'attachement par l'effet de distanciation dans le comportement des mères. Et que par un effet de rapprochement du duo mère-enfant permettant une meilleure satisfaction du lien mère-enfant, la qualité de l'attachement pourrait moduler la sévérité de la dépression post-partum. Les résultats permettront d'imaginer des outils qui puissent favoriser l'attachement et donc le bien-être de toute la famille et prévenir la dépression du post-partum.

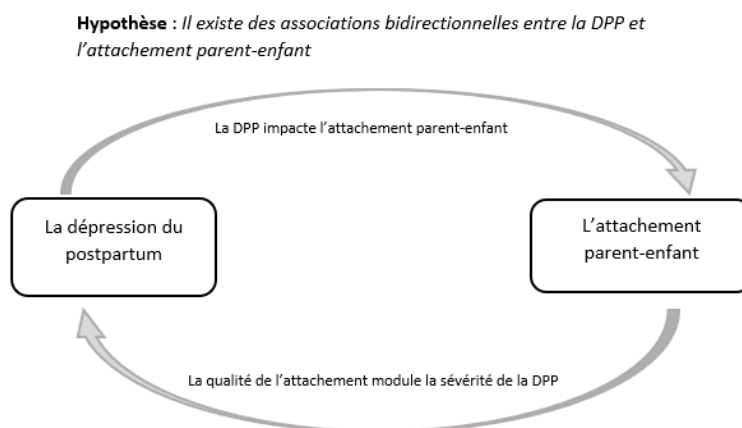


Schéma 2: Hypothèse du travail

4) Dimension éthique

Notre recherche évalue des composantes qui peuvent différer énormément selon les codes culturels des couples. Cependant, les articles sélectionnés sont des études observationnelles. Il n'y a donc pas d'actions sur les participants ni des confrontations en termes de valeurs, sinon des passations de questionnaires pour avoir une progression dans le temps de certaines variables. La méthodologie des trois articles qui ne sont pas des revues de littératures a été approuvée par des commissions d'éthique. Toutes les études déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

L'étude de l'attachement parent-enfant peut sembler particulière selon l'angle de vue car c'est une composante relationnelle très subjective. Grâce à des questionnaires spécialisés, il est possible d'analyser l'évolution de la relation dans le temps, selon des items précis et reliés à des théories de spécialistes. Les résultats des études ne sont cependant pas un jugement de valeur en tant que tel sur une éducation ou une autre, mais découlent d'une analyse objective et méthodologique.

5) Méthodologie

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons fait une revue de la littérature afin d'analyser et discuter des résultats de cinq articles issus de la littérature scientifique.

La sélection des articles s'est faite selon la méthodologie présentée ci-dessous.

temps 1	Identification de mots clés selon le modèle PICO
temps 2	Choix des bases de données
temps 3	Recherche d'articles dans les bases de données avec différents algorithmes de recherche
temps 4	Critères d'inclusion et d'exclusion et choix des articles

5.1 Temps 1: Identification de mots clés selon le modèle PICO

La question de recherche comporte plusieurs concepts décrits selon le modèle PICO. Ce travail étudie une population de parents incluant mères et pères (**P**opulation) dans un contexte de dépression du post-partum (**I**ntervention). Il a pour objectif d'observer les associations bidirectionnelles entre la dépression du post-partum et l'attachement parent-enfant (**O**utcome) en comparaison avec les parents non dépressifs (**C**omparaison)(cf Tableau 5). Les mots-clés utilisés pour la recherche et découlant de ses concepts sont déclinés en français et en anglais afin d'élargir les recherches.

Tableau 5: Concepts et mots-clés autour de la question de recherche

	Concepts/ Thèmes	Mots-clés libres en français Termes dérivés, synonymes	HeTOP Français Termes du thésaurus	HeTOP Anglais Termes du thésaurus MeSH à reporter dans PubMed	Mots-clés libres en anglais Quand le terme MeSH n'existe pas
P	Les parents, les mères, les pères	parents, pères, mères, maternel, paternel, parental	mère, père, parental, comportement parental, parentalité,	parents, parental, father, mother, paternal, maternal, fatherhood, motherhood	
I	Symptômes de dépression du post-partum	dépression post-natale, symptômes de dépression du post-partum	dépression du post-partum, dépression périnatale, dépression puerpérale, trouble dépressif du post-partum	postpartum, depression, postnatal, depression	
C	Absence de symptômes dépressifs				Absence of postpartum depression, Absence of postnatal depression
O	Attachement	lien mère-enfant, lien maternel, attachement			Attachement, bonding, mother-infant bonding

N.B Dans ce tableau, les concepts de l'intervention (I) et de l'outcome (O) peuvent être inversés pour correspondre à l'hypothèse de recherche (cf schéma 2).

5.2 Temps 2: Choix des bases de données

Différentes bases de données ont été envisagées pour mener les recherches, mais deux ont été sélectionnées selon leur spécificité en lien avec la problématique. Les recherches ont été majoritairement faites sur Pubmed : une méta-base de données anglophone de la National Library of Medicine référençant des articles médicaux liés à l'ensemble du domaine de la biomédecine. Une autre base de données fut également consultée: Lissa. Un moteur de recherche francophone référençant des articles scientifiques dans le domaine de la santé.

5.3 Temps 3: Recherche d'articles dans les bases de données avec différents algorithmes de recherche

Les deux bases de données furent consultées selon plusieurs algorithmes de mots-clés (cf tableaux 7 et 8). Ces derniers furent combinés afin d'avoir une vision d'ensemble de ce que proposait la littérature scientifique sur le sujet. Les différents algorithmes sont résumés dans le tableau 6.

Tableau 6: mots-clés utilisés pour la recherche

Postpartum depression, maternal, infant, postpartum, depression	AND	attachment OR mother-infant bonding, bonding	NOT perinatal
---	------------	--	----------------------

Tableau 7: algorithmes de recherche utilisés sur LiSSA entre 2017 et 2022

Numéro de la recherche	Mots-clés/opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés
1	(attachement) ET (dépression post-partum)	7 résultats
2	(relation mère-enfant) ET (dépression post-partum)	13 résultats

Tableau 8: algorithmes de recherche utilisés sur PubMed entre 2017 et 2022

Numéro de la recherche	Mots-clés/opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés
1	(postpartum depression)	5'399
2	(postpartum depression) AND (attachment)	244
3	(Postnatal depression) AND (attachment)	244
4	(Postpartum depression) AND (mother-infant bonding)	115 (1 article choisi)
5	(postpartum depression) AND ((attachment) OR (bonding))	390
6	(postpartum depression) AND ((attachment) OR (mother-infant bonding))	305
7	((postpartum) AND (depression)) AND ((attachment) OR (mother-infant bonding))	322
8	((maternal) AND (postpartum) AND (depression)) AND ((attachment) OR (mother-infant bonding))	290
9	((maternal) AND (postpartum) AND (depression)) AND ((attachment) OR (mother-infant bonding)) NOT (perinatal)	206
10	((maternal) AND (infant)) AND ((postpartum) AND (depression)) AND ((attachment) OR (mother-infant bonding)) NOT (perinatal)	175 (1 article choisi)
11	((postpartum) AND (depression)) AND (bonding) NOT (perinatal)	209
12	((parenting) AND (postpartum) AND (depression) AND (bonding) NOT (perinatal))	134
13	(maternal) AND (infant) AND (postpartum) AND (depression) AND (bonding) NOT (perinatal)	160 (1 article choisi)
14	((maternal) AND (infant)) AND ((postpartum) AND (depression)) AND ((bonding) OR (attachment) or (mother-infant bonding)) NOT (perinatal)	209
15	(Postpartum depression) AND (protection) AND (attachment)	22
16	(Postpartum depression) AND (impact) AND (attachment)	60 (1 article choisi)

5.4 Temps 4: Identification de critères d'inclusion et d'exclusion en rapport avec la problématique

Les articles inclus dans ce travail sont des textes publiés entre 2016 et 2022 en “full text”, décrivant les associations entre attachement et dépression du post-partum et faisant usage d'échelles pour évaluer la dépression du post-partum et le lien parent-enfant. L'usage du français et de l'anglais a été inclus dans la sélection des articles. Ils ont été sélectionnés sans restriction géographique, afin d'élargir les recherches.

Les articles abordant uniquement l'attachement mère-enfant durant la période prénatale furent exclus afin de nous concentrer sur ce qui se passe au post-partum (pour se faire, nous avons exclu le terme “perinatal”, ce dernier incluant la période prénatale). Les articles se présentant sous la forme de “peer review”, de cas témoins ainsi que les thèses de master et de doctorat furent exclus afin de se concentrer sur une littérature quantitative.

5.5 Temps 5: Sélection des articles

Les articles ont été sélectionnés en 4 étapes.

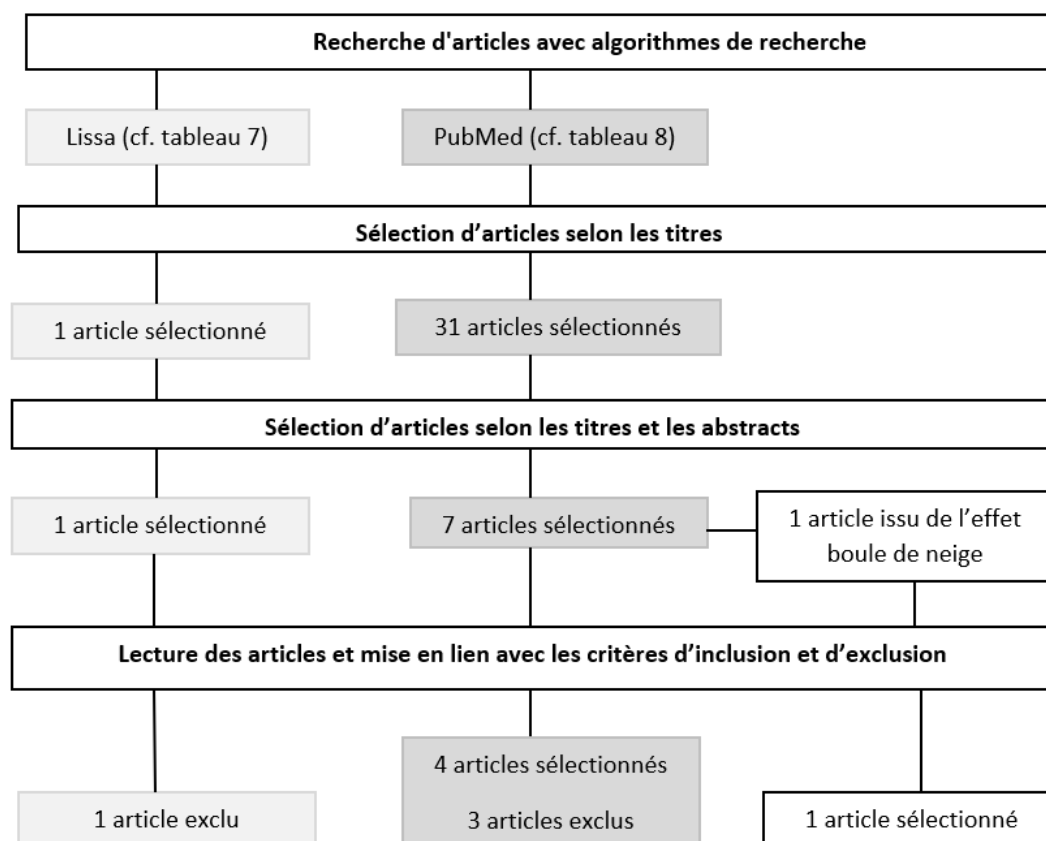


Schéma 3 : flowchart de la sélection des articles

Les articles finalement sélectionnés sont les suivants:

- 1 article issu de la recherche n°13 : Badr, L. K., Ayvazian, N., Lameh, S., & Charafeddine, L. (2018)
- 1 article issu de la recherche n°4 : Motegi, T., Watanabe, Y., Fukui, N., Ogawa, M., Hashijiri, K., Tsuboya, R., Sugai, T., Egawa, J., Araki, R., Haino, K., Yamaguchi, M., Nishijima, K., Enomoto, T., & Someya, T. (2020)
- 1 article issu de l'effet boule de neige : Reck, C., Zietlow, A.-L., Müller, M., & Dubber, S. (2016)
- 1 article issu de la recherche n°10 : Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019)
- 1 article issu de la recherche n°16 : Barnes, J., & Theule, J. (2019)

Dans l'échantillon d'articles ci-présent, un article (Reck et al., 2016) dépasse d'une année le critère d'ancienneté de 5 ans des articles. Il fut cependant sélectionné car apportant des éléments supplémentaires concernant la problématique, comparé aux autres articles, ceux-ci seront développés dans l'articulation des résultats (cf. p. 45)

6) Description et analyse critique des résultats des articles choisis

Tableau 9: Analyse descriptive article n°1

Titre: <i>Is the Effect of Postpartum Depression on Mother-Infant Bonding Universal?</i> Auteurs: Badr, L. K., Ayvazian, N., Lameh, S., & Charafeddine, L. (2018). Journal: <i>Infant Behavior & Development</i> , 51, 15-23			
Objectif: Investiguer si la dépression du postpartum a un impact sur le lien entre la mère et son enfant à 10-12 semaines après la naissance chez les femmes au Liban. Évaluer les effets de certaines variables sur la DPP et le lien mère-enfant			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Design : Étude observationnelle, descriptive longitudinale prospective monocentrique Lieu : Liban Population : 150 femmes Recrutement : unité d'obstétrique de l'University Medical Center au Liban Inclusion : femmes, 18-45 ans qui ont accouché d'un enfant vivant, motivées à participer Exclusion : maladies sévères chroniques (épilepsie, BPCO, Hépatite C, cancer) Outils échelle EPDS, MSPSS, BDI-II, PBQ, SPSS, ANOVA (données récoltées entre 2014 et 2016)	Trois temps : 1. 2-3 jours postpartum : entretien en présentiel à l'hôpital avec EPDS et données socio-démographiques MSPSS 2. 10-12 semaines postpartum : questionnaire par téléphone PBQ + BDI-II pour personnes avec score EPDS > 13 3. Analyses des données : SPSS + ANOVA	Lien entre DPP et lien mère-enfant 1. La dépression est liée significativement au lien mère-enfant (PBQ) avec les mères modérément et sévèrement dépressives ($F_{2/122} = 5.85, p=0.02$) comparé aux mères non dépressives Autres variables 2. Le lien mère-enfant n'est pas affecté par DPP quand les autres variables sont prises en compte comme ATCD dépression et support social 3.a) Un ATCD de dépression est associé à un impact sur le lien entre la mère et l'enfant ($t = -2.13, p = 0.037$) b) Un ATCD dépression et haut soutien ont un impact plus fort sur le lien mère-enfant dans des cultures non-occidentales	Limites : - échantillon restreint incluant femmes d'un seul hôpital - causalité entre les variables pas certaines - 2ème interview téléphonique : risque de perdre des informations en comparaison avec entretien en présentiel Forces : non présentées

Notes: **BDI-II** = Inventaire de dépression de Beck, **EPDS** =Edinburgh Postpartum Depression Scale, **MSPSS** = Multidimensional Scale of Perceived Social Support, **PBQ** = Post Partum Bonding Questionnaire, **SPSS** = logiciel utilisé pour l'analyse statistique, **ANOVA** = analyse de la variance par une formule statistique utilisée pour comparer les variances entre la ou les moyennes de différents groupes.**OR** =Odds ratio, **F** = ratio de deux écart-types, mesure de dispersion ; interprétation : > 1 : événement plus fréquent dans le groupe traité vs groupe contrôle. Plus l'odds ratio s'éloigne du 1, plus l'effet évalué est important, **t**= La valeur t mesure l'ampleur de la différence par rapport à la variation de vos données d'échantillon.

