

Peut-on prévenir la dépression maternelle périnatale ?

F. MOLÉNAT ¹ *, R.M. TOUBIN ², C. CHANAL ³, P. BOULOT ³
(Montpellier)

Résumé

La dépression périnatale, dont les contours se sont précisés récemment, est reconnue comme un grave problème de santé publique au vu des effets parfois graves sur l'enfant, sur le devenir de la mère, sur la famille. La compréhension de sa genèse permet d'envisager une prévention systématique qui ne fait que s'amorcer, au vu de la littérature et de la situation en France.

L'objectif est de rappeler les particularités de la maladie, les signes prédictifs, les nouveaux outils humains à la disposition des équipes périnatales. Une étude de la littérature examine ces différents aspects. Les expériences innovantes sont analysées afin de dégager des principes généraux, en tenant compte des différences entre les politiques de santé selon les pays.

1 – AFREE - 15 rue Cité-Bousquet - 34090 Montpellier

2 – Hôpital de la Colombière - Service de médecine psychologique pour enfants et adolescents - 39 avenue Charles-Flahaut - 34000 Montpellier

3 – CHU Montpellier - Hôpital A. de Villeneuve - Service de gynécologie-obstétrique - 371 avenue Doyen Gaston-Giraud - 34295 Montpellier cedex 5

* Correspondance : afree@afree.asso.fr ; fmolenat@yahoo.fr

Les divers niveaux d'intervention entre prévention et traitement sont étudiés à partir de la pratique clinique. Les conditions d'alliance avec les femmes et couples qui ne disent pas aisément leur mal-être sont étudiées. Les possibilités d'articulation entre disciplines et modes d'exercice longtemps étrangers sont examinées, ainsi que l'engagement dans des recommandations de bonnes pratiques pluridisciplinaires lesquelles s'élaborent avec l'ensemble des professionnels impliqués, que les cultures et habitudes de travail avaient longtemps isolés les uns des autres. L'évaluation reste délicate devant la complexité des facteurs en jeu et l'évolutivité rapide due à la grande perméabilité psychologique de la période périnatale. Par contre les couples désignent après coup la cohérence interprofessionnelle, du début de la grossesse au retour à domicile, comme un élément de sécurité majeure qu'ils n'auraient pas imaginé.

Mots clés : dépression périnatale, prévention, réseau, collaboration médico-psychologique, psychopathologie infantile

Déclaration publique d'intérêt

Nous déclarons ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel et commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

La dépression est l'une des maladies les plus handicapantes parmi les troubles de la santé mentale et, selon les prévisions de l'OMS, elle sera le deuxième problème de santé le plus grave en 2020 [1]. La période de procréation est reconnue comme une zone à haut risque de dépression. La spécificité de la dépression du post-partum (DPP) s'est progressivement dégagée du fait de ses conséquences sur la femme elle-même, sur l'enfant, sur la famille. Une mère sur 7 souffrirait de DPP. La recherche de signes prédictifs en anténatal a permis d'isoler la notion de dépression anténatale et les liens de continuité du pré au postnatal se sont précisés au cours de la dernière décennie.

Deux obstacles ont favorisé une relative méconnaissance du problème. La symptomatologie franche s'exprime le plus souvent à distance de l'accouchement hors du champ d'exercice de l'obstétrique

classique. Le cloisonnement au sein même de la littérature scientifique a freiné la diffusion interdisciplinaire des connaissances. Les acteurs d'une éventuelle prévention n'étaient pas ceux du traitement. Depuis fort longtemps les revues de psychiatrie rendaient compte de l'épidémiologie, de l'évolution et du traitement de la DPP. Le rapprochement des disciplines concernées (obstétrique, pédiatrie, médecine générale, psychiatrie) s'est accéléré depuis une décennie. Il permet une meilleure compréhension de la sémiologie prédictive, même si le contexte d'une nouvelle naissance entretient la confusion avec les modifications émotionnelles liées à la procréation. En effet le noyau dur de la dépression périnatale est reconnu comme nourri d'un conflit interne réactivé par l'accès à la parentalité, quel que soit l'ordre des naissances, les facteurs externes aggravant la situation. L'état dépressif peut, en fonction du contexte, entraver à son tour la relation avec l'enfant du fait de l'indisponibilité émotionnelle, parfois physique de la mère.

Les politiques de santé intègrent peu à peu, de manière disparate selon les pays, la nécessité d'un changement dans les pratiques. C'est l'accumulation récente des travaux illustrant l'impact sévère d'une dépression prolongée sur la femme elle-même, sur l'enfant, sur le couple, qui achève de rompre la chape de plomb que la femme s'impose souvent à elle-même dans l'ignorance d'un trouble qu'elle attribue à son manque de volonté. La disqualification de soi envahit le tableau et ne facilite pas l'appel à l'aide.

Après un rappel des caractéristiques d'une « maladie », proche bien souvent d'une simple difficulté d'adaptation source de mal-être, les résultats des études et la description des expériences innovantes amèneront à dégager des principes généralisables pour une prise en charge collective qui doit inclure les professionnels médicaux, sociaux, psychiatriques, et les modes d'exercice public et privé. Les facteurs humains sont majeurs dans le changement des habitudes de travail. L'évaluation des pratiques demande que soient stabilisées les modalités d'utilisation des nouveaux outils mis à disposition.

I. DÉPRESSION PÉRINATALE (DPN) : UN CONCEPT RÉCENT

Longtemps n'a figuré dans les études médicales que la décompensation sévère dite « psychose du post-partum », redoutée par les équipes de maternité. Actuellement sont bien différenciés les trois troubles de l'humeur observés en période postnatale :

- le *baby-blues* qui touche 50 % des mères [2], de résolution spontanée avec un environnement adéquat, mais corrélé dans sa forme sévère à une DPP ultérieure [3]. Il mérite donc un accompagnement attentif et une évaluation s'il est profond et prolongé ;
- la décompensation « psychotique » (1 à 2 pour mille naissances), plus ou moins brutale, associée à une insomnie, des troubles du comportement, une distorsion des perceptions, parfois des hallucinations, survient rarement *ex nihilo*. Mais les signes prédictifs, en particulier les antécédents psychiatriques, ont pu échapper au suivi de la grossesse. Elle peut mettre la femme et/ou l'enfant en danger. Elle exige de ce fait un traitement urgent et souvent une hospitalisation ;
- la dépression du post-partum, mise depuis peu sous le projecteur grâce aux multiples publications qui en décrivent l'impact, parfois sévère, sur le développement de l'enfant et la famille. Dans ce cadre, la dépression paternelle, largement méconnue, mérite d'être décrite.

