

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch/play/129497>

User : visioR

Password : 2020

## **Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 8 décembre 2020**

Première heure :

### **Dépression du post-partum : quelles conséquences pour l'enfant ?**

Dre Morisod-Harari, CHUV

D'un point de vue psychiatrique, la période périnatale comprend la grossesse, la naissance et jusqu'à deux ans après la naissance. Durant cette période, il y a une importante dépendance de l'enfant.

Durant cette période, il existe une crise psychique périnatale, avec une crise identitaire maternité-paternité, un peu comparable à celle de l'adolescence.

Entre dépression post-partum et dépression péri-partum, il s'agit en fait d'un continuum. Il y a environ 15% de dépression pendant la grossesse, 13% dans la première année après l'accouchement.

Les mères consultent peu et ont souvent honte de ne pas se sentir bien. Pourtant il y a un traitement efficace souvent bref.

Les conséquences sont importantes pour la santé, le couple et l'enfant.

La pathologie est mal classifiée dans la CIM 10 et dans le DSM IV.

Les signes sont :

- Honte de se sentir mal dans cette phase de vie.
- Culpabilité d'être une mauvaise mère.
- Tristesse difficilement explicable, pleurs.
- Anxiété disproportionnée.
- Fatigue, troubles du sommeil, plaintes somatiques.
- Manque d'envie, manque de plaisir.
- Découragement.
- Idées suicidaires.

La mère déprimée est souvent physiquement présente mais psychiquement absente, ce qui peut faire vivre au bébé une carence affective.

Et le père ? 11% des pères peuvent faire une dépression, encore moins visible que pour les mères. Le travail de la crise identitaire est identique à celui de la femme. Il y a un changement de rôle dans l'équilibre familial. Les formes de symptômes extériorisées sont plutôt la violence, s'échapper par le travail.

Le baby blues correspond à un trouble léger après l'accouchement, avec une forte émotivité, passant des pleurs à l'euphorie. Le tableau est parfois très fort, de durée courte, un traitement de soutien est en général suffisant.

La psychose du post-partum est grave. Il y avait des idées délirantes, de la confusion, un discours et un comportement étranges. La fréquence est de 0,1 à 0,3%, survient en général dans les 4 à 6 premières semaines. La durée peut être de quelques semaines à quelques mois. Cette forme nécessite des soins urgents.

La dépression du post-partum touche 13% des femmes, les symptômes durent plus que deux semaines. Elle peut survenir dans les 2 à 3 mois après l'accouchement, d'une durée de quelques semaines à quelques mois. Des soins sont nécessaires, la rémission spontanée est possible.

Le tableau associe parfois une forte tristesse, l'impossibilité de se lever, des signes d'incompétence. Parfois l'aspect est latent ou masquée : la femme se plaint seulement de fatigue. Il n'y a pas d'investissement de l'enfant, pas de plaisir à s'en occuper et il existe un risque de maltraitance.

Lorsque la mère est déprimée, les soins physiques élémentaires sont pratiqués, la mère a souvent un visage inexpressif (still face), des réponses inappropriées, des projections ou des pensées négatives sur l'enfant.

Les conséquences sont une baisse du seuil de tolérance aux cris et aux pleurs, une sollicitude anxieuse vis-à-vis du bébé ; la mère a peur de confier l'enfant à des tiers. Les soins sont mécaniques, avec peu de plaisir, pas d'engagement émotionnel.

On peut également observer des phobies d'impulsion, crainte de faire mal au bébé, de laisser le bébé dans la baignoire. La mère s'écarte du bébé.

La mère peut projeter des émotions négatives.

Parmi les facteurs de risque de dépression du post-partum, on retrouve : la vulnérabilité psychique et/ou familiale, des troubles du pré-partum, des événements de vie stressants, la qualité de vie conjugale, le manque de soutien de ses propres parents, une mauvaise qualité de relation avec sa mère, une mère adolescente.

En cas de migration, une femme sur trois présente une dépression du post-partum.

Les troubles anxio-dépressifs prénataux sont prédictifs de dépression.

En cas de migration, une femme sur trois présente un trouble dépressif.

Les troubles anxio-dépressifs prénataux sont prédictifs de dépression.

Les facteurs de protection sont la qualité du fonctionnement psychologique du parent, l'anticipation positive, la qualité de la relation conjugale, un bon niveau actuel, une propension d'avoir la capacité de demander de l'aide à autrui.

Les conséquences de la dépression du post-partum sur la santé de l'enfant peuvent se voir jusqu'à l'âge de 18 ans. Durant la grossesse, la dépression peut entraîner un retard de croissance intra-utérin.

Le bébé risque de souffrir d'une rupture du partage émotionnel, une perte de l'accommodage affectif.

Les signes pathologiques qui peuvent être observés chez le bébé sont :

- L'évitement du regard, de la voix.
- Le freezing (gel postural).

- Le bébé soumis
- L'auto-agression (retournement de l'agressivité contre soi) ou l'absence de signe de réaction à la douleur.
- Les troubles du comportement comme agressivité, hyperactivité.

La mère peut être physiquement présente mais psychologiquement absente, ce qui entraîne des interactions appauvries, une sous-stimulation. L'accordage émotionnel est défaillant. Ceci a des conséquences sur le comportement de l'enfant.

À court terme, on observe des troubles relationnels, des troubles alimentaires, des troubles du sommeil.

À long terme, il y a des troubles de l'attachement, des déficits cognitifs, des troubles intellectuels, des retards de langage et d'autres.

Les facteurs influençant sont le moment de l'âge d'apparition, la gravité de la dépression, l'âge de l'enfant au moment de la dépression maternelle, la présence et/ou qualité de l'entourage et les éventuelles conséquences d'une séparation si la mère doit être hospitalisée.

Il ne faut pas oublier le rôle du père.

Une dépression post-partum peut survenir à la 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> grossesse. Il faut observer les caractéristiques de l'enfant (état de vigilance, tonicité, état de santé, apparence propre, terme, rang dans la fratrie) qui peuvent influencer le déclenchement d'une dépression.

Très souvent, la dépression est détectée par les troubles fonctionnels exprimés par l'enfant, qui réagit aux affects dépressifs de sa mère. Une mère déprimée peut par exemple multiplier les consultations.

L'échelle d'Édimbourg est un outil de dépistage utile.

Le traitement consiste en soutien non spécifique, effectué par la sage-femme, poids régulatrice, obstétricien, généraliste, pédiatre, le groupe de parole. Si cela n'est pas suffisant, il faut faire appel au pédopsychiatre. Les possibilités thérapeutiques sont la psychothérapie mère-enfant, les médicaments, rarement une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Le psychiatre et le pédopsychiatre sont concernés. Le psychiatre intervient si la dépression est chronique, s'il connaît déjà la mère, qu'il y a peu de troubles de la relation entre la mère et l'enfant.

Le pédopsychiatre intervient si la dépression est en lien avec la naissance et qu'il existe des troubles de la relation mère-enfant.

Souvent, la prise en charge à deux est utile (thérapie bifocale) ou selon la demande de la mère.

Le travail en réseau est important, le père et les différents intervenants doivent participer.

Souvent, les parents sont très réceptifs à la proposition d'aide, survenant à un moment propice pour accepter une prise en charge.

Le pédopsychiatre essaie de changer le regard de la mère sur le bébé, de ne pas voir les aspects négatifs. Il procède une analyse des ressources, du comportement du bébé, de la qualité de la relation.

La dépression du post-partum est une pathologie souvent sous-estimée.  
Les conséquences sont importantes pour la femme, le couple, le développement de l'enfant.  
Des soins sont possibles et efficaces.

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)