Tableau 10: Analyse descriptive de l'article n°2

<p>Titre: Depression, Anxiety and Primiparity are Negatively Associated with Mother-Infant Bonding in Japanese Mothers. Auteurs: Motegi, T., Watanabe, Y., Fukui, N., Ogawa, M., Hashijiri, K., Tsuboya, R., Sugai, T., Egawa, J., Araki, R., Haino, K., Yamaguchi, M., Nishijima, K., Enomoto, T., & Someya, T. (2020) Journal: <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i>, 16, 3117-3122</p>			
<p>Objectif: Évaluer la possibilité que les primipares montrent un moins bon lien mère-enfant et des symptômes d'anxiété et de dépression plus élevés que les multipares. Évaluer la possibilité que la dépression, l'anxiété et la primiparité soient négativement associées au lien mère-enfant.</p>			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design: Étude analytique transversale multicentrique</p> <p>Lieu: Japon</p> <p>Population : mères primipares (1116) et multipares (1263) = 2379 âgées de 18-50 ans</p> <p>Recrutement: 34 institutions différentes dans la préfecture de Niigata</p> <p>Inclusion: femmes enceintes 18 ans et plus</p> <p>Exclusion: femmes enceintes avec complications physiques sérieuses, complications liées à la grossesse, désordres psychiatriques sévères</p> <p>Échelles d'évaluation: MIBS et HADS</p>	<p>Mesures faites à 12-15 SA, 30-34 SA, 4 semaines PP</p> <p>1. Comparaison de l'âge moyen, des scores de MIBS, et HADS pour les primipares et multipares en utilisant un T-test.</p> <p>2. Identification des possibles prédictors du lien mère-enfant : analyse régressive avec les scores HADS-A et HADS-D</p> <p>3. Analyse régressive des potentiels prédictors</p>	<p>Corrélation entre DPP et lien mère-enfant</p> <p>1. Une association significative négative existe entre les scores de DPP (HADS-D) et le lien mère-enfant (MIBS).</p> <p>2. Les scores HADS-D et Anxiété ainsi que la parité sont significativement corrélés avec les scores MIBS ($p = 0.003, 0.015$ and 0.023).</p> <p>Impact de la parité sur la corrélation entre DPP et lien mère-enfant</p> <p>3. Les Scores MIBS (2.89 ± 2.68 vs 1.60 ± 2.11, $p = < 0.0001$) et HADS-D (6.56 ± 3.43 vs 5.98 ± 3.20, $p = < 0.0001$) sont significativement plus élevés chez les primipares que chez les multipares à 1 mois post-partum. .</p>	<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - type étude transversale permet de montrer des associations entre les symptômes dépressifs et anxieux, la parité et le lien maternel - pas de possibilité de tirer des liens de causalité - l'échantillon pourrait ne pas représenter la population générale de femmes au post-partum au japon - pas d'ajustement des résultats selon le contexte social, emploi, éducation, soutien social, relation au partenaire, attachement à sa propre mère, et historique de problèmes mentaux <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recrutement dans 34 institutions - résultats similaires à de précédentes études faites au japon

Notes: **MIBS** = mother-infant bonding scale , **HADS** = Hospital Anxiety and Depression Scale, **A** = anxiété, **D** = dépression, **T-test**: mesure de l'ampleur de la différence par rapport à la variation des données de l'échantillon.

Tableau 11: Analyse descriptive de l'article n°3

<p>Titre: Perceived parenting stress in the course of postpartum depression : The buffering effect of maternal bonding.</p> <p>Auteurs: Reck, C., Zietlow, A.-L., Müller, M., & Dubber, S. (2016) Journal: Archives of Women's Mental Health, 19(3), 473-482</p>			
<p>Objectif: Investiguer le lien existant entre le développement du lien mère-enfant et du stress parental dans un contexte de DPP. Tester deux modèles médiateurs: 1: effet tampon du lien maternel sur les effets de la DPP sur le stress parental 2: le stress parental comme médiateur du lien entre DPP et du lien maternel</p>			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Étude de cohorte exploratoire longitudinale</p> <p>Lieu: Allemagne</p> <p>Population: 31 femmes avec DPP et 32 femmes du groupe contrôle sans troubles mentaux actuels ou passés ni DPP</p> <p>Recrutement : entre 2001 et 2008, maternités régionales dans des unités mère-enfant + Psychiatric University Hospital Heidelberg</p> <p>Inclusion : DPP dans les trois premiers mois PP</p> <p>Exclusion: ATCD de psychose, bipolaire, abus de substances actuels</p> <p>Échelles d'évaluation: échelles SCID-I, ICD-10, DSM-IV, BDI, PBQ-16, PSI-SF,</p>	<p>1. Évaluation du lien mère-enfant et du stress parental à deux temps différents avec PDI-16 et PSI-SF lors d'une interview de 1 heure</p> <p>T1: temps de dépression aiguë</p> <p>T2 : temps de rémission</p> <p>2. BDI fait toutes les 2 semaines si < 11 passage à T2 pour groupe contrôle passage à T2 lorsque âge enfants = âge groupe clinique à T2.</p> <p>3. Création de 6 modèles factoriels pour évaluer si et comment les effets étaient médiatisés</p>	<p>Lien mère-enfant lors de DPP</p> <p>1. Les femmes avec DPP aiguë ont un lien mère-enfant de moins bonne qualité (M=18.56, SE=1.70) que le groupe contrôle (M=5.14, SE=1.67).</p> <p>Le temps module l'impact de la DPP sur le lien mère-enfant</p> <p>2. Après rémission, différence significative avec le groupe contrôle, mais lien émotionnel envers l'enfant amélioré.</p> <p>3. Le lien maternel entre T1 et T2 augmente plus chez les femmes souffrant de DPP que chez le groupe contrôle.</p> <p>Lien mère-enfant comme effet médiateur du stress parental</p> <p>4. Le lien mère-enfant a un effet médiateur partiel sur le lien entre DPP et stress parental, il modère les effets négatifs de la DPP sur le stress parental.</p>	<p>Limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'âge variable des enfants dû au moment de dépression aiguë de la mère - Les majorité de l'échantillon est en possession d'un titre universitaire et n'est, de ce fait,, pas représentatif de toute la population - Le PBQ-16 est un questionnaire rempli par la personne et non un interview standardisé - C'est un petit échantillon. <p>Forces: Aucune force de l'étude n'est décrite par les auteurs</p>

Notes: **ICD-10** = international classification of diseases, **DSM- IV**= manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux , **SCID-I**=entretien clinique structuré pour le DSM-V, **BDI**= Beck depression inventory , **PBQ-16**= Parenting bonding questionnaire, **PSI-SF** = parenting stress index- short form , **M**= Moyenne des femmes , **SE**= erreur standard (mesure de la précision d'une moyenne ou d'une estimation)

Tableau 12: Analyse descriptive de l'article n°4

Titre: Consequences of maternal postpartum depression : A systematic review of maternal and infant outcomes. Auteurs: Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019) Journal: <i>Women's Health</i> , 15			
Objectif: Évaluer les conséquences infantiles et maternelles de la DPP maternelle non traitée			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design: Revue systématique de la littérature Lieu: Liège, Belgique</p> <p>Echantillon: 122 articles sélectionnés entre 2005 -2016 aux USA, EU, Asie, Australie, Nouvelle-Zélande, Afrique</p> <p>Recrutement: Medline via Ovid, psycinfo, registre de Cochrane Pregnancy and Childbirth</p> <p>Inclusion: études épidémiologiques et qualitatives, de cohorte et transversales, incluant des mères de tous âges souffrant de DPP, incluant des outcomes de santé dans les résultats</p> <p>Exclusion: méta analyses, revues systématiques et non systématiques, essai contrôlés randomisés, études de cas, études incluant des mères traitées pour une DPP</p> <p>Échelles d'évaluation: : EPDS, BDI, CIDI-SF, MINI, PDSS, CES-D, DSM-IV, MIBS, PBQ</p>	<p>1. Exclusion des articles selon titres et abstracts</p> <p>2. Lecture du texte en entier et mise en lien avec les critères d'inclusion</p> <p>3. Extraction des données selon un formulaire d'extraction de données standardisé</p> <p>4. Articles groupés selon les conséquences évaluées puis chaque outcome divisé en sous groupe</p> <p>5. Outcomes séparés en sections</p>	<p>Effets de la DPP sur le lien mère-enfant</p> <p>1.Corrélation significative entre les scores du lien mère-enfant et les scores de l'EPDS ($r=0.225$, $p=0.002$)</p> <p>2.Les symptômes dépressifs au PP ($p=0.01$) demeurent significatifs pour expliquer le développement d'un lien mère-enfant plus pauvre au PP</p> <p>Le temps module l'effet de la DPP sur l'attachement</p> <p>3.Les mères scorant à plus de 13 sur EPDS à 4 sem PP sont 5.13 fois plus susceptibles de développer un lien mère-enfant faible ($MIBQ < 2$) que les femmes scorant moins de 13. ($p < 0.01$)</p> <p>4.Les effets négatifs de la DPP sur le lien mère-enfant ne s'observent que durant les premiers mois (1 étude)</p> <p>Effet dose dépendant de la DPP sur l'attachement</p> <p>5.Les mères et les enfants de mères chroniquement dépressives sont plus susceptibles de développer un attachement insécuré (40%) ($p < 0.025$, $OR = 3.31$) que les mères non dépressives</p> <p>L'attachement des enfants de mères brièvement dépressive ne différait pas par rapport aux enfant de mères non dépressives (18%versus 17%)</p> <p>Effets de la DPP sur le comportement des mères</p> <p>6. Les mères avec des symptômes dépressifs montrent moins de proximité, sont moins chaleureuses, moins sensibles, moins d'harmonisation, plus de difficultés dans la relation pendant la 1^{ère} année de vie de l'enfant</p>	<p>Limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Études hétérogènes dans leur design - Utilisation de différents outils de dépistage de la DPP donnant des prévalence différentes - Disparité dans les valeurs cut-off pour classifier la DPP - Extraction des données non effectuée en double aveugle. - Etudes pas évaluées sur leur méthodologie <p>Forces:</p> <p>122 études incluses englobant tous les outcomes décrits dans la littérature scientifique depuis 2005</p>

Notes: **CIDI-SF**= World health organization composite international diagnostic interview, **MINI**=mini international neuropsychiatric interview, **PDSS**= Panic disorder severity scale, **CES-D**= échelle du Center for epidemiologic studies of depression , **r** = coefficient de corrélation, se situe entre -1 et 1: -1 corrélation négative 0: pas de corrélation, 1: corrélation positive, **PBQ**= Parenting bonding questionnaire, **PP**= post-partum

Tableau 13: Analyse descriptive de l'article n°5

Titre: Maternal depression and infant attachment security : A meta-analysis Auteurs: Barnes, J., & Theule, J. (2019). Journal: Infant Mental Health Journal, 40(6), 817-834			
Objectif: Comprendre la magnitude du lien entre la dépression maternelle et l'insécurité de l'attachement du nourrisson et identifier des facteurs de modérations possible de la relation			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Revue de littérature, méta-analyse</p> <p>Lieu : US, Canada, Britain, Suède, et une étude en France, Allemagne, Afrique du Sud, Australie, Suisse, Pays-Bas.</p> <p>Echantillon : 42 études (31 articles publiés, 4 chapitres de livre, 7 thèses/dissertations)</p> <p>Recrutement : PsycINFO, MEDLINE via Ovid, Educational Resources Information Centre (ERIC), Scopus, Dissertations and Theses(ProQuest), Google Scholar.</p> <p>Inclusion : études publiées et non publiées, études quantitatives, contiennent mesures de la dépression/des symptômes maternelle, 12-36 mois</p> <p>Exclusion : études qui concernent enfants avec handicaps développementaux, enfants prématurés</p> <p>Outils : PRISMA, CMA, SSP, AQS</p>	<p>1. Identification</p> <p>2. Screening</p> <p>3. Sélection avec critères inclusions ou exclusions et demandes d'infos complémentaires aux auteurs</p>	<p>κ (Cohen) : 0.95</p> <p>1. 26 études : plus de la moitié (57%) des enfants de mères dépressives développent un attachement insécore (95% CI [49.9, 63.9]; $Q=180.63, P<.001$)</p> <p>2. 16 études : la relation entre symptômes dépressifs/dépression et insécurité de l'attachement avec le nourrisson est significative $r=.15$, 95% CI [.06, .21], $P<.001$; $Q(16)=40.04, p<.001$; $\tau^2=.01$ mais 2 études ont montré que les enfants de mères dépressives n'ont pas significativement de plus haut taux d'attachement insécore que ceux de mères non dépressives. $d= -.48$, 95% CI [-.99, -.02], $P = .060$; $Q(1) = 3.77$, $P = .05$;</p> <p>3. 2 fois plus de risques pour un enfant d'une mère dépressive que nourrissons de mères en bonne santé d'avoir un attachement insécore. OR=1.80, 95%CI [1.42, 2.29]; $P<.001$; $Q=125.49, P<.001$</p>	<p>Forces :</p> <p>1. Étude qui réactualise les données car dernière méta-analyse en 2005 sur seulement 15 études (ici 42)</p> <p>2. Stratégie de recherche forte</p> <p>3. Décision d'inclure des articles non-publiés afin d'éliminer le biais de publication</p> <p>Limites :</p> <p>1. Prendre des études non-publiées pourrait engendrer une baisse de la qualité méthodologique</p> <p>2. Quasiment toutes les études viennent de pays industrialisés, riches et démocratique ne rend pas les résultats applicables ailleurs que dans ces pays</p> <p>3. Pas d'information sur l'attachement des enfants-pères (probable facteurs protecteurs pour survenue DPP chez mères)</p>

Notes: κ (Cohen) = interprétation : autour de 0.01 (effet de petite taille), autour de 0.06 (effet de taille moyenne), autour de 0.14 et plus (effet de grande taille), **CI** = intervalle de confiance

Test Q : utilisé pour éliminer des valeurs aberrantes d'une série de données, **PRISMA** = Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses,

CMA = Comprehensive Meta-Analysis , **SSP** = Strange Situation Procedure , **OR** = odds ratio, **AQS** = attachment Q-Sort,

7) Articulations des résultats

Dans le but d'avoir une vision d'ensemble des résultats, ces derniers ont été regroupés en différentes sections, articulés les uns avec les autres, puis comparés et confrontés. Ainsi, les résultats concernant la corrélation entre la dépression post-partum et le lien mère-enfant seront groupés et les variables agissant dans ce lien seront également analysées. Dans un deuxième temps, ce sont les résultats concernant la corrélation entre dépression post-partum et attachement qui seront au centre de l'analyse.