1.1. Un diagnostic trop souvent a posteriori

Hormis les lieux où existe une habitude stabilisée de partenariat interdisciplinaire, dans la pratique quotidienne le diagnostic est encore fait dans le cabinet du **médecin généraliste**, entre 2 mois et 1 an de la vie de l'enfant, quand la DPN retentit sur l'état général de la mère au point de nécessiter un traitement, éventuellement une hospitalisation. L'asthénie intense et les troubles du sommeil déclenchent la demande d'aide. Les cas sévères sont adressés au psychiatre qui a peu d'informations sur les étapes précédentes, sauf s'il connaît déjà la patiente sans que les antécédents aient été repérés en consultation obstétricale.

Les **sages-femmes** lors de la rééducation du périnée découvrent également des tableaux de détresse psychique méconnue. Le **pédiatre**, en recevant un nourrisson pour des troubles fonctionnels, peut interroger un éventuel mal-être maternel. Le pédopsychiatre, devant un trouble de l'alimentation, du sommeil ou de la communication, retrouve fréquemment un état dépressif larvé. C'est d'ailleurs en démontant la construction du malaise qu'ont pu se dégager des lignes directrices pour une prévention.

Le diagnostic d'une dépression, restée sous silence jusqu'alors, peut se réaliser plus tard, à partir de troubles constitués chez l'enfant plus âgé. La situation familiale s'est parfois dégradée. L'interrogatoire

poussé peut reconstituer la genèse des troubles émotionnels maternels, parfois paternels, que chacun a tus sans réelle conscience du caractère anormal du malaise. Il ne s'agit pas d'un lien de causalité linéaire vu la complexité du développement de l'enfant, mais d'un trouble dans les interactions précoces.

I.2. Élargissement à la dépression anténatale

Une étude prospective publiée en 1997 par Manzano [4] dans une revue de psychiatrie signalait l'existence de signes précurseurs de la DPP et décrivait un syndrome de dépression du prépartum. Gaynes en 2007 [5] propose le terme de dépression périnatale (DPN). En même temps que se précisent les effets sur la qualité des interactions et sur l'avenir développemental de l'enfant, toujours dans les revues spécialisées en santé mentale et en pédiatrie, apparaissent depuis peu les tentatives concrètes de dépistage anténatal, liées en général à des politiques de santé volontariste, qui seront décrites plus loin.

II. DÉFINITION ET INCIDENCE DE LA DPN

La dépression du post-partum, pathologie la plus fréquente de la femme dans l'année qui suit l'accouchement, est estimée entre 10 à 15 % selon les études et les populations observées. La dépression anténatale toucherait 15 à 20 % des femmes mais avec une intensité variable. Certaines femmes indiquent qu'elles présentaient en cours de grossesse des symptômes dépressifs non identifiés par les professionnels de santé. En effet les manifestations classiques de la grossesse peuvent masquer le risque ou l'existence d'une dépression hors exploration rigoureuse au cours d'un entretien. **Moins de 50 % de DPN seraient diagnostiquées, 18 % seulement traitées.**

Une synthèse de la littérature [6] indique une répartition significative. La DPN toucherait :

- 51 % des femmes qui vivent dans la pauvreté,
- 50 % des femmes qui ont des antécédents de dépression,
- 30 à 50 % des femmes ayant déjà présenté une DPP,
- 50 % de femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse,
- 45 % des mères adolescentes.

La majorité des DPP commencent dans les trois mois après la naissance, et 75 % avant six mois. Elles se déclarent parfois beaucoup plus tard, jusqu'à 18 mois. Elles durent trois à six mois, avec une résolution spontanée dans la majorité des cas, sans que l'humeur normale soit tout à fait revenue. Sans prise en charge efficace, 30 % des dépressions vont se poursuivre sans conscience de la nature du trouble, les sujets attribuant la cause de leur malaise au changement qu'apporte la naissance, à leur incapacité, et l'image détériorée de soi risque de se perpétuer. L'entourage ne perçoit pas plus qu'il existe un véritable malaise et les répercussions familiales augmentent la détresse.

Selon les études, 20 à 40 % des DPP débuteraient pendant la grossesse.

II.1. Une symptomatologie de gravité variable

Les tableaux sont divers et singuliers, tant l'histoire personnelle de la femme, son contexte de vie, influencent son état émotionnel vers un trouble de l'humeur ou non. De plus, la grande perméabilité à l'environnement dans le temps de grossesse rend très sensible à la proposition d'une écoute adaptée : **confier son insécurité dans un contexte de sécurité relationnelle diminue l'angoisse** [7], d'où l'évolutivité rapide. Ainsi les chiffres rapportés varient considérablement selon les époques, les contextes locaux, les organisations de soins, les méthodologies d'évaluation [8]. 70 % des DPN sont considérées comme **mineures**, proches des troubles de l'adaptation à la période stressante que représente l'accès à la maternité. Elles évoluent à bas bruit, peuvent se chroniciser et représentent de ce fait un risque plus important pour le lien avec l'enfant, et pour l'équilibre familial. Trente pour cent sont décrites comme **majeures**. Les symptômes plus massifs imposent le recours aux soins et répondent en général de manière favorable à un traitement alliant médicaments et psychothérapie. Les conséquences sur les liens familiaux peuvent se limiter, surtout si un minimum d'anticipation a évité la désorganisation brutale du quotidien.