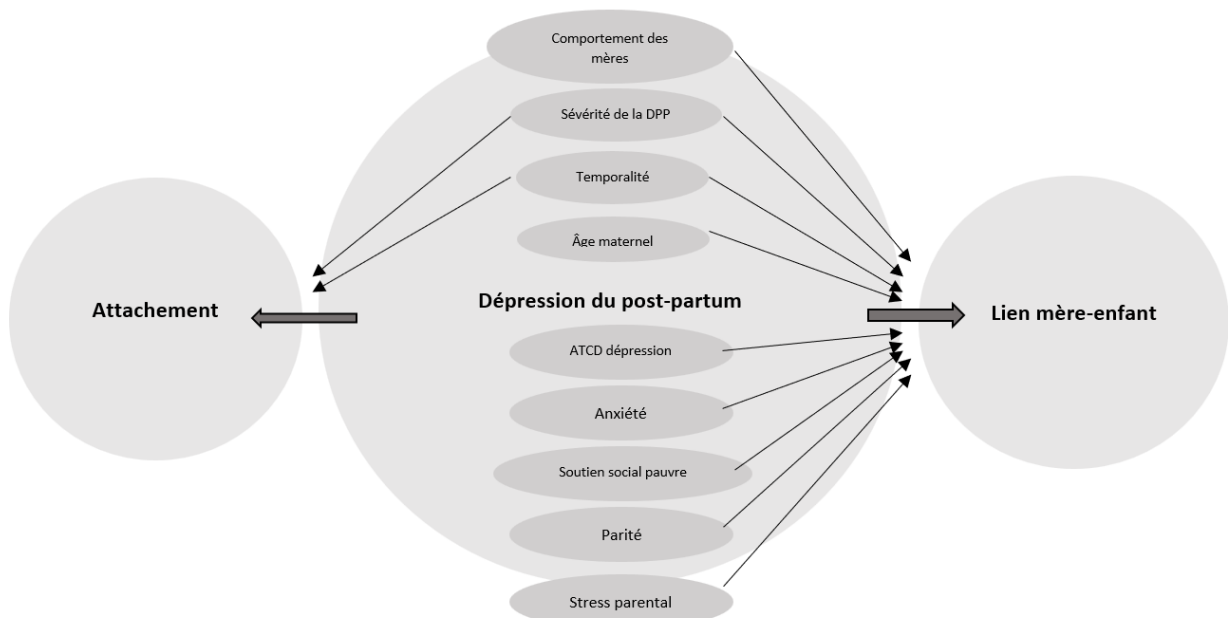


Schéma 4 : *Corrélations entre dépression post-partum - attachement et dépression post-partum - lien mère-enfant avec les différentes variables agissant au sein de celle-ci (vision en graphe orienté acyclique)*

7.1 Corrélation entre la dépression du post-partum et le lien mère-enfant

L'ensemble des 5 études analysées dans ce travail décrit un lien entre la dépression du post-partum et le lien mère-enfant. Motegi et al. (2020), décrit une association significative des scores de dépression (HADS-D) et du lien mère-enfant. Badr et al. (2018) également, qui montre que lors de dépression modérée ou sévère, la dépression a un impact significatif sur le lien mère-enfant ($p=0.02$). Ainsi que Reck et al. (2016), qui mentionnent que les femmes souffrant de dépression aiguë ont un lien mère-enfant de moins bonne qualité.

Dans la revue de littérature présentée par Slomian et al. (2019), les auteurs décrivent une corrélation significative entre les scores de bonding (PBQ et MIBS) et les scores de dépression (EPDS) ($p<0.001$), ils vont plus loin en montrant que même les symptômes dépressifs au cours du post-partum seraient associés à un développement du lien mère-enfant de moins bonne qualité.

7.1.1 Impact de la sévérité de la dépression du post-partum sur le lien mère-enfant

Plusieurs résultats des articles étudiés portent sur la sévérité de la dépression post-partum en relation avec le lien mère-enfant. Badr et al. (2018), utilisant le BDI-II afin de mesurer la sévérité de la dépression post-partum, montre que la dépression impacte significativement le lien mère-enfant chez les mères modérément ainsi que chez les mères sévèrement dépressives ($p=0.02$). Cependant, la sévérité de la dépression est difficilement mesurable en utilisant uniquement l'EPDS, rappelons ici qu'un score supérieur à 13 sur l'échelle EPDS montre une probable dépression et de plus, d'intensité variable. L'étude de Slomian et al., a ainsi montré que les femmes ayant un score de plus de 13 sur l'échelle EPDS à 4 semaines de post-partum étaient quatre fois plus susceptibles de développer un lien de bonding faible que les femmes scorant moins de 13 (Slomian et al., 2019). Selon le même auteur, même les symptômes dépressifs faibles ou non diagnostiqués auraient un impact significatif sur le lien mère-enfant s'ils se produisent durant les 4 premiers mois de vie de l'enfant (Slomian et al., 2019). La sévérité de la dépression du post partum ne semble donc pas moduler l'impact négatif de la dépression post-partum sur le lien mère-enfant. Mais ce dernier résultat montre qu'une notion de temporalité entre en compte dans la modulation de l'impact.

7.1.2 Une notion de temporalité: La durée de rémission et les premiers mois de vie de l'enfant comme modulateurs de l'impact de la dépression du post-partum sur le lien mère-enfant

Le dernier résultat présenté montre que les premiers mois de vie de l'enfant semblent être prédictifs. D'ailleurs, dans l'article de Slomian et al. (2019), il a été montré par une étude que les effets négatifs de la dépression post-partum ne s'observent que durant les premiers mois, alors que les résultats de Reck et al. (2016) montrent que même après rémission, les femmes ayant souffert de dépression post-partum aiguë diffèrent toujours significativement du groupe contrôle même si le lien émotionnel envers leur enfant est amélioré. A noter que la période de rémission peu varier d'une femme à l'autre; l'auteur ne fait pas mention d'une moyenne concernant cette période.

7.1.3 Autres variables agissant sur le lien entre la dépression du post-partum et lien mère-enfant

Selon certains auteurs, différentes variables agissent sur le lien entre la dépression post-partum et le lien mère-enfant. Badr et al. (2018), mentionne que l'âge maternel, les antécédents de dépression et la perception d'un soutien social pauvre interviennent dans l'association existante entre la dépression post-partum et le lien mère-enfant. Un antécédent de dépression et un haut soutien social semblent avoir un plus fort impact sur le lien entre la mère et l'enfant dans les cultures non-occidentales. Cependant, selon l'auteur, lorsque ces variables sont prises en compte, l'impact de la dépression post-partum sur le lien mère-enfant n'est plus significatif.

Dans l'étude de Motegi et al. (2020), d'autres variables semblent avoir un impact sur la relation entre dépression post-partum et lien mère-enfant, tels que: l'anxiété et la parité. L'auteur montre une corrélation significative entre les scores liés à la dépression et à l'anxiété ainsi que la parité et les scores du lien mère-enfant. Ainsi, les scores de lien mère-enfant (MIBS) ainsi que les scores de dépression (HADS-D) sont significativement plus élevés (fois 1.8 pour MIBS et fois 1,09 pour HADS-D) chez les primipares que chez les multipares à 1 mois post-partum.

L'étude de Reck et al. (2016)., présente une dernière variable agissant sur la relation entre dépression post-partum et lien mère-enfant: Le stress parental. L'auteur montre que les femmes avec une dépression aiguë ont significativement plus de stress parental et un lien mère-enfant considéré comme de moins bonne qualité. Le lien mère-enfant semble modérer partiellement les effets négatifs de la dépression post-partum concernant le stress parental. Ici la relation est différente, ce serait le lien mère-enfant qui agirait sur la dépression du post-partum.

7.1.4 Effets de la dépression du post-partum sur le comportement des mères dans le lien mère-enfant

Dans l'une des études présentées par Slomian et al. (2019), les mères avec des symptômes dépressifs montrent moins de proximité, sont moins chaleureuses, moins sensibles aux signaux de leur enfant, se sentent moins en harmonie avec leur enfant et ont plus de difficultés dans la relation pendant la 1ère année de vie de l'enfant. Le comportement des mères lors de symptômes dépressifs pourrait être une explication potentielle à la perturbation du lien mère-enfant, de plus cette observation s'inscrit dans la lignée des résultats précédents, à savoir que les premiers mois de la vie de l'enfant sont prédictifs dans la construction du lien. Cette observation n'a pas été décrite dans les autres articles.

7.2 Effets de la dépression du post-partum sur l'attachement

Certaines études se sont penchées sur le développement de l'attachement. Slomian et al. (2019), semblent montrer que les mères et les enfants de mères chroniquement dépressives sont plus susceptibles de développer un attachement insécure. Mêmes résultats pour Barnes et Theule (2019) qui décrivent dans l'analyse de 16 études un taux d'attachement insécure chez les enfants de mères dépressives de 20% de plus que dans la population clinique ($p < 0.001$). Un résultat contradictoire avec la présentation de deux autres articles dans la même étude de Barnes et Theule (2019), qui rapportent que les enfants de mères dépressives n'ont pas significativement de plus haut taux d'attachement insécure que ceux de mères non dépressives ($p = .060$). A noter que les résultats contradictoires de Barnes et Theule (2019) peuvent être liés à des variables telles que la culture, la méthodologie, l'âge des patientes ou les outils utilisés pour mesurer la dépression post-partum ou l'attachement.

L'étude de Slomian et al. (2019) semble cependant apporter une explication potentielle

face à cette contradiction. Ils décrivent que l'attachement des enfants de mères brièvement dépressives ne différerait pas par rapport aux enfants de mères non dépressives. La durée de la dépression semble donc moduler les effets de la dépression post-partum sur l'attachement. Ainsi, selon les résultats de Slomian et al. (2019), les mères et les enfants de mères chroniquement dépressives seraient trois fois plus susceptibles de développer un attachement insécuré que les mères non dépressives.

Concernant les variables prédictives d'un attachement insécuré, on trouve la dépression précoce. Cependant, quand d'autres variables sont prises en compte telles que la sensibilité maternelle, la qualité du lien mère-enfant reste importante mais la dépression n'est plus prédictive (Slomian et al., 2019). Par cette dernière observation, nous pouvons voir à quel point il est difficile de dissocier l'attachement du lien mère-enfant. La sévérité de la dépression semble donc avoir un impact sur le développement de l'attachement mère-enfant.

8) Analyse critique

Ce travail réunit en ses pages des articles portant sur une même problématique, pourtant ces derniers sont hétérogènes dans leur design, origine et contexte.

Concernant leur design, sur les cinq articles, deux sont des revues de la littérature avec une grande taille d'effet: respectivement 42 et 122 articles analysés. Les trois autres articles sont des études transversales et de cohorte. Les études sont adaptées en leur design par rapport à la problématique, présentent leur méthodologie et permettent de présenter des résultats quantifiables.

Les résultats présentés dans ce travail proviennent de diverses régions du monde. Trois études sont centrées respectivement au Liban, au Japon et en Allemagne, les 2 autres articles regroupent des résultats provenant des USA, d'Europe, Asie, Australie, Nouvelle-Zélande, Afrique, Canada, Grande-Bretagne, Suède, France, Suisse, Pays-Bas.

Les différentes études utilisent des outils de mesure différents afin d'évaluer le lien mère-enfant. Pour la dépression post-partum nous retrouvons: l'EPDS, BDI, HADS, CES-D, CIDI-SF, DSM-IV, ICD-X, MINI, SCID-I. Pour le lien mère-enfant nous trouvons le MIBS et PBQ. Certains de ces questionnaires utilisent des seuils diagnostics alors que d'autres sont des questionnaires auto-déclaratifs.

Concernant la méthodologie des études, dans leur article, Barnes et Theule (2019) abordent la dépression post-partum dans une période allant de 12 à 36 mois après l'accouchement alors que la dépression post-partum, selon la définition présentée dans le cadre de référence (cf. pages 17-23) s'inscrit dans une période allant de 4 semaines à une année après l'accouchement.

Dans l'article de Badr et al. (2018), l'EPDS est pratiquée, lors du Temps 1, à 2-3 jours de post-partum, alors que l'EPDS (pour le diagnostic d'une dépression du post-partum) devrait être réalisée au plus tôt après 1 semaine de post-partum, puisque ses questions portent sur les 7 derniers jours de la vie de la patiente.

Dans l'article de Motegi et al. (2020), les auteurs décrivent des mesures de la dépression et du lien mère-enfant faites à 12-15 SA, 30-34 SA, 4 semaines PP, alors que les résultats eux concernent uniquement la période du post-partum. Les auteurs se sont donc penchés sur la dépression anté-partum et post-partum.

9) Discussion

L'objectif de ce travail était d'observer les associations bidirectionnelles entre la dépression du post-partum et l'attachement parent-enfant (cf tableau 16). Les résultats tirés des articles analysés semblent montrer des associations unidirectionnelles dans les articles analysés. Les résultats semblent montrer que la dépression post-partum impact significativement et négativement le lien mère-enfant ainsi que l'attachement mère-enfant. Ils montrent également que lorsque d'autres variables sont prises en compte, l'impact est modulé. Intéressons-nous maintenant à ce que présente la littérature sur les différents résultats tirés de notre travail afin d'avoir une vision plus précise du tableau scientifique présent actuellement.

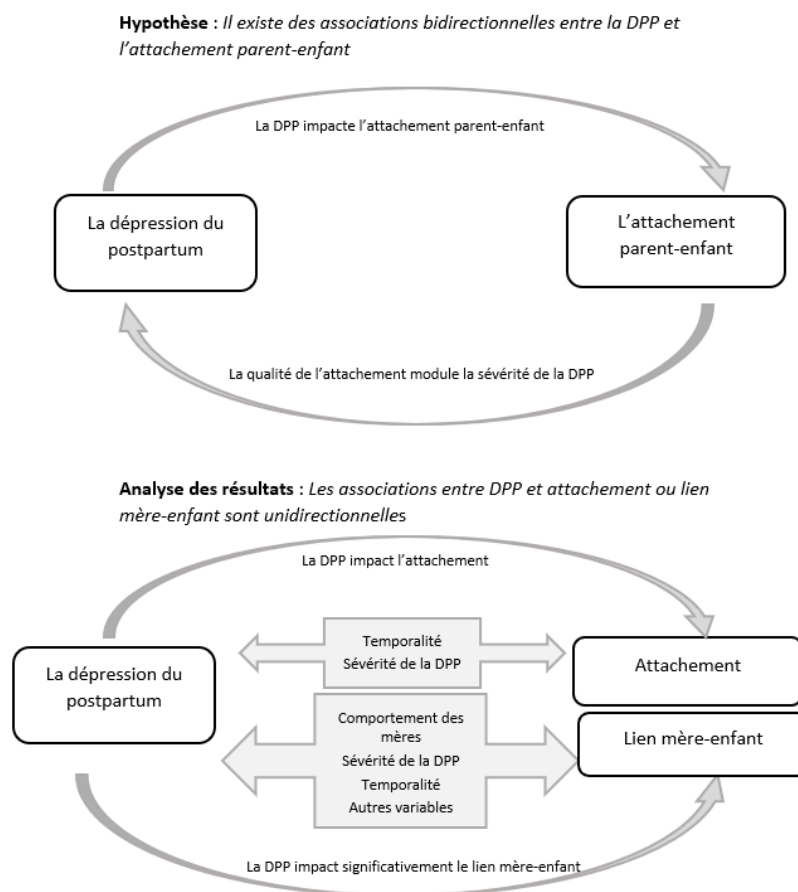


Schéma 5: schéma du processus d'analyse de direction des associations entre dépression post-partum, lien mère-enfant et attachement mère-enfant

9.1. Corrélation entre la dépression du post-partum et le lien mère-enfant

Selon nos articles, la dépression post-partum semble être associée négativement et significativement à la qualité du lien mère-enfant, cependant, selon Motegi et al. (2020), d'autres études n'ont pas montré de lien significatif entre les symptômes dépressifs et le lien mère-enfant

par rapport à la dépression. Tietz et al. (2014), montrent que les symptômes dépressifs subcliniques n'expliquent que 27% de la variabilité dans le lien mère-enfant. Une étude polonaise réalisée en 2020 sur 150 femmes, montre que le niveau de stress maternel, l'anxiété des mères ainsi que les symptômes dépressifs au cours du post-partum étaient significativement corrélés avec le lien mère-enfant (Lutkiewicz et al., 2020). Les résultats sont similaires pour Edhborg et al. (2011), qui montrent que les mères avec des symptômes dépressifs montrent un lien émotionnel avec leur enfant plus faible à 2-3 mois PP. Les incohérences de ces résultats pourraient être dues à l'échantillon, l'ethnie, la durée de la période post-partum et les outils utilisés dans les différentes études. Une autre étude observant les liens entre la dépression et l'anxiété durant le prénatal et le post-partum et le lien mère-enfant conclut qu'il existe un lien négatif entre la présence de la dépression pendant le post-partum et le lien mère-enfant ($r=0.221$, $p=0.001$). Les auteurs vont plus loin en mentionnant que lorsque l'attachement prénatal augmente, la qualité du lien mère-enfant au post-partum est aussi augmentée (Daglar et Nur, 2018). La littérature actuelle semble donc montrer une corrélation significative et même un impact négatif de la dépression post-partum sur le lien mère-enfant.

9.1.1 Impact de la sévérité de la dépression post-partum sur le lien mère-enfant

Notre travail semble montrer que la sévérité de la dépression a un impact sur le lien mère-enfant. Moehler et al. (2006), semblent avoir les mêmes résultats que Slomian et al. (2019), à savoir que même les symptômes dépressifs faibles ou sous diagnostiqués avaient un impact significatif sur le lien mère-enfant s'ils survenaient durant les 4 premiers mois du PP.

Une autre étude publiée en 2021, montre que les femmes à risque de développer une dépression post-partum et les femmes souffrant d'une dépression post-partum présentaient un lien mère-enfant de moins bonne qualité que le groupe contrôle ($p=.03$) ($p=.001$) (Hare et al., 2021). Une étude réalisée aux Pays-Bas sur 793 participantes indique que pour chaque point additionnel sur l'échelle de dépression (EPDS), les femmes étaient une fois et demie plus susceptibles d'avoir une impression de lien mère-enfant faible (Cuijilts et al., 2019).

9.1.2 Une notion de temporalité: La durée de rémission et les premiers mois de vie de l'enfant comme modulateurs de l'impact de la dépression du post-partum sur le lien mère-enfant

Les résultats présentés dans ce travail sont discordants sur la notion de temporalité dans le lien entre dépression post-partum et lien mère-enfant. De manière générale, le lien mère-enfant semble augmenter au cours du post-partum (Reck et al., 2016) (Cuijilts et al., 2019), avec une stabilité vers quatre mois (Moehler et al., 2006). Les auteurs de l'étude Moehler et al. (2006), montrent également que les symptômes dépressifs à deux semaines, six semaines et quatre mois du PP étaient fortement liés à une qualité de lien mère-enfant plus faible, ce qui n'était pas le cas pour les résultats à 14 mois de PP. Ces différences dans le post-partum pourraient être

dues à une vision de l'attachement totalement troublée par les symptômes dépressifs chez les mères à 14 mois de PP (Moehler et al., 2006). Les mêmes auteurs ont également observé que le lien mère-enfant à six mois était le plus fortement impacté par la dépression post-partum.

Sur un autre sujet, une revue de littérature portant sur la plasticité cérébrale des mères pendant le PP, montre que chez les primipares, durant la grossesse, ont lieu des changements dans la matière grise du cerveau, au niveau du cortex qui durent jusqu'à deux ans dans le PP (Barba-Müller et al., 2019). La grossesse à elle seule a un impact sur le cerveau, nous pouvons donc nous demander à quel point la dépression post-partum s'inscrit dans les réponses cérébrales des mères et quel est l'impact à long terme de ces changements ? Il existe peu de résultats sur les conséquences de la dépression post-partum sur le lien mère-enfant à long terme et d'autres études devraient donc être menées.

9.1.3 Autres variables agissant sur le lien entre dépression post-partum et lien mère-enfant

Notre travail présente également des variables qui semblent avoir un impact dans la relation entre dépression post-partum et lien mère-enfant telles que : la parité, le soutien social, les antécédents de dépression et le stress parental.

Dans une étude de 2017, tentant d'évaluer l'impact du soutien social comme facteur protecteur de la dépression post-partum et des difficultés d'attachement, les auteurs mentionnent que le nombre de personnes capables de prodiguer un soutien social et le niveau de satisfaction perçu dans ce soutien prodigué pendant la grossesse avait une influence conséquente sur les troubles du lien mère-enfant et la survenue de dépression post-partum (Ohara et al., 2017). Cette même étude montre que seulement le nombre de personnes impliquées dans le soutien social était déjà un facteur prédicteur des difficultés dans le lien mère-enfant et possiblement de la dépression post-partum. Une autre étude ayant observé le soutien du conjoint, montre que ce soutien avait des effets significatifs et directs sur la dépression post-partum et le lien mère-enfant (Adil et al., 2021). Cependant, le soutien du conjoint perçu lors de dépression post-partum chez les mères n'avait pas d'effet significatif direct sur le lien mère-enfant (Adil et al., 2021). Edhborg et al. (2011) ont aussi observé que les symptômes dépressifs associés à la naissance d'une fille étaient négativement corrélés avec le lien mère-enfant. Ainsi, même le sexe de l'enfant aurait un impact.

Concernant le stress parental, une étude polonaise a mis en évidence des associations positives et importantes entre le lien mère-enfant, le stress vécu par les mères et les symptômes dépressifs au post-partum (Lutkiewicz et al., 2020). Pas d'autres études ne montrent l'effet tampon du lien mère-enfant sur l'association entre dépression post-partum et stress parental, n'ont été trouvées. Les résultats décrits par Reck et al. (2016) peuvent donc difficilement être discutés. En observant ces résultats, nous pourrions nous demander si d'autres variables peuvent interférer dans la relation entre dépression post-partum et le lien mère-enfant telles que :

le vécu de l'accouchement, le terme de l'accouchement, le milieu socio-économique, l'âge, etc... D'autres études devraient donc être menées.

Dans les différents articles, il a été observé que les facteurs associés à la dépression du post-partum sont: des complications pendant la grossesse, de mauvaises relations maritales, la primiparité, un soutien social bas, une admission de l'enfant en néonatalogie ainsi qu'un antécédent de dépression (Reck et al., 2016) (Motegi et al., 2020). Aussi, les facteurs associés au lien mère-enfant sont l'âge maternel, un antécédent de dépression et le soutien social (Badr et al., 2018), un niveau d'éducation faible, le fait d'être sans emploi ou célibataires (Slomian et al., 2019). Le lien mère-enfant est significativement plus élevé chez les primipares (Motegi et al., 2020).

Ce sont des facteurs prédicteurs des deux variables indépendamment l'une de l'autre, mais ces variables pourraient-elles impacter le lien existant entre la dépression post-partum et le lien mère-enfant? Nous observons donc que ces liens bidirectionnels entre la dépression post-partum et le lien mère-enfant sont multifactoriels, d'autres études devraient donc être menées afin d'envisager un tableau plus précis qui pourraient renseigner sur d'éventuels facteurs de risque pour un dérèglement de la santé mentale des mères, simultanément à un trouble du lien mère-enfant.

9.1.4 Effets de la dépression du post-partum sur le comportement des mères dans le lien mère-enfant

Les résultats tirés de ce travail montrent un changement de comportement envers leur enfant chez les mères atteintes de dépression. La littérature semble souvent reporter que les mères atteintes d'une dépression sont moins sensibles aux interactions de leur enfant, sont moins positives, ont des comportements plus intrusifs ou alors au contraire sont dans le retrait de la relation (Field, 2010) (Diego et al. 2006) (Tronick et Reck, 2009). Une autre étude portant sur l'identification des métaphores utilisées chez les mères pour décrire les interactions avec leur enfant, conclut que le langage des mères envers leur enfant change lorsqu'elles sont atteintes de dépression. Des métaphores ont été identifiées montrant un langage plus négatif (Beck, 2020). Ces résultats, bien que non directement en lien avec notre question de recherche initiale, montrent le changement que peut avoir la dépression post-partum sur le comportement des mères, et ainsi supposément sur le lien qu'elles entretiennent avec leur enfant.

9.2. Effets de la dépression post-partum sur l'attachement

Les articles analysés dans ce travail montrent que les mères et les enfants de mères dépressives sont plus à risque de développer un attachement insécure que la population générale. Ce risque semble être significatif que lorsque les mères étaient atteintes d'une dépression aiguë. D'autres études montrent des résultats similaires : ainsi, Ikeda et al. (2014),

montre que parmi 76 femmes un attachement insécure étaient significativement corrélé avec la dépression, avec une prévalence plus grande pour les styles “anxieux” et “évitant”. Une autre étude, montre que les styles insécures d’attachement sont associés à des difficultés dans l’attachement et que la dépression post-partum semble moduler cet impact (S.Hairston et al., 2018). Le style évitant quant à lui serait associé à plus de rejet et de colère envers l’enfant (S.Hairston et al., 2018).

La qualité de l’attachement des mères semble donc être un facteur de risque dans la survenue de la dépression post-partum et cette dernière impacte l’attachement chez les enfants de mères atteintes de dépression post-partum. Cet impact pourrait-il se répercuter sur ces enfants lorsqu’eux-mêmes seront parents? D’autres études devraient être menées afin d’évaluer ce phénomène. Par exemple, une étude menée chez les enfants une fois adulte de mères étudiées pour dépression post-partum, lors de leur propre grossesse.

9.3 Du côté des pères, co-parents et partenaires

Depuis 2015, l’OMS invite les sages-femmes du monde entier à intégrer les pères (OMS, 2017) afin de favoriser une santé maternelle et infantile. Les soignants reconnaissent leur rôle de soutien à la famille mais il existe cependant peu d’interventions pour les soutenir directement, contrairement aux interventions ciblant les mères (Boccon-Gibaud & Guerin, 2018).

Ce travail avait pour objectif d’évaluer l’impact de la dépression post-partum sur l’attachement parent-enfant. Malheureusement, peu d’études ont été publiées sur les co-parents et les articles analysés dans ce travail portent uniquement sur les mères. Ce manque d’étude peut probablement être expliqué par le fait que la dépression post-partum paternelle est plus difficile à diagnostiquer, du fait qu’elle présente un développement plus insidieux, des symptômes moins évidents, et une survenue plus tardive (dans la première année du post-partum) (Musser et al, 2013). Nous nous sommes cependant intéressées à ce que la littérature proposait à ce sujet afin d’avoir un portrait global des associations existantes entre la dépression post-partum et le lien parent-enfant dans la triade familiale. Une étude transversale récente, publiée en 2023, sur 612 pères d’enfants de 0-24 mois reporte que les pères présentant une dépression du post-partum présentent des niveaux plus élevés de difficultés dans le lien père-enfant, plus de rejet, de colère et d’anxiété (Wells & Jeon, 2023). Selon Pérez C. & Brahm M., (2017), les pères souffrant d’une dépression post-partum montrent plus de difficultés dans la relation avec leur enfant et sont plus à risque de développer un attachement insécure que les pères dans la population générale.

Comme chez les mères, d’autres variables semblent influencer l’association entre dépression post-partum et lien parent-enfant. Selon Wells et Jeon (2023), la relation de co-parentage est un médiateur de la sévérité des symptômes dépressifs ainsi que des effets de la dépression post-partum sur le lien père-enfant. Ainsi, une bonne relation de co-parentage semble

améliorer les effets de la dépression post-partum sur le lien père-enfant, le rejet, la colère et l'anxiété. Aussi, quand les pères présentent des symptômes de dépression, ils rapportent aussi une relation de co-parentage plus faible. Outre la relation au sein du couple, le soutien social semble également être médiateur de la dépression post-partum paternelle de la même façon que chez les mères (Musser et al., 2013). Il existe donc des interactions impactant la dépression post-partum au sein du couple et de l'environnement social, nous pouvons donc nous demander si la présence d'une dépression chez l'un ou l'autre des parents influe sur l'état mental du co-parent. Dans la littérature actuelle, la dépression maternelle semble être le facteur prédictif le plus fort de la dépression paternelle (Musser et al., 2013) (Pérez C. & Brahm M., 2017). Ainsi, l'incidence de la dépression du post-partum chez les pères passe de 1.2%-25% dans la population générale à 24% - 50% chez les pères dont les compagnes présentent elles-même une dépression post-partum (Musser et al., 2013).

La présence de dépression post-partum chez la mère ou chez le co-parent impact le lien parent-enfant, on observe aussi que lorsque les deux parents souffrent de dépression post-partum, les risques parentaux et infantiles liés à l'attachement sont d'autant plus affectés et les risques augmentent (Musser et al., 2013). Cela est expliqué par le fait que l'autre parent ne peut plus exercer un "effet tampon" sur les effets de la dépression post-partum sur la triade (Musser et al., 2013).

Ces résultats indiquent que la dépression post-partum paternelle a également un effet sur le lien père-enfant. D'autres études devraient être menées afin d'appréhender ces effets avec plus de précisions, d'observer les mécanismes en jeux dans le lien père-enfant et de mieux comprendre la dépression post-partum chez le co-parent. Les effets de la dépression post-partum sur la famille et sur le couple nous montre l'importance de prendre en charge la triade familiale et de dépister la dépression post-partum chez les deux parents.

Ce travail souhaitait étudier le lien parent-enfant, notamment car les couples hétérosexuels ne constituent pas le seul modèle familial. Les couples trans, non-binaires, homosexuels ainsi que les troupes, familles arc-en-ciel font eux-aussi partie des futurs parents. D'autres études avec ces populations permettraient de savoir si les résultats peuvent être transposés aux familles LGBTQIA+. Il est difficile de trouver des études sur la problématique de ce travail dans la population LGBTQIA+, cependant, ces parents sont touchés également par la thématique de la dépression périnatale (Howat et al., 2023, Kirubarajan, 2022) donc il est important que les études puissent les prendre en compte, afin que les professionnels puissent avoir des connaissances et des outils pour les accompagner pendant la période périnatale.

9.4 Forces et limites de la présente revue

Forces

La méthodologie utilisée a permis la sélection d'articles, récents et ciblés sur la question de recherche. Ce travail s'inscrit dans la continuité d'autres travaux étudiant les associations entre la dépression du post-partum et l'attachement mère-enfant. Les résultats observés se retrouvent dans la littérature générale. Cette revue met en évidence les interactions entre la dépression du post-partum, le lien mère-enfant et le stress parental, permettant d'observer un aspect multifactoriel des associations entre la dépression post-partum et le lien mère-enfant et l'attachement. Elle apporte une vision plus globale des associations entre la dépression du post-partum et l'attachement mère-enfant afin de comprendre plus largement ce qui peut influencer sur les deux thématiques, telles que les facteurs associés.

Cette revue de littérature soulève le fait que peu d'études investiguent l'association entre la dépression post-partum et le lien parent-enfant au sens large et actuel du terme, c'est-à-dire en incluant le ou la partenaire ou le co-parent.

Ce travail réunit divers types d'études dont deux revues de littérature avec une grande taille d'effet, deux études de cohorte et une étude transversale.

Limites

À l'abord de ce travail, nous voulions étudier le lien entre la dépression post-partum et le lien parent-enfant. Cette étude n'a donc pas pu être atteinte du fait du manque d'études publiées sur le co-parent. Ce travail n'analyse que cinq articles provenant de la littérature scientifique, il est donc difficile de tirer des conclusions. Aussi, un de nos articles a été écrit il y a plus de cinq ans, ce qui peut faire douter de l'actualité de tous nos résultats.

Dû à un problème de définition et traduction entre attachement et lien-mère enfant, les articles réunis parlent majoritairement de lien mère-enfant et non d'attachement à proprement parler.

Les résultats présentés dans cet article proviennent de divers pays. Nous pouvons donc nous demander si ces résultats permettent une généralisation au contexte Suisse.

Des outils différents en leur forme et procédure furent utilisés dans chacun des articles, afin de mesurer la dépression post-partum, le lien mère-enfant et l'attachement, cette diversité pourrait avoir un impact sur les résultats présentés dans ce travail.

De plus, une des limites de ce travail est qu'il est centré sur la dépression post-partum et non périnatale. La dépression post-partum est définie pouvant aller jusqu'à une année après la naissance. Si l'on ne prend pas en compte la dépression parentale qui survient au-delà ou qui est diagnostiquée au-delà, la présente étude ne perd-elle pas en pertinence ? De plus, la dépression prénatale est tout aussi importante, elle pourrait de même que la DPP avoir un impact

au cours du post-partum.. Le burn-out parental est lui aussi encore un diagnostic différentiel tout aussi crucial notamment lié à ses répercussions sur la famille entière.