Les symptômes les plus fréquents dans la dépression du post-partum s'ajoutent aux signes classiques de dépression générale [6] :

- sentiment de solitude,
- sentiments de dépréciation et d'auto-accusation,
- anxiété, irritabilité,
- fatigue, épuisement,
- perte d'énergie, d'intérêt, de plaisir,
- manque d'intérêt pour le bébé, peu de plaisir dans les soins,

- difficultés d'endormissement,
- changements d'appétit ou de poids,
- tristesse, humeur déprimée,
- idées récurrentes de mort ou de suicide,
- sentiments négatifs envers le bébé,
- crainte de faire mal au bébé.

Des indicateurs de DPP sont repérables dans la relation mère-enfant :

- baisse de tolérance aux cris et aux pleurs du bébé avec sentiment intense d'incompétence ;
- sollicitude anxieuse vis-à-vis de l'enfant, vérifications, difficultés à le confier ;
- soins « mécaniques » et routiniers sans engagement émotionnel ;
- anxiété et phobies d'impulsions avec mise à distance du bébé ;
- parfois émotions dépressives absentes et projection du négatif sur l'enfant perçu comme agressif ou hostile, ouvrant la voie à la maltraitance.

II.2. L'anxiété périnatale

Dans un rapport destiné à la direction générale de la santé de Genève [9], les auteurs présentent une synthèse de la littérature. La comorbidité entre symptômes dépressifs et anxieux durant la grossesse et le post-partum se retrouve fréquemment [10, 11]. Une étude anglaise portant sur 8 323 femmes enceintes [12] rapporte que 11 % d'entre elles souffrent d'anxiété et 13 % de dépression, avec poursuite en post-partum. Le chevauchement entre les symptômes dépressifs et anxieux durant la grossesse est un facteur de risque supplémentaire pour la dépression du post-partum.

La prévalence de l'anxiété durant la grossesse a été étudiée. Lee [13] rapporte en 2007 qu'environ 54 % des femmes enceintes présentent un niveau élevé d'anxiété, surtout dans le premier et le troisième trimestres. Un fort niveau d'anxiété double le risque d'un accouchement avant terme, ou d'un retard de croissance intra-utérin [14]. De nombreuses études pointent l'impact de l'anxiété prénatale sur le développement comportemental, émotionnel et psychomoteur du jeune enfant [15, 16]. L'expérimentation animale a démontré que le stress agit directement sur le cerveau fœtal par le biais du système hypothalamo-hypophysaire [17] et les répercussions peuvent être importantes à long terme [18, 19]. Dans une synthèse récente, Van den Bergh [20] décrit de manière précise des effets puissants du stress sur le développement ultérieur de l'enfant.

De plus, l'anxiété et le stress peuvent s'accompagner d'addictions avec leurs effets propres sur le fœtus (tabac, alcool, autres). Dans ce cas, l'automédication fréquente renforce tous les risques, en privant la femme des appuis techniques et humains.

II.3. La dépression paternelle

Encore plus méconnue, ne serait-ce que par un manque de contact avec des professionnels, la dépression paternelle dans les trois premiers mois serait estimée à environ 10 %, mais peu étudiée. Comme chez la femme, le fait de devenir parent remanie l'identité profonde. **L'augmentation très sensible des ruptures conjugales** en est la manifestation la plus visible. Des sentiments complexes peuvent traverser le père : impuissance, passivité, perte ou changement de place dans le couple, parfois doute sur la paternité, modifications physiques et émotionnelles chez sa compagne. Longtemps exclu des préoccupations médicales puisqu'il n'est pas le patient direct, sauf du médecin traitant qui constate la fatigue, l'insomnie, la prise d'alcool, le futur père n'est souvent pas entendu et/ou pas aidé à prendre la juste place dans le processus de naissance. Sa présence au moment de l'accouchement ne devrait pas s'improviser. Des efforts considérables se dégagent actuellement mais l'on est encore au début d'un accompagnement global maîtrisé de la famille au sein de la médecine périnatale.

Une corrélation forte entre dépression paternelle et troubles psychiatriques chez l'enfant à 7 ans a été démontrée dans une étude longitudinale portant sur 10 000 pères [9].

II.4. Conséquences de la DPN

Sur la femme elle-même : les complications obstétricales sont actuellement bien documentées [21] par le biais des altérations neuro-endocriniennes. Par ailleurs, les femmes souffrant de dépression plus ou moins larvée ont tendance à moins prendre soin d'elles (alimentation, sommeil), à moins s'impliquer dans le suivi médical, à calmer leur angoisse par des produits addictifs. Le risque de naissance prématurée ou de retard de croissance se trouve majoré [22].

Sur le fœtus : de nombreux travaux illustrent l'impact de la DPN sur l'enfant, depuis la vie intra-utérine jusqu'à l'âge adulte [23]. Ces corrélations sensibilisent d'ailleurs les psychiatres d'adultes à l'importance

du soin en période périnatale en prévention d'une psychopathologie ultérieure. Plusieurs mécanismes sont en jeu :

- augmentation du cortisol maternel dans les états dépressifs sévères,
- impact du cortisol maternel sur l'activité de l'axe HPA du fœtus,
- conséquences sur le développement psychomoteur et cognitif [24].

Sur le développement de l'enfant : une littérature considérable démontre les effets à long terme d'une DPP maternelle prolongée. En effet, la disponibilité émotionnelle de la mère est réduite, les échanges appauvris, les réponses aux besoins du nourrisson mal ajustées [25]. Les troubles de l'attachement [25] sont bien documentés. Malheureusement, la qualité du contexte environnemental est rarement prise en compte dans les études, alors qu'elle constitue une variable importante.

Sur le couple et la famille : en l'absence de support adéquat, la dépression maternelle peut être lourde de conséquences sur le conjoint et la fratrie. Une dépression paternelle peut s'y associer. Les séparations conjugales précoces sont repérées comme fortement corrélées à la pathologie dépressive. Les troubles émotionnels des enfants, puis les troubles du comportement à l'adolescence rendent impératif d'empêcher la chronicisation d'une dépression parentale.

II.5. Causes ou facteurs prédisposants ?

Leur connaissance permet d'armer une démarche de prévention de manière plus rigoureuse. Il n'existe pas de cause unique, mais un faisceau de facteurs favorisant et/ou précipitants.

Une vulnérabilité psychologique préexistante, en particulier les antécédents de dépression, troubles anxieux, DPN, se retrouve dans un fort pourcentage de cas. La présence de dépression chez les ascendants constitue un facteur de risque. Les études ne sont pas homogènes mais en clinique l'interrogatoire fin retrouve des carences ou séparations précoces dans l'enfance du nouveau parent dont parfois celui-ci n'avait pas conscience. Ces antécédents ne se disent pas spontanément dans les consultations classiques si la question n'est pas posée dans un climat bienveillant.

Les évènements de vie stressants peuvent agir, en particulier les pertes affectives dans la période de procréation. Le deuil d'un des parents peut générer un conflit délétère entre la joie d'un nouvel enfant

et la douleur liée au décès, variable selon la nature des liens et la qualité de l'environnement.

Les difficultés conjugales, dans cette période où le couple devrait partager le bonheur de la procréation, sont reconnues comme un facteur précipitant majeur, surtout si elles entraînent un sentiment de solitude et l'angoisse de l'avenir.

Le manque de soutien réel ou éprouvé majore tous les risques. Depuis fort longtemps les études ont souligné son impact au moment où la mère aurait besoin d'être entourée pour s'adapter à son enfant, surtout en présence d'autres facteurs d'insécurité. Nous verrons plus loin comment ce besoin peut et doit être anticipé dès le début de la grossesse.

La mauvaise qualité des relations que la femme entretient avec sa propre mère a été repérée avec une grande fréquence : manque de soutien ou au contraire envahissement anxieux, source d'un sentiment d'abandon, parfois de conflits conjugaux, tous ces éléments pouvant orienter vers une psychothérapie. La perte d'un parent durant l'enfance prédispose à la DPN. Nous verrons comment la présence attentive de professionnels, en particulier des sages-femmes dans une proximité fiable, peut atténuer les effets de cette perturbation du lien affectif.

Les antécédents d'abus ou la maltraitance augmentent le risque de DPN par une atteinte à la confiance en soi, en général dans un contexte familial perturbé donc peu fiable.

Les antécédents obstétricaux, s'ils ont laissé des séquelles émotionnelles, se retrouvent d'autant plus qu'ils ont laissé un sentiment de solitude ou de non-compréhension. Pour la grossesse actuelle la peur, même fugace, de mourir (lors d'une hémorragie de la délivrance), ou une séparation d'avec le nouveau-né, sont des événements fragilisants.

Tous les facteurs d'insécurité d'ordre existentiel, générateurs de stress, participent de manière non spécifique au risque de dégradation de l'humeur : migration, précarité, chômage du conjoint, peuvent à l'évidence abraser l'énergie nécessaire pour s'adapter aux besoins d'un nouvel enfant, conjointement aux éléments personnels. Ils participent à l'anxiété, la dévalorisation de soi, l'isolement social.

Répetons-le : aucun élément en soi ne revêt de valeur prédictive. Le sentiment subjectif qui accompagne les événements externes constitue une variable majeure, et il faut se garder de médicaliser les épreuves existentielles. Seul le faisceau de facteurs divers oriente la vigilance. Mais ces derniers ne se disent pas forcément au même interlocuteur dans le schéma classique de suivi de grossesse, donc en l'absence de dialogue approfondi ou de manque de coordination, le risque peut rester méconnu.

III. LE DÉPISTAGE DE LA DPN : NÉCESSAIRE ET DIFFICILE

L'ensemble des connaissances acquises renforce l'urgence d'une prévention primaire et secondaire :

- dépistage des signes d'alarme tôt dans la grossesse et ajustement du suivi,
- repérage d'une dépression débutante pour des soins immédiats.

III.1. Les obstacles au dépistage

Ils peuvent venir de la femme et du couple. La méconnaissance par la femme elle-même de l'existence de la maladie, dont elle s'attribue la responsabilité, a amené Nanzer [6] à publier un ouvrage synthétique et documenté, destiné au large public. « **La dépression postnatale. Sortir du silence** » souligne ce premier obstacle. Sorti en 2009, l'ouvrage reste succinct sur les possibilités concrètes de dépistage. Nous verrons que dix-huit mois plus tard, le même auteur participera à un rapport genevois axé sur la prévention de la DPN, beaucoup plus « musclé » sur les outils à mettre en place, ce qui témoigne d'une évolution rapide et très récente dans les pratiques.

Toutes les équipes périnatales ont constaté que le temps de grossesse est plus propice au repérage que le post-partum. En effet, en présence du bébé, il devient encore plus douloureux pour la mère de dire son malaise. S'y ajoutent la perte des liens avec les professionnels et l'isolement, sauf si le suivi postnatal a été anticipé.

Mais la femme enceinte ne parle pas aisément de son mal-être. Peur d'être jugée, peur de la relation, peur de déranger, peur des psychotropes, suivi chaotique, tentative de s'en sortir seule..., tous ces motifs font partie inhérente du trouble dépressif qui attaque l'image de soi et les capacités d'alliance avec un professionnel. Le désir de se confier se heurte vite à la peur d'être jugée ou lâchée par une banalisation.

L'entourage peut aggraver la situation en stigmatisant un manque de volonté.

La confusion avec les signes classiques de l'adaptation au changement d'état et à la parentalité a déjà été soulignée et reste le problème majeur.

Par contre le comportement vis-à-vis du suivi de grossesse proposé est un bon indicateur mais exige une vigilance de la part des professionnels : rendez-vous manqués, pas d'accès ou refus de l'entretien prénatal ou des séances de préparation, consultations répétées aux

urgences, indiquent une perturbation des capacités à prendre soin de soi et à faire confiance, une fois évalués les obstacles matériels.