Dans un premier temps, nous voulions étudier le maternage proximal afin d'étudier les retentissements que cette façon de parenter pouvaient instaurer dans le lien parent-enfant et également sur des composantes de santé mentale. Il s'avère cependant qu'il existe peu d'études sur l'ensemble des pratiques proximales réunies comme elles ont été théorisées. Il est possible que la complexité d'étudier cette philosophie de parentage du point de vue méthodologique et en termes d'adhérence des participants, ait contribué à cette absence de littérature.

10) Retour dans la pratique

Par les résultats présentés, ce travail met en lumière plusieurs aspects importants de la prise en charge des familles touchées par la dépression du post-partum, notamment : l'importance du dépistage des symptômes dépressifs, la prévention et la mise en place du soutien social, la nécessité de prendre en charge la triade familiale, l'importance de la prise en compte d'autre variables agissant sur la dépression post-partum et le lien mère-enfant dans un modèle multifactoriel. Ainsi au vu des résultats, nous pouvons appréhender l'importance d'agir en amont sur la dépression post-partum afin de favoriser un climat propice à la création de l'attachement.

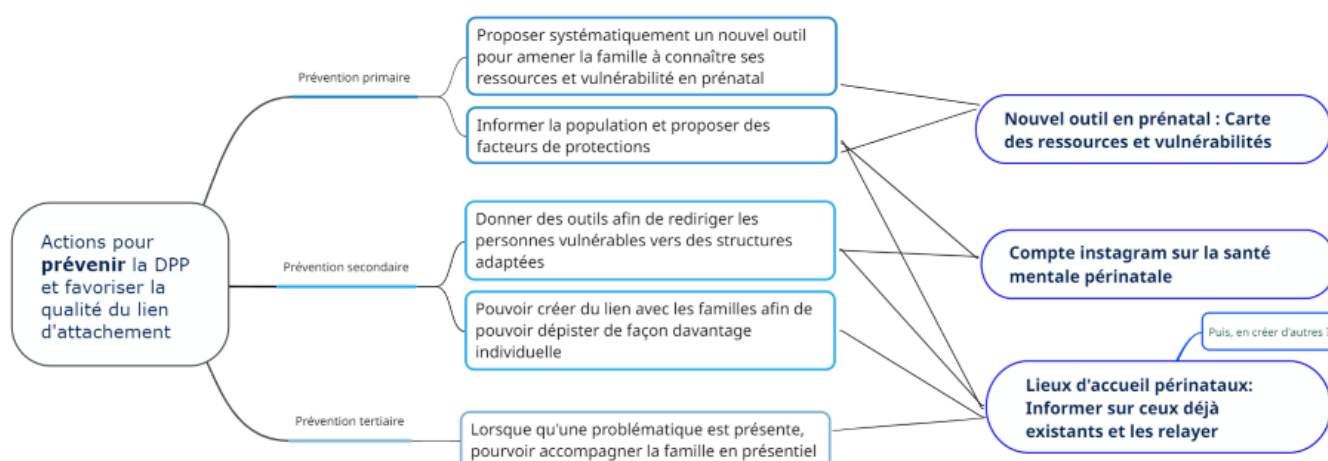


Schéma 6: actions projetées autour de la dépression post-partum afin de favoriser un climat propice à la création de l'attachement

Pour appréhender une transposition des résultats dans notre pratique professionnelle, nous allons confronter les résultats au contexte actuel suisse périnatal. Puis, nous aborderons l'idée d'individualiser l'accompagnement à la parentalité avec un nouvel outil. Nous allons explorer les interventions déjà mises en place qui ont pu être évaluées et nous allons présenter un lieu de rencontre optimal pour faire de la prévention et pour accompagner les familles. Nous terminerons en proposant un outil digital qui permette de sensibiliser les familles aux notions précédentes.

10.1 Pratique en Suisse

La pratique actuelle en Suisse, au sein des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG - 1ère maternité de Suisse) investit le sujet de la dépression post-partum afin de la prévenir auprès des couples (HUG, 2021). De la même manière, le service de néonatalogie des HUG a mis en place BBVision, un système de caméra qui permet aux parents séparés de leur enfant de pouvoir garder un visuel de celui-ci, filmé en néonatalogie afin de "favoriser le processus d'attachement" (HUG, 2022). Le dépistage de la dépression post-partum est également régulièrement fait dans la pratique de sage-femme indépendante, à l'aide de l'EPDS. Dans la cadre de formation des

sages-femmes, notamment à la HEdS à Genève, plusieurs cours sont donnés sur la problématique de la dépression post-partum et de l'attachement afin de sensibiliser les futures sages-femmes, leur donner les connaissances nécessaires au dépistage de la dépression post-partum et des problématiques d'attachement et les former dans la communication autour des problématiques de santé mentale. On peut donc constater, du moins au sein des soins périnataux en Suisse romande, que les pratiques actuelles sont cohérentes avec les résultats. Et pourtant, le tabou autour de la santé mentale existe toujours (Biaggio, 2022), certaines familles sont isolées (Barkovic, 2022) et la dépression post-partum effraye toujours autant (*Le baby blues et la dépression post-partum*, 2023). Dans les sections suivantes, nous aborderons, la mise en place d'actions sage-femme autour de la dépression post-partum et de l'attachement.

10.2 Remettre le couple au centre d'une prise en charge individualisée

A l'abord de ce travail, une de nos premières questions était : "Il y a mille manières d'être parents, mais existe-t-il une façon d'être en relation avec son enfant qui puisse prévenir la dépression post-partum, elle qui constitue une menace omniprésente dans le chemin de l'accès à la parentalité ?" Nous pensions aux pratiques de maternage proximal. Nous souhaitions voir ce que la littérature proposait à ce sujet afin de pouvoir nous asseoir sur des connaissances scientifiques pour promouvoir ces pratiques déjà connues individuellement, mais rarement proposées ensemble. Nous pensions aux pratiques de maternage proximales comme approche centrée sur l'attachement parent-enfant, permettant de diminuer les symptômes d'une dépression post-partum.

Des modèles de psychothérapie centrée sur le lien mère-enfant existent. Par exemple: la psychothérapie centrée sur la parentalité PCP, développée à Genève (Pellet & Nanzer, 2014). Ce modèle se veut agir sur les représentations des mères à l'égard de leur enfant, des représentations, qui nous l'avons vu dans les résultats, sont plus négatives lors de dépression post-partum. Il se base sur deux axes : 1. identifier et interpréter les contenus fantasmatiques des parents problématiques et responsables des difficultés dans le lien parent-enfant. 2. Observer, comprendre, et interpréter les interactions conflictuelles mettant en scène les contenus fantasmatiques (Pellet & Nanzer, 2014).

Mais ce type d'approche ne relève pas tout à fait du rôle de la sage-femme, à moins qu'elle soit spécialisée en psychothérapie. Revenons un instant sur le rôle professionnel de la sage femme. La sage-femme dans son rôle professionnel, noue des liens avec la femme et le couple, elle les guide dans la prise de décision concernant la période périnatale, elle collabore avec d'autres professionnels de santé lorsque la prise en charge sort de son champ de compétence, fournit des soins adaptés aux familles, répond aux besoins psychologiques, physiques, émotionnel et spirituel des femmes et est un modèle en matière de prévention et promotion de la santé sociaux. (ICM, 2017) Elle est présente à l'aube de l'installation de la

parentalité alors celle-ci doit pouvoir les conseiller de façon professionnelle pour pouvoir les guider dans les pratiques qui leur ressemblent et qui sont salutaires.

Ce travail nous a fait voyagé au coeur du rôle sage-femme. C'est grâce à un échange avec Sabine Cerutti que nous avons terminé nos réflexions en nous projetant en tant que futures professionnelles, avec une question: Comment voulons-nous accompagner les couples ? en présentant des pratiques telle une marche à suivre pour accéder à une parentalité optimale ? ou en les accompagnant dans leur chemin vers une parentalité "suffisamment bonne" et adaptée à eux ? (Cerutti, 2023). Nous avons désormais une vision bien différente de la pratique autour de la dépression post-partum et du lien parent-enfant ou de l'attachement parent-enfant. La sage-femme est un guide, elle base sa pratique sur l'evidence based medicine, ainsi elle ne promeut pas de pratiques précises telles que les pratiques proximales, elle met cependant en garde contre les dangers potentiels et met en avant les avantages liés à certaines pratiques. Elle a à sa disposition diverses approches pour permettre aux couples de créer leur propre identité parentale dans laquelle ils se reconnaissent. La sage-femme est là pour dépister et rediriger, dans le cadre de la dépression post-partum ainsi que dans les difficultés d'attachement. Elle agit en amont des difficultés en faisant de la prévention, en favorisant le lien parent-enfant ou l'attachement parent-enfant et l'équilibre psychique des parents, en observant la triade et en collaborant avec les autres professionnels lors de difficultés ou de pathologie. Ce doit être le couple et la famille qui doivent être au centre de la prise en charge et nous avons axé nos actions sur la nécessité de créer du lien et d'agir en amont des difficultés. Dans la même philosophie d'accompagnement des couples, le suivi global des HUG, qui permet aux couples d'être suivi par un nombre restreint de sages-femmes (HUG, 2021) ainsi que l'entretien prénatal et de vécu d'accouchement (HUG, 2021) sont autant de rencontres possibles existant qui permettent au couple d'être davantage mis au centre de la prise en charge par les professionnels de santé pendant la période périnatale.

10.3 Agir durant le prénatal: un nouvel outil

Au vu des résultats susmentionnés, le dépistage paraît nécessaire, mais il n'est pas encore systématique. Il est pourtant recommandé par la HAS (Haute Autorité de Santé) depuis 2004. (HAS, 2020) De plus, cette dernière a mis en place l'obligation légale de dépister les femmes vulnérables grâce à l'introduction de l'entretien prénatal précoce (Tebeka et al., 2013). Dépister oui, cela est déjà effectué dans les pratiques sage-femme, mais pourrait-on aller plus loin? Une échelle est-elle vraiment sans faille ? Peut-on croire à une honnêteté de réponse indépendamment de la présence d'une relation de confiance entre la famille et le professionnel qui propose une échelle ? Bon nombre de parents parlent du post-partum comme d'une période de bouleversement intense, et bien qu'ils aient connaissance des signes de la dépression post-partum et de la limite, parfois mince, entre les émotions liées à l'arrivée d'un enfant et celles d'une dépression débutante, ils se sentent souvent peu outillés pour la prévenir.

Dans une médecine aujourd'hui se tournant de plus en plus vers la salutogenèse (Roy, 2013), nous nous sommes penchées sur un outil permettant de faire un état des lieux des vulnérabilités et des ressources des parents en prénatal, afin de leur donner les clés de leur propre prévention et afin de mieux les préparer à ce bouleversement intense qu'est l'arrivée d'un enfant. Des outils de dépistage en vue d'évaluer un risque existent déjà. Par exemple, une étude de 2022 sur l'utilisation du " Posttraumatic adjustment screen" avant le retour à maison des parents dont l'enfant était hospitalisé en soins intensifs a mis en avant la pertinence de l'outil afin de mieux accompagner les parents à risque de développer une dépression ou un stress post-traumatique en amont de l'apparition de celui-ci (Woolgar et al., 2022). La projet de santé publique française "1000 premiers jours" propose d'ailleurs en prévention de "faire le point sur ce que l'on ressent et pré et en post-natal" ainsi que de se préparer au post-partum. (*Le baby blues et la dépression post-partum*, 2023)

Dans le cadre de ce travail, le but serait de travailler avec le couple, sur leurs vulnérabilités afin de favoriser l'équilibre psychique.

L'outil "Carte des ressources et vulnérabilités" se base sur un modèle de prise en soin bio-psycho-sociale du couple, il est divisé en deux parties. Une première partie s'organisant sur huit sphères, permettant au parent de traverser ses propres dimensions bio-psycho-sociales et se questionner sur ses propres vulnérabilités et ses ressources. Une seconde partie dans laquelle le parent peut venir remplir dans chaque section, les vulnérabilités et les ressources identifiées, ainsi que des solutions adaptées pour faire face à leurs vulnérabilités (cf tableau 18 et annexe 9).

Nous imaginons que cet outil serait utilisé en préparation à la naissance et à la parentalité, surtout dans des cours individuels. Il ferait l'objet d'un échange de 45 minutes environ, afin de laisser l'espace aux deux parents de traverser l'outil et à la sage-femme de les guider. Cet échange aborderait notamment la période du post-partum, ses changements, ainsi que la thématique de la santé mentale. Il pourrait permettre à la sage-femme d'agir sur l'équilibre des parents afin qu'ils puissent, avant l'arrivée de l'enfant, mieux appréhender le post-partum et son bouleversement.

Tableau 14 : état des lieux des ressources et vulnérabilités, vision simplifiée de l'outil

les 8 sphères	les sections à remplir
<ul style="list-style-type: none">• Sphère sociale• Sphère spirituelle• Sphère du couple• Sphère du sommeil• Sphère de l'hygiène de vie• Sphère des loisirs• Sphère du travail• Sphère des émotions	<p>mes vulnérabilités</p> <p>mes ressources</p> <p>Y faire face durant mon post-partum</p>

Une étude contrôlée randomisée devrait cependant être menée afin d'évaluer la pertinence de l'outil. Cette démarche étudierait deux groupes de parents, un avec l'outil dans le cadre d'une préparation à la naissance, l'autre avec une préparation à la naissance classique, sur une période de 1 année environ, incluant la période de la grossesse et du post-partum. Des outils tels que l'EPDS, l'HADS et des entretiens de types qualitatifs permettraient d'évaluer la dépression et l'anxiété chez les deux groupes de parents.

Cet outil pourrait ne pas être adapté dans des contextes de pathologies mentales préexistantes ou de contexte social complexe.

10.4 Créer du lien

Le contexte de la santé en Suisse actuel a fortement été impacté par la pandémie de Covid-19 qui a frappé le monde depuis le 31 décembre 2019 (OMS, 2021). Le domaine de la périnatalité a également été grandement impacté comme le montrent certaines études sorties récemment. Une étude publiée en 2021, définit la période du Covid comme un "environnement de stress aigu" et d'éloignement social. Celle-ci a exploré, chez 833 femmes, les facteurs de risque et de résilience liés au Covid durant la période du post-partum (Kornfield et al., 2021). En effet, la détresse liée au Covid-19 prédirait une plus grande probabilité de survenue d'une dépression post-partum, mais la dépression post-partum resterait le seul facteur prédicteur des difficultés d'attachement (Kornfield et al., 2021). Une autre étude montre que pendant la pandémie, les femmes avaient à 65% plus de risque de montrer des symptômes dépressifs cliniquement significatifs, sans qu'il y ait une différence statistiquement significative dans les résultats concernant le lien mère-enfant (Layton et al., 2021). Dans une période où le lien social a été fortement perturbé voir rompu, des effets sur la santé psychique des mères sont désormais observés. Le covid s'estompe peu à peu, mais ses impacts auront-ils des conséquences à plus long terme pour les familles nées durant cette période ? Les nouvelles familles sont plus isolées

que jamais et c'est sur cet aspect là que se dirigent nos actions pour la pratique. Nous devons recréer du lien, mais dans quel contexte, quel lieu, à quel moment ? C'est ce que nous aborderons dans le prochain chapitre.

10.5 Interventions pour prévenir la dépression du post-partum

Comme dit plus haut, il est aujourd'hui essentiel que nous puissions être en lien encore davantage avec les familles afin de pouvoir agir dans le cas d'une prévention primaire, secondaire et tertiaire auprès des familles rencontrant des difficultés mentales pendant la période périnatale.