Du côté des professionnels, le praticien qui suit la grossesse a longtemps manqué de disponibilité, de formation, de collaborations - au final un manque d'outils aggravé par le peu de retour sur le devenir de la famille.

Il peut lui-même être mal à l'aise devant des attitudes qu'il ne comprend pas. Il ne sait pas toujours comment orienter, de peur d'inquiéter encore plus sa patiente. On entend parfois des femmes dire leur souci de montrer un visage affable au médecin responsable de leur sécurité.

Le cloisonnement, en particulier entre les secteurs intra et extra-hospitaliers, a réduit longtemps les possibilités de repérage. Le médecin traitant, lorsqu'il existe, peut disposer d'une bonne connaissance des fragilités familiales, des prises de psychotropes antérieures, des signes fonctionnels chez le conjoint, ou des addictions. Il reste peu relié au suivi de grossesse effectué par le spécialiste. Ce manque de partenariat aggrave la situation postnatale, faute d'activation du seul professionnel inscrit dans la continuité et la globalité familiales. Des superpositions d'action et d'avis en résultent. Le gâchis d'énergie parfois impressionnant s'ajoute à l'impact insécurisant des propos divergents.

Le peu de collaboration régulière, jusqu'à ces dernières années, avec les praticiens du psychisme fut une barrière, se heurtant à la culture de la confidentialité et au manque de communication. La psychiatrie de liaison certes existait dans certains centres universitaires, sans résoudre pour autant les divers niveaux d'intervention : le dépistage précoce, les modalités d'orientation avant un trouble avéré, l'organisation du réseau de soins indispensable dans une continuité suffisante, comme traitement essentiel de l'état dépressif (ou de son risque).

Pour résumer, le professionnel se sentait mal armé pour avancer dans le champ des émotions et de la subjectivité. Demander à rencontrer le futur père avant la naissance ne fait pas partie de la pratique habituelle, sauf en cas de problème médical tel que la découverte d'une anomalie fœtale. À ce propos, il faut souligner les acquis liés à la démarche du diagnostic anténatal en termes de rigueur dans la communication avec les couples, et entre professionnels de spécialités différentes. On peut risquer l'analogie avec une même démarche à construire dans l'exploration précoce et systématique d'une fragilité pour l'enfant à venir au travers d'une vulnérabilité parentale. Manquent seulement les preuves matérialisées qui caractérisent la médecine moderne.

III.2. Les outils du dépistage précoce

L'enjeu est d'ouvrir le dialogue, la femme étant la seule à renseigner la question de l'humeur, au moins dans un premier temps. Mais surtout sa prise de parole constitue en soi le premier facteur thérapeutique, surtout si sa parole est accueillie, prise en compte, et reçoit les réponses ajustées sans stigmatisation.

III.2.a. Les questionnaires sont-ils utilisables et efficaces ?

Il existe de grandes variations selon les terrains, les pays, les politiques de santé, la mise à disposition d'autres outils. Mis au point dans un objectif de recherche, certains sont utilisés en pratique courante, avec des réserves sur leur efficacité.

L'EPDS [27], le plus utilisé, est conseillé après quelques questions du praticien concernant l'humeur :

- « Vous êtes-vous sentie épuisée ou découragée ces derniers temps ? » ;
- « Éprouvez-vous parfois une fatigue telle que vous en pleurez ? » ;
- « Sentez-vous moins d'intérêt et de plaisir à faire les choses ? ».

Une simple phrase selon l'aisance du praticien peut suffire : « Comment vous sentez-vous ? De nombreuses femmes éprouvent un malaise que nous avons le souci de prendre en compte, afin que tout se passe au mieux pour vous et pour l'arrivée du bébé... N'hésitez pas à en parler ». Pour poser ces questions de bon sens, le praticien doit déjà s'appuyer sur des collaborations « au cas où ». La proposition d'un auto-questionnaire peut venir dans la suite. Mais de manière générale, cet outil est battu en brèche par les nouvelles dispositions pour une meilleure écoute, en voie de généralisation.

III.2.b. L'entretien prénatal (dit du 4^e mois en France)

Recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans un rapport de 2002, sa diffusion est encore parcellaire et ne concerne que quelques pays. Mais on note depuis peu une nette accélération. Le rapport déjà cité à la direction générale de santé de l'État de Genève en 2010 intitulé : « L'entretien prénatal : un outil de prévention de la dépression postnatale et de soutien à la parentalité » insiste sur l'urgence d'offrir de manière systématique cet entretien pour contrer les conséquences sévères de la DPN. Les auteurs offrent un balayage complet de la pratique en divers pays : France, Belgique, Australie, Suisse.

En France, le plan Périnatalité 2005-07 a mis en avant la sécurité émotionnelle des femmes enceintes amarrée à la sécurité somatique, comme objectif majeur.

La circulaire [28] qui l'accompagne définit trois axes :

- mise en place d'un **entretien prénatal médical**, réalisé par une sage-femme ou un médecin, avec des formations adéquates [29] ;
- généralisation et lisibilité des **collaborations médico-psychologiques** sans lesquelles l'entretien risque de tomber à plat ;
- diffusion d'une **culture du travail en partenariat** par des méthodes pédagogiques adaptées [30].

La mise en place de l'entretien s'organise depuis quelques années de manière progressive, disparate, les deux autres points n'étant pas totalement couverts. Des obstacles de tous ordres ont freiné sa diffusion : crainte de perdre les patientes, réactions institutionnelles, manque de formation et de supervision, problèmes d'organisation dans une phase d'économies budgétaires, absence de culture commune. La proposition d'un temps long d'échange n'a rien à voir avec l'écoute bienveillante lors des consultations de routine. La reprise minutieuse des antécédents obstétricaux d'une part, l'exploration du réseau de soutien actuel et à venir lors du retour à domicile mère/enfant, s'avèrent de bonnes portes d'entrée, non intrusives. Elles donnent un éclairage sur la qualité des liens et sur d'éventuelles séquelles émotionnelles. Surtout, l'entretien permet à la femme enceinte (au couple) de poser **ses questions**. Cette simple prise de parole assortie de réponses adéquates fournit un premier élément de confiance qui aidera à la construction d'une alliance, à partir de laquelle les facteurs d'insécurité se disent aisément.