Nous avons fait des recherches afin de savoir quels types d'interventions avaient été testées dans des études afin d'imaginer quels genres d'actions pouvaient être utiles pour prévenir la dépression post-partum et les troubles de l'attachement. Il a été démontré qu'une action préventive pendant la période prénatale avait un impact sur l'amélioration de l'attachement maternel-foetal et la diminution des symptômes dépressifs maternels. L'étude en question proposait des séances de discussion en groupes (Alhusen et al, 2021). Dans l'étude de Werner et al. (2016), des interventions en pré et post-natal de types coaching, suivi psychologique, psycho-éducation sur le post-partum, techniques de pleine conscience ainsi que des pratiques visant à réduire les pleurs de l'enfant et à agir sur le sommeil ont été testées et celles-ci ont montré une diminution des symptômes dépressifs chez les mères et ont eu un impact sur le développement du lien mère-enfant ainsi que sur la vision de la mère sur son enfant.

Le modèle d'interventions auquel nous nous sommes intéressés consiste en un lieu d'accueil qui peut soutenir les familles dans leurs préoccupations afin que l'accompagnement puisse être individualisé. Il s'agit notamment de maintenir une relation positive pour le parent, de renforcer son sentiment de compétence, de favoriser la notion de duo entre le parent et son enfant (Cerutti, 2023). Il existe déjà des lieux de rencontre et il est essentiel que ceux-ci se multiplient.

10.6 Lieux de rencontre, l'exemple du cabinet d'accueil périnatal

Il existe aux HUG les consultations "Accordage" qui sont des hospitalisations de jour pour des soins précoces parents-bébé (HUG, 2022) pour favoriser une relation harmonieuse et parfois mis en place dans le cadre d'une dépression périnatale notamment. Cependant, il est question ici de prévention secondaire et lorsque le risque de perturbations n'est pas encore reconnu par les professionnels ou les parents, il se peut que ce genre de consultations puissent être vu comme stigmatisantes, ou puissent ne pas sembler adaptées pour tout un chacun. Quel lieu pourrait inclure davantage de profils ?

Nous avons découvert l'existence du cabinet d'accueil périnatal lors d'échanges avec Dany Aubert-Burri et Sabine Cerutti, deux sages-femmes présentes dans le cabinet et

respectivement spécialisées dans des thématiques de santé périnatale. Il se définit comme un lieu d'accueil, d'accompagnement et de consultation pendant la période périnatale, depuis le désir d'enfant jusqu'aux premières années de vie de l'enfant. Les objectifs sont centrés sur la prévention de la santé affective du bébé, de ses parents et de la famille pendant cette période si particulière" (Cabinet d'accueil périnatal, 2023). Qu'ils s'agissent de questionnements ou de problématiques concernant le développement de l'enfant, la relation du couple parental ou la santé psychique de celui-ci, des professionnels sont présents pour que la rencontre ait lieu. Il s'agit donc d'un lieu pouvant initier des pratiques pluridisciplinaires si nécessaire, dans une optique de co-construction avec les parents (Cabinet d'accueil périnatal, 2023). En effet, tout émerge de la part des parents de par leur venue sur le lieu. Les professionnels sont attentifs aux besoins de l'enfant de sa famille, ainsi les échanges sont facilités car ils sont ciblés (Cerruti, 2023). Via des temps d'accueil destiné à accueillir des parents et leurs enfants avec la présence de différents professionnels de santé dont des sages-femmes, psychomotricienne, logopédiste, psychologue, pédopsychiatres, psychiatres, etc. ainsi que cours (massages bébé, par exemple), des ateliers à thème (épuisement et burn-out parental, par exemple) ou même des consultations, le cabinet se veut être un acteur autant dans la prévention que dans le dépistage de diverses problématiques périnatales. L'idée d'avoir sur place la présence de plusieurs thérapeutes se veut permettre un croisement de compétences (Cabinet d'accueil périnatal, 2023). L'association CAP Cocooning préside ce projet, financé par des dons.

Il existe également d'autres lieux, rares tout de même, comme celui, par exemple, du Centre Périnatal & Famille de Lausanne (Centre Périnatal Bien naître, Bien grandir, 2023) qui proposent aussi diverses formules au service des familles en pluri-disciplinarité.

10.7 Communication digitale

Nous nous sommes demandées comment, alors que des lieux comme le CAP existent, il est possible de les rendre populaires. Également, car se déplacer en un de ces lieux ne correspond pas aux besoins de toutes les familles, comment sensibiliser les familles à la question de la santé mentale en période périnatale ? Nous pensions à une campagne de prévention, à des flyers à distribuer à la maternité. Cependant, les parents sont souvent noyés dans ce genre de dépliant d'informations tout au long de la grossesse. Il était évident pour nous qu'il fallait discuter avec les familles via le virtuel et les réseaux sociaux, aujourd'hui principal média d'informations chez les jeunes suisses (OFCOM, 2020). C'est également le cas en France (Médiamétrie, 2018). "Les réseaux sociaux sont notre place publique contemporaine." (Amrouche, 2023) Ceux-ci permettent aujourd'hui de lever nombre de tabous puisqu'il s'agit d'une source d'informations alimentée notamment par le lecteur lui-même. 26 millions de français utilisent Instagram (Statista, 2022) et il s'agit d'un des médias en pleine effervescence qui nous

paraît détenir une forme propice pour partager de la communication digitale contribuant à la santé mentale dans la période périnatale.

10.8 Présentation du compte @santelesparents

Ce compte instagram est multi-fonctionnel. D'un côté, il permet de rediriger les parents vers des lieux physiques où ils peuvent trouver des professionnels compétents pour les aiguiller. D'un autre, il communique directement avec eux pour les sensibiliser à des notions de santé périnatale. Pourquoi est-ce si important ? C'est la question à laquelle ce compte se veut répondre. Et aussi, comment se protéger des problématiques de santé mentale lors de la période périnatale ? Comment favoriser un lien parent-enfant optimal, dans cette même continuité du bien-être de la famille ? Des posts à thème, des récits de famille, de professionnels de santé, des textes inspirants, des techniques de bien-être, des idées de bouées de sauvetage mentales pour être équipé dans l'aventure de la parentalité. Ce compte a une visée déculpabilisante et valorisante des ressources des familles. En effet, les réseaux sociaux ont parfois cet aspect "parfait" qui ne reflète pas toujours la réalité de la vie. Ce compte se veut un allié des parents, plutôt qu'un énième dictat des pratiques à la mode.

Pour le partager, nous utiliserons les plateformes virtuelles touchant notre réseau professionnel tout d'abord (HEdS, HESAV, UNIL, Faculté de médecine, FSSF, HUG, CHUV, Cabinet de sages-femmes, CAP, Centre périnatal à Lausanne, SFI suisse romande) puis sur les réseaux sociaux d'autres structures en lien avec la périnatalité (SOS future maman, magasin habits enfants, ...) et nous pouvons même imaginer toucher toutes sortes de lieux de travail dans le cadre de la santé au travail afin d'atteindre les parents via leurs sphères professionnelles.

On peut imaginer, selon la réussite de ce compte, de pouvoir le dupliquer sur d'autres plateformes virtuelles ou réseaux sociaux afin d'en augmenter encore sa visibilité.

Nous pourrions sponsoriser le compte instagram, ce qui permet aux publications d'être plus vue. Pour cela, il nous faudrait récolter quelques fonds, via un financement participatif (crowdfunding) partagé dans des milieux professionnels.

11) Conclusion

La dépression post-partum est un problème de santé majeur survenant dans la période périnatale. La sage-femme accompagne la famille aux prémises des relations lors de la venue au monde d'un enfant. La question de recherche de ce travail était de savoir s'il existait des associations entre l'attachement, le lien parent-enfant et les symptômes de dépression du post-partum chez les parents. Cinq articles ont été sélectionnés via deux bases de données, grâce à des mots-clefs, des algorithmes, des critères d'inclusion et d'exclusion après que les concepts clefs aient été définis.

Il existe donc des associations entre la survenue des symptômes dépressifs et les troubles de l'attachement et du lien mère-enfant. Certaines variables telles que la sévérité de la dépression du postpartum, le temps de rémission ainsi que les premiers mois du post-partum, ou le comportement des mères par exemple, vont venir moduler cette association. Cependant, la relation n'est pas bi-directionnelle. Il est donc essentiel, plutôt que de se consacrer à promouvoir telle ou telle pratiques de maternage qui influencent davantage sur l'attachement, de créer des lieux d'échange et d'accueil comme il en existe déjà quelques-uns. La sage-femme détient une boîte à outil de pratiques de maternage incontestablement importante cependant, détenir une pratique plus individualisée paraît pertinent. Dans ces lieux d'accueil, les professionnels peuvent faire de la prévention concernant la dépression et la santé mentale en période périnatale. Il est important que les professionnels soient également disponibles pour les besoins larges et variés des parents concernant leurs enfants, pour permettre aussi aux familles isolées de bénéficier d'un accompagnement "à la carte". Dans cette optique, ce travail propose d'informer les parents via une communication digitale concernant ces thématiques de santé mentale. Par le biais d'un nouvel outil utilisé en période prénatale, les familles pourraient connaître leurs propres facteurs de vulnérabilités et ressources. Ainsi, la co-construction d'un environnement propice à un meilleur vécu de la parentalité et à une santé mentale protégée semble possible.

12) Bibliographie

Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Borg, L. (2021). A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity. *Archives of Women's Mental Health*, 24(1), Article 1. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01032-0>

American Psychiatric association. (2015). *DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5ème). Elsevier Masson SAS.

Amrouche, L. (2023). La puissance des réseaux sociaux en santé. *Actualités Pharmaceutiques*, 62(626), 29-31. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2023.03.014>

Après l'accouchement. (s. d.). Consulté 22 juillet 2023, à l'adresse <https://www.hug.ch/obstetrique/apres-accouchement>

Badr, L. K., Ayvazian, N., Lameh, S., & Charafeddine, L. (2018). Is the Effect of Postpartum Depression on Mother-Infant Bonding Universal? *Infant Behavior & Development*, 51, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.003>

Barba-Müller, E., Craddock, S., Carmona, S., & Hoekzema, E. (2019). Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period : Links to maternal caregiving and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), Article 2. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0889-z>

Barkovic, C. (2022). *Des conditions de vie plus difficiles pour les mères isolées* -. Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6051322>

Barnes, J., & Theule, J. (2019). Maternal depression and infant attachment security : A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 40(6), Article 6. <https://doi.org/10.1002/imhj.21812>

Beck, C. T. (2020). Mother-Infant Interaction During Postpartum Depression : A Metaphor Analysis. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres*, 52(2), 108-116. <https://doi.org/10.1177/0844562119897756>

Bell, L. (2008). *L'établissement de la relation parentss-enfant Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale.* 5. <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp-content/uploads/2023/01/InfirmiereClinicienne-vol5no2-Bell.pdf>

Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment : Definition, types, antécédents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), Article 8. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>

Biaggio, A. (2022, octobre 20). 73% des Français jugent la santé mentale est un tabou. <https://www.lassuranceenmouvement.com/2022/10/20/73-des-francais-jugent-que-la-sante-mentale-est-tabou/>

Bienfait, M., Haquet, A., Maury, M., Faillie, J.-L., Combes, C., & Cambonie, G. (2017). Traduction française de l'autoquestionnaire MIBS (Mother to Infant Bonding Scale) et validation comme évaluation du lien mère-nouveau-né en maternité. *Devenir*, 29(4), 233-253. <https://doi.org/10.3917/dev.174.0233>

Bloom, K. C. (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 44(5), 284-289. PMID: 7567484

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte, volume 1 : L'Attachement*. PUF.

Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire : A validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), Article 5. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>

Bydlowski, S. (2015). Les troubles psychiques du post-partum : Dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(10), 1152-1156. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.016>

Cabinet d'accueil périnatal Genève. (s. d.). *Cabinet d'accueil périnatal Genève consultations père mère bébé*. Consulté 26 juillet 2023, à l'adresse <https://www.caperinatal.net/>

Centre national de Ressources Textuelles et lexicales. (s. d.). *MÉTAPSYCHOLOGIE : Définition de MÉTAPSYCHOLOGIE*. Consulté 5 août 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9tapsychologie>

Centre Périnatal & Famille de Lausanne. (s. d.). Centre Perinatal VD. Consulté 6 juillet 2023, à l'adresse <https://www.cpbb-vd.ch>

Cerutti, S. (2023, juin 14). *Entretien personnel dans le cadre du travail de Bachelor* [Communication personnelle].

Coleman, P., & Watson, A. (2000). Infant attachment as a dynamic system. *Human Development*, 43(6), 295-313. <https://doi.org/10.1159/000022691>

Countries with most Instagram users 2023. (s. d.). Statista. Consulté 6 juillet 2023, à l'adresse <https://www.statista.com/statistics/578364/countries-with-most-instagram-users/>

Cuijilits, I., van de Wetering, A. P., Endendijk, J. J., van Baar, A. L., Potharst, E. S., & Pop, V. J. M. (2019). Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Mental Health Journal*, 40(6), 768-785. <https://doi.org/10.1002/imhj.21811>

Daglar, G., & Nur, N. (2018). Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatria Danubina*, 30(4), Article 4. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.433>

De Wolff, M. S., & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and Attachment : A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development*, 68(4), 571-591. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x>

Deloffre, B. (2013). *Echelle de dépression de Hamilton*. <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>

Dewar, G. (2017, octobre 15). *The science of attachment parenting*. PARENTING SCIENCE. <https://parentingscience.com/attachment-parenting/>

Diego, M. A., Field, T., Jones, N. A., & Hernandez-Reif, M. (2006). Withdrawn and intrusive maternal interaction style and infant frontal EEG asymmetry shifts in infants of depressed and non-depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, 29(2), 220-229. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.12.002>

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>

Edhborg, M., Nasreen, H.-E., & Kabir, Z. N. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum : A population-based study from rural Bangladesh. *Archives of Women's Mental Health*, 14(4), 307-316. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0221-7>

Field, T. (2010). Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices : A Review. *Infant behavior & development*, 33(1), 1. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>

Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927-936. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001530>

Gettler, L., Mcdade, T., Feranil, A., & Kuzawa, C. (2011). Longitudinal Evidence that Fatherhood Decreases Testosterone in Human Males. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108, 16194-16199. <https://doi.org/10.1073/pnas.1105403108>

Guédeney, A., Guédeney, N., & Tereno, S. (2021). *L'attachement : Approche théorique et évaluation* (Elsevier Masson).

Guelfi, J. D. (s. d.-b). *échelle de dépression de Hamilton*. département-information-médicale.com. <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2010/09/EHELLE-DE-DEPRESSION-DE-HAMILTON.pdf>

Guerin, M., & Boccon-Gibod, S. (2018). *La promotion de la santé mentale des pères durant la période périnatale*. <https://sonar.ch/global/documents/315333>

Hare, M. M., Kroll-Desrosiers, A., & Deligiannidis, K. M. (2021). Peripartum depression : Does risk versus diagnostic status impact mother-infant bonding and perceived social support? *Depression and Anxiety*, 38(4), 390-399. <https://doi.org/10.1002/da.23121>

HAS, Haute autorité de santé. (2020). *Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnatals*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3234406/fr/reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiques-perinatals-note-de-cadrage

Howat, A., Masterson, C., & Darwin, Z. (2023). Non-birthing mothers' experiences of perinatal anxiety and depression : Understanding the perspectives of the non-birthing mothers in female same-sex parented families. *Midwifery*, 120, 103650. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103650>

HUG. (s. d.-a). *Accompagnement global*. Consulté 26 juillet 2023, à l'adresse <https://www.hug.ch/accompagnement-global>

HUG. (s. d.-b). *Entretien de vécu d'accouchement*. Consulté 26 juillet 2023, à l'adresse <https://www.hug.ch/obstetrique/entretien-vecu-accouchement>

HUG. (s. d.-c). *L'entretien prénatal*. Consulté 26 juillet 2023, à l'adresse <https://www.hug.ch/sante-psychique-perinatalite/entretien-prenatal>

HUG. (2021). *Qu'est-ce qu'une dépression périnatale?* Hôpitaux universitaires genevois. <https://www.hug.ch/sante-psychique-perinatalite/qu-est-ce-qu-depression-perinatale>

Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attachment & Human Development*, 16(6), 557-572. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.941884>

Insaf, T. Z., Fortner, R. T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., & Chasan-Taber, L. (2011). Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *Journal of Women's Health* (2002), 20(8), 1183-1192. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2276>

Inserm. (s. d.). *Dépression · Inserm, La science pour la santé*. Inserm. Consulté 21 septembre 2022, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>

Inventaire de Dépression de Beck ou Beck Depression Inventory. (s. d.). Consulté 27 septembre 2022, à l'adresse <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/beck-depression-inventory.htm> |

Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads : Paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 4(2), 35-47.

Kirubarajan, A., Barker, L. C., Leung, S., Ross, L. E., Zaheer, J., Park, B., Abramovich, A., Yudin, M. H., & Lam, J. S. H. (2022). LGBTQ2S+ childbearing individuals and perinatal mental health : A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(10), 1630-1643. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17103>

Kornfield, S. L., White, L. K., Waller, R., Njoroge, W., Barzilay, R., Chaiyachati, B. H., Himes, M. M., Rodriguez, Y., Riis, V., Simonette, K., Elovitz, M. A., & Gur, R. E. (2021). Risk And

Resilience Factors Influencing Postpartum Depression And Mother-Infant Bonding During COVID-19. *Health Affairs (Project Hope)*, 40(10), 1566-1574.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00803>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Attachement - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 28 avril 2022, à l'adresse
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attachement/6192>

Larousse, É. (2022a, septembre 21). *Définitions : Dépression - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pression/23913>

Larousse, É. (2022b, septembre 22). *baby blues—LAROUSSE*.
https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/baby_blues/185219

Layton, H., Owais, S., Savoy, C. D., & Van Lieshout, R. J. (2021). Depression, Anxiety, and Mother-Infant Bonding in Women Seeking Treatment for Postpartum Depression Before and During the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(4), 21m13874.
<https://doi.org/10.4088/JCP.21m13874>

Le baby blues et la dépression post-partum. (2023). 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-baby-blues-et-la-depression-post-partum>

Le Strat, Y., Dubertret, C., & Le Foll, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorders*, 135(1), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.004>

Lehning, F., Nagl, M., Stepan, H., Wagner, B., & Kersting, A. (2019). Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 278.
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2426-0>

Loppe, P. (2022). La parentalité proximale, une autre façon d'entrer en relation avec son enfant. *Sages-Femmes*, 21(2), 24-28. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2022.01.005>

Luca, D., & Bydlowski, M. (2001). Dépression paternelle et périnatalité. *Le Carnet PSY*, 67(7), 28-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.067.0028>

Lutkiewicz, K., Bieleninik, Ł., Cieślak, M., & Bidzan, M. (2020). Maternal-Infant Bonding and Its Relationships with Maternal Depressive Symptoms, Stress and Anxiety in the Early Postpartum Period in a Polish Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5427. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155427>

Masmoudi, J., Trabelsi, S., Charfeddine, F., & Jaoua, A. (2006). *la dépression post partum*. 7.

Médiamétrie. (s. d.). *Les jeunes, toujours plus accros à leur smartphone ?* Consulté 26 juillet 2023, à l'adresse <https://www.mediametrie.fr/fr/les-jeunes-toujours-plus-accros-leur-smartphone>

Minjollet, P., & Valente, M. (2015). Période périnatale et épreuves projectives : Une revue de la littérature. *Psychologie clinique et projective*, 21(1), 137-170. <https://doi.org/10.3917/pcp.021.0137>

Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273-278. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>

Moreau, A. (2001). De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce. *Dialogue*, 152(2), 9-16. <https://doi.org/10.3917/dia.152.0009>

Motegi, T., Watanabe, Y., Fukui, N., Ogawa, M., Hashijiri, K., Tsuboya, R., Sugai, T., Egawa, J., Araki, R., Haino, K., Yamaguchi, M., Nishijima, K., Enomoto, T., & Someya, T. (2020). Depression, Anxiety and Primiparity are Negatively Associated with Mother-Infant Bonding in Japanese Mothers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 3117-3122. <https://doi.org/10.2147/NDT.S287036>

Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J., & Coddington, J. A. (2013). Paternal Postpartum Depression : What Health Care Providers Should Know. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(6), 479-485. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.10.001>

Nanzer, N., & Righetti-Veltema, M. (2009b). Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum. *Revue Médicale Suisse*, 6.

OFCOM. (2020). *Les médias sociaux gagnent en importance dans la formation de l'opinion*. <https://www.bakom.admin.ch/bakom/fr/page-daccueil/l-ofcom/informations-de-l-ofcom/communiqués-de-presse.msg-id-80530.html>

OFSP, O. fédéral de la santé publique. (s. d.). *Assurance maladie : Prestations en cas de maternité*. Consulté 23 septembre 2022, à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-bei-Mutterschaft.html>

Ohara, M., Okada, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Yamauchi, A., Uno, Y., Murase, S., Goto, S., Kanai, A., Masuda, T., Nakatochi, M., Ando, M., & Ozaki, N. (2017). Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers : A prospective cohort study. *Scientific Reports*, 7(1), 9546. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-08768-3>

OMS. (2007). *Fatherhood and health outcomes in Europe*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108571>

OMS. (2021). *Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : Ce qu'il faut savoir*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>

Pellet, M., & Nanzer, N. (2014). Évolution des représentations maternelles après une psychothérapie brève centrée sur la parentalité durant la période périnatale. *Devenir*, 26(1), 21-43. <https://doi.org/10.3917/dev.141.0021>

Pérez C, F., & Brahm M, P. (2017). [Paternal postpartum depression : Why is it also important?]. *Revista Chilena De Pediatría*, 88(5), 582-585. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000500002>

Pinel-Jacquemin, S. (2012). L'approche systémique de l'attachement parent-enfant : La fin des différences interindividuelles ? *Devenir*, 24(4), Article 4. <https://doi.org/10.3917/dev.124.0301>

Pollo, C., & Nowacki, A. (s. d.). *Dépression*. neurochirurgie.insel.ch. Consulté 21 septembre 2022, à l'adresse <https://neurochirurgie.insel.ch/fr/maladies-traitees-specialites/neurochirurgie-fonctionnelle-et-douleur/troubles-mentaux-et-fonctionnels/depression>

Reck, C., Zietlow, A.-L., Müller, M., & Dubber, S. (2016). Perceived parenting stress in the course of postpartum depression : The buffering effect of maternal bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 473-482. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0590-4>

Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70(3), 291-306. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00367-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00367-6)

Righetti-Veltema, M., Nanzer, N., Conne-Perréard, E., Manzano, J., & Palacio-Espasa, F. (2007). Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ? *Revue Médicale Suisse*, 5.

Roques, N. (2005). Allaitement maternel et sommeil partagé. *Spirale*, 34(2), 131-140. <https://doi.org/10.3917/spi.034.0131>

Roux, M., & Wendland, J. (2019). Blues du post-partum : Prévalence et facteurs associés parmi des francophones primipares et représentations chez des sages-femmes. *Périnatalité*, 11(1), 32-41. <https://doi.org/10.3166/rmp-2018-0026>

S Hairston, I., E Handelzalts, J., Assis, C., & Kovo, M. (2018). Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles : the mediating role of postpartum depression and childbirth-related ptsd. *Infant Mental Health Journal*, 39(2), 198-208. <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>

Schumacher, M., Zubarán, C., & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 21(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.03.008>

Sears, & Sears. (2020). *Attachment Parenting Archives*. Ask Dr Sears. <https://www.askdrsears.com/topics/parenting/attachment-parenting/>

Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships : An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 899-914. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.5.899>

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression : A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

Spitz, R. (1948). La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*, 1(5), 373-391. <https://doi.org/10.3406/enfan.1948.1106>

Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0954579499001923>

Stevenson-Hinde, J. (1990a). Attachment within family system : An overview. *Infant Mental Health Journal*, 218-228. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3)

Stevenson-Hinde, J. (1990b). Attachment within family systems : An overview. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 218-227. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3)

Stork, H. (1993). Variations culturelles des techniques de maternage et de prévention précoce. In *Enfants d'ici, enfants d'ailleurs* (p. 53-56). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dahma.1993.01.0053>

Taylor, R. B. (s. d.). *What is Attachment Parenting?* WebMD. Consulté 5 décembre 2022, à l'adresse <https://www.webmd.com/parenting/what-is-attachment-parenting>

Tebeka, S., Dubertret, C., Pignon, B., Le Strat, Y., & De Pradier, M. (2013). Dépression du post-partum. *La Presse Médicale Formation*, 2(5), 378-379. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2021.10.007>

Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : Dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*, 30(4), 376-381. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95451-6](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95451-6)

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique: *Devenir*, Vol. 19(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Tietz, A., Zietlow, A.-L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder : The crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 433-442. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x>

Tournier, C. (2003). Réflexions sur la « crise » du postpartum. *Spirale*, 26(2), 109-115. <https://doi.org/10.3917/spi.026.0109>

Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147-156. <https://doi.org/10.1080/10673220902899714>

Vacheron, M.-N., Tessier, V., Rossignol, M., & Deneux-Tharaux, C. (2021). Mortalité maternelle par suicide en France 2013–2015. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 49(1), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.11.008>

Wells, M. B., & Jeon, L. (2023). Paternal postpartum depression, coparenting, and father-infant bonding : Testing two mediated models using structural equation modeling. *Journal of Affective Disorders*, 325, 437-443. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.163>

Werner, E. A., Gustafsson, H. C., Lee, S., Feng, T., Jiang, N., Desai, P., & Monk, C. (2016). PREPP : Postpartum depression prevention through the mother-infant dyad. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 229-242. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0549-5>

Woolgar, F. A., Wilcoxon, L., Pathan, N., Daubney, E., White, D., Meiser-Stedman, R., & Colville, G. A. (2022). Screening for Factors Influencing Parental Psychological Vulnerability During a Child's PICU Admission. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 23(4), 286-295. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002905>

Zeltzer, L., & Kloda, L. (2008). *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. <https://strokengine.ca/fr/assessments/hospital-anxiety-and-depression-scale-hads/>

13) Annexes

Annexe 1 : Adult attachment questionnaire

ADULT ATTACHMENT QUESTIONNAIRE (AAQ)

Please indicate how you typically feel toward romantic (dating) partners *in general*. Keep in mind that there are no right or wrong answers. Use the 7-point scale provided below and darken the appropriate number for each item on the scantron.

1	2	3	4	5	6	7
<hr/>						
I strongly disagree						I
strongly agree						

1. I find it relatively easy to get close to others.
2. I'm not very comfortable having to depend on other people.
3. I'm comfortable having others depend on me.
4. I rarely worry about being abandoned by others.
5. I don't like people getting too close to me.
6. I'm somewhat uncomfortable being too close to others.
7. I find it difficult to trust others completely.
8. I'm nervous whenever anyone gets too close to me.
9. Others often want me to be more intimate than I feel comfortable being.
10. Others often are reluctant to get as close as I would like.
11. I often worry that my partner(s) don't really love me.
12. I rarely worry about my partner(s) leaving me.
13. I often want to merge completely with others, and this desire sometimes scares them away.
14. I'm confident others would never hurt me by suddenly ending our relationship.
15. I usually want more closeness and intimacy than others do.
16. The thought of being left by others rarely enters my mind.
17. I'm confident that my partner(s) love me just as much as I love them.

Note: Items 1, 3, 4, 12, 14, 16, and 17 must be reversed-keyed prior to constructing each scale. The *Avoidance scale* is comprised of items 1-3 and 5-9. Higher scores on this dimension reflect greater avoidance. The *Anxiety scale* is comprised of items 4 and 10-17. Higher scores on this

dimension reflect greater anxiety. Greater attachment security is defined by lower scores on both scales. When referencing the AAQ, please cite the following paper:

Simpson, J. A., Rholes, S. W., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 899-914. doi: [10.1037/0022-3514.71.5.899](https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.5.899)

Annexe 2 : Le “ Post-partum bonding questionnaire

Post Partum Bonding Questionnaire

Please indicate how often the following are true for you.

There are no ‘right’ or ‘wrong’ answers. Choose the answer which seems right in your recent experience.

Factor	Scoring	Statement	Always	Very often	Quite often	Some-times	Rarely	Never
1	0 → 5	I feel close to my baby						
1	5 → 0	I wish the old days when I had no baby would come back						
2	5 → 0	I feel distant from my baby						
2	0 → 5	I love to cuddle my baby						
2	5 → 0	I regret having this baby						
1	5 → 0	The baby does not seem to be mine						
1	5 → 0	My baby winds me up						
1	0 → 5	I love my baby to bits						
1	0 → 5	I feel happy when my baby smiles or laughs						
1	5 → 0	My baby irritates me						
2	0 → 5	I enjoy playing with my baby						
1	5 → 0	My baby cries too much						
1	5 → 0	I feel trapped as a mother						
2	5 → 0	I feel angry with my baby						
1	5 → 0	I resent my baby						
1	0 → 5	My baby is the most beautiful baby in the world						
1	5 → 0	I wish my baby would somehow go away						
4	5 → 0	I have done harmful things to my baby						
3	5 → 0	My baby makes me feel anxious						
3	5 → 0	I am afraid of my baby						
2	5 → 0	My baby annoys me						
3	0 → 5	I feel confident when caring for my baby						
2	5 → 0	I feel the only solution is for someone else to look after my baby						
4	5 → 0	I feel like hurting my baby						
3	0 → 5	My baby is easily comforted						

Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire : A validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 233-242.
<https://doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>

Annexe 3: le Mother-to-infant bonding scale

Tableau 1 : **MOTHER-TO-INFANT BONDING SCALE (MIBS)**

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

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

Bienfait, M., Haquet, A., Maury, M., Faillie, J.-L., Combes, C., & Cambonie, G. (2017). Traduction française de l'auto questionnaire MIBS (Mother to Infant Bonding Scale) et validation comme évaluation du lien mère-nouveau-né en maternité. *Devenir*, 29(4), 233-253. <https://doi.org/10.3917/dev.174.0233>

Annexe 4 : Edinburgh Postnatal depression scale



Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation – French

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Name: _____ Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

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

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse
____ Oui, tout le temps
 X Oui, la plupart du temps
____ Non, pas souvent
____ Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
____ Aussi souvent que d'habitude
____ Pas tout-à-fait autant
____ Beaucoup moins souvent ces jours-ci
____ Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir
____ Autant que d'habitude
____ Plutôt moins que d'habitude
____ Beaucoup moins que d'habitude
____ Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
____ Oui, la plupart du temps
____ Oui, parfois
____ Pas très souvent
____ Non, jamais
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
____ Non, pas du tout
____ Presque jamais
____ Oui, parfois
____ Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons
____ Oui, vraiment souvent
____ Oui, parfois
____ Non, pas très souvent
____ Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements
☐ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
☐ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
☐ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
☐ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
☐ Oui, la plupart du temps
☐ Oui, parfois
☐ Pas très souvent
☐ Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou malheureuse
☐ Oui, la plupart du temps
☐ Oui, très souvent
☐ Pas très souvent
☐ Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
☐ Oui, la plupart du temps
☐ Oui, très souvent
☐ Seulement de temps en temps
☐ Non, jamais
10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal
☐ Oui, très souvent
☐ Parfois
☐ Presque jamais
☐ Jamais

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 150, 782-786.

Reprinted with permission

Annexe 5: DAD-P

ÉCHELLE DAD-P

Dépistage Anténatal du risque de Dépression Post-Partum

1. Avez-vous des démangeaisons ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?

- 1 - Oui, souvent
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

3. Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

4. Avez-vous un sentiment de solitude ?

- 3 - Oui, beaucoup
- 2 - Oui, moyennement
- 1 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

5. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 1 - Oui, moyennement
- 1 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

6. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

Score :

L'échelle est positive si le score est égal ou supérieur à 3.