Parallèlement, le dialogue avec une femme et un couple est largement facilité lorsque celui ou celle qui mène l'entretien dispose d'un éventail d'outils : disponibilité d'un professionnel « psy » en deuxième ligne après un échange chargé, culture des transmissions ciblées, spécialistes référents selon les besoins. La liaison doit se personnaliser dans les cas difficiles. Tous les parents désignent après coup le facteur essentiel de leur propre sécurité : avoir éprouvé que les professionnels se parlent. Tout ceci relève d'une organisation fondée essentiellement sur des facteurs humains. Le temps passé là se retrouvera dans une meilleure sécurité pour chacun, moins de consultations aux urgences, intérêt de travailler ensemble dans l'anticipation des risques. Les discours ne suffisent pas. Il faut éprouver le soulagement après une liaison, l'enrichissement que procure l'échange de perceptions différentes, pour se convaincre du bien-fondé de l'entretien, porte d'entrée à une prise en charge coordonnée. Du côté des sages-femmes, appeler un médecin (et encore plus un généraliste ou un psychiatre) constituait pour beaucoup un virage culturel. Là encore, il faut en avoir éprouvé l'intérêt et l'efficacité pour s'y sentir à l'aise.

Récemment [31] une prise de conscience se fait autour du retour d'information. Les enquêtes des réseaux périnataux comptabilisent le nombre d'orientations vers le travailleur social ou le psychologue/psychiatre, mais peu ou pas le retour personnalisé vers le praticien qui suit la grossesse, encore moins vers le médecin traitant dont on a vu le rôle essentiel dans ces situations. Dans certains cas le praticien se retrouve privé de points de vue essentiels pour sa propre estimation, ce qui ne facilite pas sa confiance dans l'outil. Il existe un risque non négligeable de morcellement. Aucune orientation spécialisée ne devrait se proposer sans un minimum de coordination. L'élaboration commune du projet de soins devrait relever de la même rigueur que pour les situations somatiques à haut risque, mais là les acteurs se retrouvent plus dispersés par leur discipline et leur mode d'exercice, ce qui rend la cohérence plus délicate à assurer. Le changement d'habitudes n'est pas à négliger et éclaire la réticence encore présente.

La question de l'évaluation se pose. Il faut d'abord stabiliser la pratique avant de l'évaluer correctement :

- comment et par qui est proposé l'entretien prénatal ?,
- comment est-il mené ?,
- sur quelle organisation débouche-t-il ?,
- dans quel contexte local est-il proposé ?.

La nécessité d'une **coordination** émerge naturellement de l'analyse des besoins dans les cas complexes. Qui l'assure ? Des initiatives existent [32]. Des postes se créent. Mais surtout la fonction de l'entretien s'assouplit et se diversifie. Quelques études rétrospectives auprès des femmes ont recueilli ce témoignage : « *après l'entretien nous ne consultons plus aux urgences, nous savons qui appeler* ». Le plus dur reste la nécessité d'un exercice à plusieurs, dans un respect mutuel des divers professionnels de champs différents, peu habitués à se parler. L'anticipation des étapes à venir met en jeu de multiples acteurs. Prévoir la sortie et activer le réseau de proximité s'avère indispensable si l'on veut juguler la montée d'anxiété au retour à domicile.

Les réseaux périnataux jouent en France un rôle majeur pour améliorer cette connaissance interprofessionnelle par des Journées de travail ou l'organisation de formations interdisciplinaires.

La **Belgique** s'est basée sur le modèle français tout en enrichissant les possibilités de rencontre autour de la parentalité et du bien-être physique et psychique.

En **Australie**, une politique active de dépistage et de soins s'est mise en place. Constatant la connaissance rudimentaire du public, le gouvernement a institué l'entretien à visée informative sur les complications de santé émotionnelle qui peuvent survenir chez la femme

enceinte, renouvelé 1 à 2 mois après l'accouchement. Une publication très récente [32] décrit une expérience locale de consultation spécialisée de liaison, assurée par une infirmière psychiatrique, proposée à toutes les femmes enceintes, en collaboration avec les partenaires de santé. Sur une période de 2 ans, le service a reçu 743 appels répartis en anténatal et postnatal. Quatre cent huit femmes ont pris rendez-vous. Dix-sept pour cent ne sont pas venues. La majorité des femmes présentaient au moment de la consultation des signes de dépression, avec une nette amélioration de leur état psychique. Ceci confirme l'extrême sensibilité à l'écoute et au soutien des femmes vulnérables.

La Suisse multiplie les propositions de « conseil en périnatalité » assuré par les sages-femmes dans un objectif de prévention globale, au travers d'un réseau personnalisé jusqu'à la petite enfance, quand le besoin existe. Le groupe de Genève mène une action prolongée de recherche et d'évaluation ciblée sur la prévention de la DPN. Sont étudiées la faisabilité et l'acceptabilité de l'entretien pour la femme elle-même. Les résultats globaux sont positifs. Du côté des sages-femmes, l'expérience acquise dans la gestion d'un entretien paraît une condition minimale. Par contre le manque de formation au travail en partenariat ressort, comme pour tous les professionnels de la périnatalité. Il faudra attendre les premières évaluations des effets spectaculaires d'une telle coordination pour enfoncer le clou.

IV. LE TRAITEMENT DE LA DPN

Prévention et traitement sont tellement intriqués qu'il vaut mieux les envisager ensemble. Les données ci-dessus indiquent que les ressorts thérapeutiques diffèrent de la dépression générale. Les soins corporels, le réseau humain autour de la femme et du couple, l'anticipation des étapes à vivre, la mise en place des supports nécessaires avant la dégradation, font partie des soins et suffisent dans un pourcentage de cas notable. Tout ce qui améliore la sécurité éprouvée par la future mère, la confiance qu'elle ressent vis-à-vis des professionnels et par là vis-à-vis d'elle-même, vont toucher droit au nœud de sa fragilité. Il faut noter que tous ces éléments donnent leur pleine efficacité quand l'équipe périnatale bénéficie d'un éclairage par un spécialiste disponible au rythme de l'obstétrique et ne se sent pas seule. Un minimum d'engagement relationnel s'impose, ne serait-ce que de rappeler certaines patientes après un rendez-vous raté si l'on suspecte une fragilité.

Le traitement spécialisé reste indispensable dès que le mal-être devient envahissant. La plupart des études concordent sur l'alliance nécessaire psychotropes et psychothérapie, dans les cas de sévérité plus importante. Vient le dilemme entre effets des psychotropes et effets de l'anxiété/dépression. Un risque balancé se traitera avec l'aide de la pharmacovigilance, car il faut tenir compte des antécédents, des prises et arrêts de psychotropes, et pas seulement de la nocivité potentielle d'un produit.

L'ensemble des niveaux de prévention et de soins a fait l'objet de mise en « recommandations » à partir d'une expérience locale bénéficiant de collaborations médico-psychologiques anciennes et d'une bonne culture de réseau [34]. Les conditions minimales nécessaires à la pertinence des projets personnalisés de soins s'organisent peu à peu. Les équipes inventent selon l'histoire locale. Le secteur libéral s'organise au travers d'outils innovants [35]. Des principes généraux se dégagent progressivement.

Le réseau périnatal « Naître et grandir en Languedoc-Roussillon » (NGLR) a mené un long travail au sein d'un groupe pluridisciplinaire, toutes professions concernées représentées (médicales, publiques ou privées, médico-sociales, psychologiques et psychiatriques, pharmacologiques). La fiche technique qui en ressort, disponible sur le site du réseau NGLR [36] a le mérite de proposer une démarche progressive à partir de la question des psychotropes, comme on peut le faire pour toute autre prise de produits : « *Prenez-vous ou avez-vous déjà pris un anxiolytique ou un antidépresseur, ou autre ?* » Aborder la question des psychotropes en consultation de grossesse répond à plusieurs objectifs :

- ouvrir le dialogue sur la question,
- répondre aux questions de la femme et de son entourage,
- questionner sur des épisodes antérieurs : qui a prescrit ?,
- rassurer sur la possibilité de traiter un épisode dépressif si nécessaire,
- éviter un arrêt intempestif,
- resserrer la surveillance fœtale,
- préparer l'accueil de l'enfant, sa prise en charge et son suivi,
- anticiper avec les parents l'intérêt d'une articulation pluridisciplinaire.

Lorsque ces questions sont posées dans le cadre du suivi ordinaire de grossesse afin de prévoir les besoins spécifiques de la mère, ceux de l'enfant, les questions d'allaitement, de connaître d'éventuels professionnels déjà impliqués, les bases sont jetées pour un suivi ajusté. Lequel comprend la surveillance des risques potentiels, la vigilance sur le suivi chez des patientes en difficulté relationnelle, l'anticipation des étapes-clés, l'activation des acteurs de proximité.

Les outils de base sont ceux d'une grossesse à risque médical auxquels s'ajoute une étroite coordination avec les intervenants de proximité dans la durée : médecin traitant, équipe de PMI (Protection maternelle et infantile) et autres spécialistes selon les besoins. Au minimum il faut tabler sur :

- un professionnel référent choisi par le couple,
- un entretien précoce,
- une fonction de coordination dès lors qu'on suspecte une diversité d'intervenants,
- une sage-femme de proximité en anté et post-partum,
- la liaison avec le médecin traitant,
- l'exploration des soutiens familiaux (père, famille élargie),
- un psychologue ou pédopsychiatre en première ou deuxième ligne,
- la collaboration suivie avec la pharmacovigilance,
- des échographies rapprochées si prise de psychotropes,
- l'anticipation du post-partum et des suites de couches,
- la rencontre avec un pédiatre en anténatal (allaitement, modalités de suivi),
- éventuellement une hospitalisation de 24 à 48 heures en secteur de grossesse pour assembler les rendez-vous (anesthésiste, visite de la salle d'accouchement, psychiatre référent du lieu de naissance...) et dédramatiser en cas d'antécédents,
- l'organisation du suivi de la mère après la sortie,
- éventuellement soutien de la relation parents-enfant.

L'urgence non anticipée est un facteur de risque pour la famille et pour les équipes. Il faut l'éviter à tout prix.

Le principe d'une consultation préconceptionnelle se répand. Elle constitue un élément de sécurité essentiel pour le couple, et pour les professionnels.

S'appuyant sur ce type d'organisation, les parents témoignent après coup du mieux-être éprouvé. La dédramatisation ne peut se faire qu'avec des outils précis. Ceux-ci relèvent plus d'une organisation et de facteurs humains qui s'élaborent en chaque site. Le temps passé à la liaison doit se retrouver dans l'aisance acquise au cours du suivi. Les divers scénarios prévus pour l'accueil de l'enfant en cas de besoin évitent la montée d'angoisse tant chez les parents que dans les équipes.

Il a été démontré que le coût d'un tel programme s'équilibre vite par la réduction des soins ultérieurs [37]. Mais à l'évidence l'effort doit se poursuivre vers un rapprochement efficace des acteurs concernés. En ce sens, une méthode pédagogique de revues de cas complexes, prospective et interdisciplinaire, permettant d'inviter un groupe à

élaborer des hypothèses, définir des outils de travail, et en mesurer les effets par l'évolution de la situation, se répand largement. Elle recueille un indice de satisfaction remarquable, malgré une certaine lourdeur dans l'organisation.