Questions supplémentaires :

7. Pleurez-vous facilement ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 1 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

8. Avez-vous suivi ou pensez-vous suivre des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme pour cette grossesse-ci ?

- 0 - Oui
- 1 - Non, mais je l'ai fait pour une grossesse précédente
- 1 - Non

La partie supplémentaire est positive si les deux réponses sont positives.

Risque de dépression du Post-Partum

Le DAD-P est positif si l'échelle est positive ou si les deux questions supplémentaires sont positives, si le DAD-P est positif, la femme est à risque de développer une dépression du Post-Partum. Se référer à l'arbre décisionnel.

Conception et validation du DAD-P :

Righetti-Veltima M, Conne-Perréard E, Manzano J. et al. Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression post-partum. Psychiatr Enfant 2007 ; 49 : 513-41

Publication du questionnaire :

Nanzer N, Righetti-Veltima M. (2009). Rev Med Suisse, 5 : 395-401

APPENDIX

NAME:

DATE:

FOLD HERE

Doctors are aware that emotions play an important part in most illnesses. If your doctor knows about these feelings he will be able to help you more.

This questionnaire is designed to help your doctor to know how you feel. Ignore the numbers printed on the left of the questionnaire. Read each item and underline the reply which comes closest to how you have been feeling in the past week.

Don't take too long over your replies; your immediate reaction to each item will probably be more accurate than a long thought out response.

I feel tense or 'wound up':

- Most of the time
A lot of the time
From time to time, occasionally
Not at all

I still enjoy the things I used to enjoy:

- Definitely as much
Not quite so much
Only a little
Hardly at all

I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:

- Very definitely and quite badly
Yes, but not too badly
A little, but it doesn't worry me
Not at all

I can laugh and see the funny side of things:

- As much as I always could
Not quite so much now
Definitely not so much now
Not at all

Worrying thoughts go through my mind:

- A great deal of the time
A lot of the time
From time to time but not too often
Only occasionally

I feel cheerful:

- Not at all
Not often
Sometimes
Most of the time

I can sit at ease and feel relaxed:

- Definitely
Usually
Not often
Not at all

I feel as if I am slowed down:

- Nearly all the time
Very often
Sometimes
Not at all

I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:

- Not at all
Occasionally
Quite often
Very often

I have lost interest in my appearance:

- Definitely
I don't take so much care as I should
I may not take quite as much care
I take just as much care as ever

(Continued overleaf)

		A		FOLD HERE	
		3			
		2			
		1			
		0			
D					
0					
1					
2					
3					
	A				
	3				
	2				
	1				
	0				
D					
0					
1					
2					
3					

I feel restless as if I have to be on the move:
 Very much indeed
 Quite a lot
 Not very much
 Not at all

I look forward with enjoyment to things:
 As much as ever I did
 Rather less than I used to
 Definitely less than I used to
 Hardly at all

I get sudden feelings of panic:
 Very often indeed
 Quite often
 Not very often
 Not at all

I can enjoy a good book or radio or TV programme:
 Often
 Sometimes
 Not often
 Very seldom

Now check you have answered all questions

FOR HOSPITAL USE ONLY

D (8 - 10) -----

A (8 - 10) -----

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

HAMD-21

Traduction française révisée par J.D. GUELFI



NOM: _____

PRENOM: _____

SEXE: ☐ AGE: _____

DATE: _____

EXAMINATEUR: _____

INSTRUCTIONS

Pour chacun des 21 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante

1 Humeur dépressive :

(tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation).

0. Absent.

1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.

4. Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2 Sentiments de culpabilité :

0. Absent.

1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un

préjudice à des gens.

2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.

3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou des hallucinations visuelles menaçantes.

3 Suicide :

0. Absent.

1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2. Souhaite être mort ou équivalent ; toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3. Idées ou geste de suicide.

4. Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

4 Insomnie du début de la nuit :

0. Pas de difficulté à s'endormir.

1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.

2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5 Insomnie du milieu de la nuit :

0. Pas de difficulté.

1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

6 Insomnie du matin :

0. Pas de difficulté.

☐

1. Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2. Incapable de se rendormir s'il se lève.

7 Travail et activités :

0. Pas de difficulté.

☐

1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2. Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).

3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).

4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

8 Ralentissement :☐

(lenteur de la pensée et du langage : baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

0. Langage et pensée normaux.

1. Léger ralentissement à l'entretien.

2. Ralentissement manifeste à l'entretien.

3. Entretien difficile.

4. Stupéur.

9 Agitation :☐

0. Aucune.

1. Crispations, secousses musculaires.

2. Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3. Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4. Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10 Anxiété psychique :☐

0. Aucun trouble.

1. Tension subjective et irritabilité.

2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

11 Anxiété somatique :☐Concomitants physiques de l'anxiété tels que :
Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations),
Cardiovasculaires (palpitations, céphalées),
Respiratoires (hyperventilation, soubres),
Pollakiurie**Transpiration**

0. Absente.

1. Discrète.

2. Moyenne.
3. Grave.
4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12 Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

0. Aucun.

1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.
2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

13 Symptômes somatiques généraux :

0. Aucun.

1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.
2. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est noté.

14 Symptômes généraux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels.

0. Absents.

1. Légers.
2. Graves.

15 Hypocondrie :

0. Absente.

1. Attention concentrée sur son propre corps.
2. Préoccupations sur sa santé.
3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.
4. Idées délirantes hypochondriques.

16 Perte de poids : (coter soit A, soit B)

A. (D'après les dires du malade).

0. Pas de perte de poids.
1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées).

0. Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
1. Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
2. Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

17 Prise de conscience :

0. Recomait qu'il est déprimé et malade.

1. Reconait qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, ect.
2. Nie qu'il est malade.

Total des 17 premiers items

18 Variations dans la journée :

A. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il N/Y A PAS de variations diurnes, indiquer : aucune.

—Aucune ; ☐ Plus marqués le matin ; ☐ Plus marqués l'après-midi.

☐

B. Quand il y a variation diurne, indiquer la sévérité de la variation.
Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.

0. Aucune.

1. Légère.

2. Importante.

Inscrire dans la case la note de l'item 18 B.

19 Dépersonnalisation et déréalisation :

(par ex. sentiment que le monde n'est pas réel ; idées de négation).

☐

0. Absente.

1. Légère.

2. Moyenne.

3. Grave.

4. Entraînant une incapacité fonctionnelle.

20 Symptômes délirants : (persécutés)

0. Aucun.

1. Soupçonneux.

2. Idées de référence.

☐

3. Idées délirantes de référence et de persécution.

21 Symptômes obsessionnels et compulsifs :

0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.

☐



Guelfi, J. D. (s. d.). *ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE HAMILTON*. département-information-médicale.com. <http://www.departement-information-medical.com/wp-content/uploads/2010/09/ECHELLE-DE-DEPRESSION-DE-HAMILTON.pdf>

Annexe 8: Beck depression inventory

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

[illegible]

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état **actuel**.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

- | | | |
|----|---|---|
| A. | Je ne me sens pas triste. | 0 |
| | Je me sens cafardeux ou triste. | 1 |
| | Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. | 2 |
| | Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. | 3 |
| B. | Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir. | 0 |
| | J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. | 1 |
| | Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. | 2 |
| | Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. | 3 |
| C. | Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. | 0 |
| | J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. | 1 |
| | Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. | 2 |
| | J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). | 3 |
| D. | Je ne me sens pas particulièrement insatisfait. | 0 |
| | Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances. | 1 |
| | Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit. | 2 |
| | Je suis mécontent de tout. | 3 |
| E. | Je ne me sens pas coupable. | 0 |
| | Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps. | 1 |
| | Je me sens coupable. | 2 |
| | Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien. | 3 |

- | | | |
|----|--|---|
| F. | Je ne suis pas déçu par moi-même. | 0 |
| | Je suis déçu par moi-même. | 1 |
| | Je me dégoûte moi-même. | 2 |
| | Je me hais. | 3 |
| G. | Je ne pense pas à me faire du mal. | 0 |
| | Je pense que la mort me libérerait. | 1 |
| | J'ai des plans précis pour me suicider. | 2 |
| | Si je le pouvais, je me tuerais. | 3 |
| H. | Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens. | 0 |
| | Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois. | 1 |
| | J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux. | 2 |
| | J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement. | 3 |
| I. | Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume. | 0 |
| | J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision. | 1 |
| | J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions. | 2 |
| | Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision. | 3 |
| J. | Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant. | 0 |
| | J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux. | 1 |
| | J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux. | 2 |
| | J'ai l'impression d'être laid et repoussant. | 3 |
| K. | Je travaille aussi facilement qu'auparavant. | 0 |
| | Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose. | 1 |
| | Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit. | 2 |
| | Je suis incapable de faire le moindre travail. | 3 |
| L. | Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude. | 0 |
| | Je suis fatigué plus facilement que d'habitude. | 1 |
| | Faire quoi que ce soit me fatigue. | 2 |
| | Je suis incapable de faire le moindre travail. | 3 |
| M. | Mon appétit est toujours aussi bon. | 0 |
| | Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. | 1 |
| | Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. | 2 |
| | Je n'ai plus du tout d'appétit. | 3 |

Cottraux, J. (s. d.). *Inventaire abrégé de Beck (13 items)*. Consulté 3 août 2023, à l'adresse <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Infirmier/inventaire-depression-beck.pdf>

Annexe 9: Etat des lieux des ressources et des vulnérabilités

Etat des lieux des Ressources et des Vulnérabilités, un outil pour préparer les parents à leur post-partum

Contexte : La Dépression du post-partum touche plus de 10% des mères et les chiffres sont similaires chez les pères. La survenue de cette pathologie est modulée par des variables telles que le lien mère-enfant, le stress parental, le soutien social ainsi que la primiparité. Cet outil a été réalisé dans le cadre d'un travail de Bachelor traitant des associations entre le lien d'attachement mère-enfant et les symptômes dépressifs au cours du post-partum. Il s'inscrit dans la prévention de la dépression du post-partum.

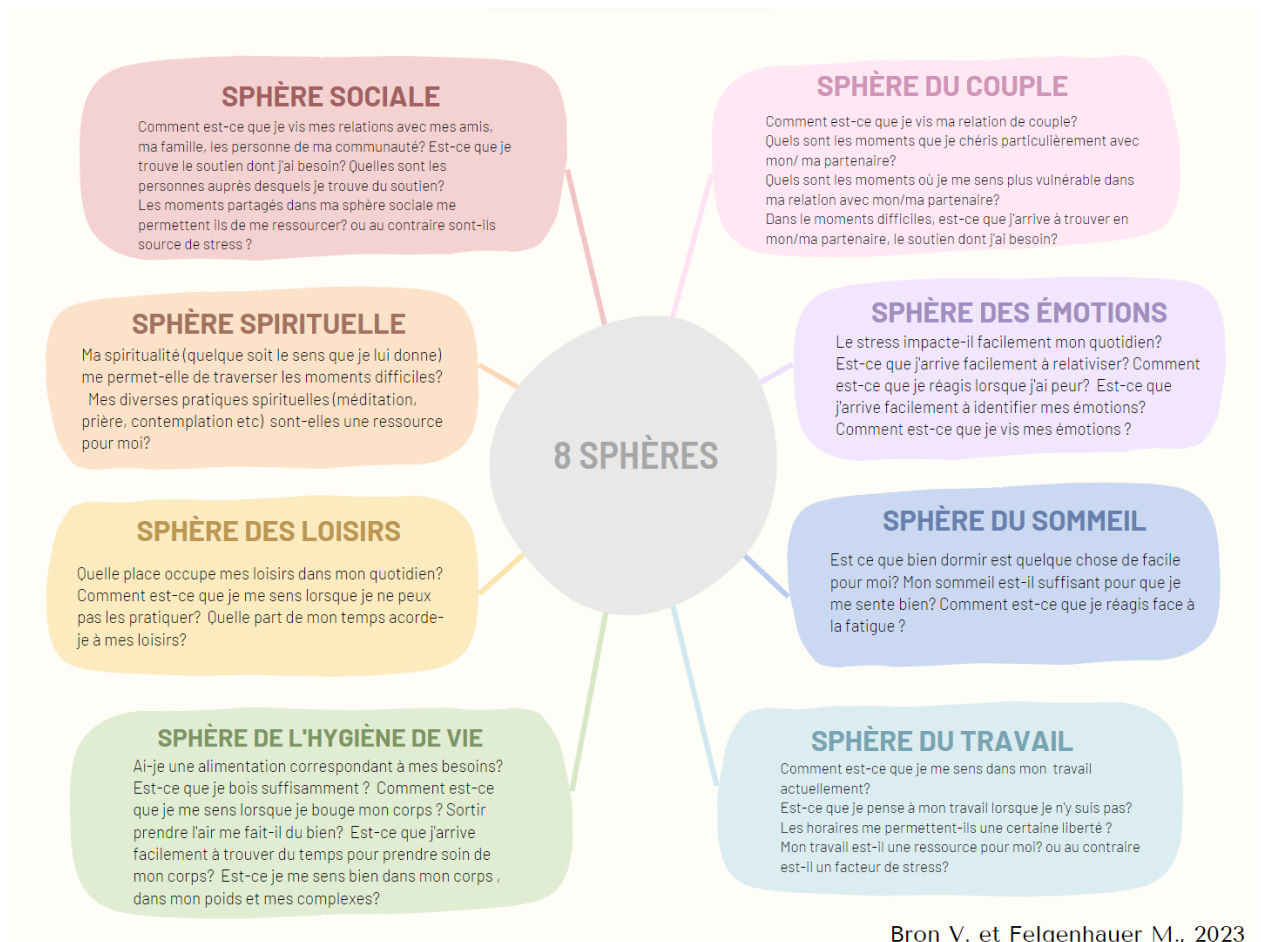
But: Cet outil a pour but de permettre aux parents d'identifier leurs vulnérabilités et ressources dans un modèle bio-psycho-social, afin de faire face à leur post-partum. Ainsi le couple sera mieux préparé au post-partum et à ses bouleversements.

Cadre : Entretien de 45 min dans la cadre d'une préparation à la naissance et à la parentalité en cours individuel

Marche à suivre

- 1: Accompagner les parents au travers des différentes sphères, à l'aide des questions proposées
- 2: Identifier, dans les différentes sphères, les ressources et les vulnérabilités présentes
- 3: Questionner les parents sur ce qu'ils pourraient mettre en place au cours du post-partum pour faire face à leurs vulnérabilités
- 4: Remplir les pages 3 et 4. 1 version par personne
- 5: Discuter des similitudes et différences dans le couple

Bron V. et Felgenhauer M., 2023



Bron V. et Felgenhauer M., 2023

	Vulnérabilités	Ressources	Dans mon post-partum
SPHÈRE SOCIALE	Ex: Mes amis, n'ont pas encore d'enfants, ils sont peu compréhensifs	Je me sens soutenue par ma famille	Je ferai surtout appel au soutien de ma famille
SPHÈRE SPIRITUELLE			
SPHÈRE DES LOISIRS			
SPHÈRE DE L'HYGIÈNE DE VIE			

Bron V. et Felgenhauer M., 2023

	Vulnérabilités	Ressources	Dans mon post-partum
SPHÈRE DU COUPLE			
SPHÈRE DES ÉMOTIONS			
SPHÈRE DU SOMMEIL	Ex: J'ai un sommeil très léger, qui ne me permet pas toujours de me reposer	J'ai de la facilité à faire une sieste durant la journée	Je devrai prendre chaque occasion de faire une sieste afin de faire face à la fatigue
SPHÈRE DU TRAVAIL			

Bron V. et Felgenhauer M., 2023