CONCLUSION

Prévenir, accompagner, traiter la DPN relèvent d'une même logique. Les effets bien documentés sur le développement de l'enfant aiguillonnent la recherche de nouvelles stratégies. Les moyens mis en jeu sont essentiellement qualitatifs mais relèvent d'une organisation précise à mettre en place. La mobilisation des ressources jusqu'alors cloisonnées par manque de communication dégage un surplus d'efficacité et de sécurité, pour la femme et sa famille d'abord, mais aussi pour l'ensemble des professionnels impliqués. Une clinique étroitement coordonnée, s'appuyant sur des principes d'organisation stabilisés, offre aux parents vulnérables une expérience neuve de protection et de fiabilité dans un moment de grande perméabilité à l'environnement. La sécurité ressentie dans le présent peut « détoxiquer » des moments du passé chargés d'angoisse - les travaux récents sur la mémoire en décrivent le mécanisme. Une fois dépassées la phase de tâtonnements et certaines réticences au changement, l'efficacité d'une telle prévention semble emporter l'adhésion là où elle se met en place. Le retour d'information sur le devenir des familles s'avère indispensable aux équipes de périnatalité, l'évaluation des attitudes dans le domaine des émotions restant imprécise avec les méthodes habituelles.

Un tel élargissement des objectifs de la médecine périnatale peut se considérer comme une nouvelle étape, riche d'enseignements humains et intellectuels, à condition que l'action reste centrée sur l'arbre décisionnel du suivi médical recevable par les femmes les plus vulnérables, non stigmatisant. En France, l'action des réseaux périnataux peut constituer un formidable outil. La culture du partenariat personnalisé n'en est qu'à ses débuts, avec d'heureuses percées. Elle nécessite de rompre l'isolement professionnel, et du côté de la psychiatrie d'opérer un profond changement dans les habitudes de travail. La prévention de la psychopathologie sous toutes ses formes constitue un enjeu majeur de santé publique. Il semble que nous disposions enfin de quelques clés. Le témoignage des équipes qui s'y sont engagées, les premiers résultats publiés, sont un encouragement.

Bibliographie

- [1] W.H.O. The World Health Report 2001, Mental Health: new understanding, new hope. Geneva.
- [2] Kennerley H, Gath D. Maternity blues reassessed. *Psychiatr Dev* 1986;1:1-17.
- [3] Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50:275-285.
- [4] Manzano J, Righetti-Veltema M, Connerreard E. Le syndrome de dépression du prépartum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du postpartum. *Psychiatr Enf* 1997;40(2):533-552.
- [5] Gaynes BN *et al.* Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005;(119):1-8.
- [6] Nanzer N. La dépression postnatale : sortir du silence. Lausanne, Favre 2009.
- [7] Molénat F. Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains. Toulouse, Erès 2009.
- [8] Dayan J. La dépression périnatale : évaluer et traiter. Paris, Masson 2008.
- [9] Rossignol AS, Nanzer N, Etter JF. L'entretien prénatal : un outil de prévention périnatale et de soutien à la parentalité. Rapport à la Direction générale de la santé de l'État de Genève 2009.
- [10] Field T *et al.* Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *J Obstet Gynaecol* 2002;22(3):260-6.
- [11] Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord* 2007;101(1-3):169-74.
- [12] Glover V *et al.* Antenatal maternal anxiety is linked with atypical handedness in the child. *Early Hum Dev* 2004;79(2):107-18.
- [13] Lee AM *et al.* Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynaecol* 2007;110(5):1102-12.
- [14] Katon WJ, Seelig M. Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *J Occup Environ Med* 2008;50(4):459-67.
- [15] Buitelaar JK *et al.* Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiol Aging* 2003 May-Jun;24 Suppl 1:S53-60; discussion S67-8.
- [16] Glover V, O'Connor TG, O'Donnell K. Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neurosci Biobehav Rev* 2010 Sep;35(1):17-22. Epub 2009 Nov 13.
- [17] Cambonie G. Comment agit le stress sur le fœtus ? In Roegiers L, Molénat F : Stress et grossesse. Toulouse Erès 2011.
- [18] Bergman K *et al.* Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(11):1454-63.
- [19] Glover V *et al.* Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34(3):430-5.
- [20] Van den Bergh BRH. L'exposition prénatale au stress maternel associée à des altérations neuro-développementales ? In Roegiers L, Molénat F, Stress et grossesse, Toulouse Erès 2011.
- [21] Marcus SM, Heringausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Prim Care* 2009;36(1):151-65.
- [22] Heron J *et al.* The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004;80(1):65-73.
- [23] Goodman SHB. Parental psychopathology and its relation to child psychopathology. In *Handbook of clinical psychopathology*. MHAM Gross 2008.
- [24] Blair RJ. Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathology. *Dev Psychopathol* 2005;17(3):8655-91.
- [25] Murray L, Creswell C, Cooper PJ. The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychol Med* 2009; 39(9):1413-23.
- [26] Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41(6):737-46.
- [27] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. *Development*

of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;(150):782-786.

[28] Circulaire sur les collaborations médico-psychologiques, juillet 2005, www.sante.gouv.fr.

[29] Référentiel de formation à l'entretien périnatal précoce. www.sfm.net.

[30] Référentiel de formation au travail périnatal en réseau. www.sfm.net.

[31] Molénat F. Écouter les femmes enceintes... et après ? *Rev Med Perinat* 2012; 4:51-52.

[32] Harley S *et al.* Evaluating the clinical efficacy of a primary care-focused, nurse-led, consultation liaison model for perinatal mental health. *International J of Mental Health Nursing* 2012;21:75-81.

[33] Gillard P *et al.* UMPSP au CHU d'Angers. In XXXIX^{es} J SFMP, Paris Arnette 2009.

[34] Baumler M *et al.* Grossesse et troubles psychiatriques. Recommandations de bonnes pratiques. In XXXVII^{es} J SFMP, Paris Arnette 2007.

[35] Roy J, Kojayan R, Tutunovic C, Havasi K. Un pôle périnatal de prévention en santé mentale en maternités privées. In Molénat F, Prévention précoce : petit traité pour créer des liens humains. Toulouse Erès, 2009.

[36] Réseau Périnatal « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon ». Fiche technique « grossesse et psychotropes » 2009.

