

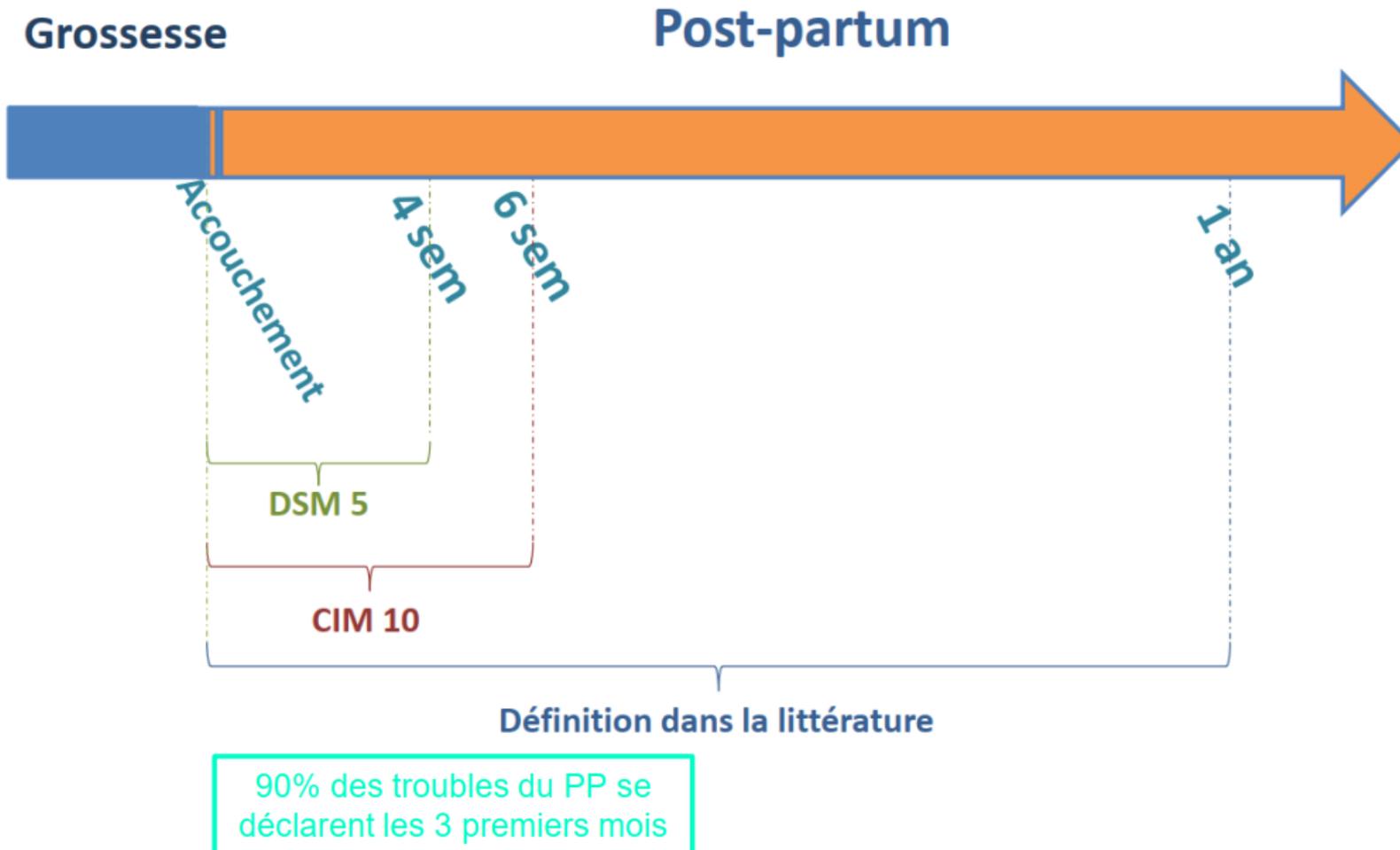
# Dépression périnatale

**Professeur Catherine MASSOUBRE**

**CHU de Saint-Etienne**

**Université Jean Monnet, équipe de recherche TAPE 7423**

UPT C Massoubre 120625



# CONCEPTS DE PSYCHOLOGIE EN PÉRIODE PÉRINATALE

**Crise maturative**  
(Bydlowski)

Réorganisation identitaire  
Crise parentale de la 1<sup>ère</sup> naissance



**Transparence psychique**  
(Bydlowski)



**Bébé imaginaire / bébé réel**  
(Brazelton, Bruschweiler-Stern, Bydlowski,  
Cramer, Lebovici, Soulé, Stern)



*bébé rival,  
bébé persécuteur,  
bébé tyran,  
bébé réparateur,  
bébé indifférencié*

# CONCEPTS DE PSYCHOLOGIE EN PÉRIODE PÉRINATALE

Préoccupation maternelle primaire  
(Winnicott)



Naissance et arrivée de l'enfant  
= facteur de stress majeur

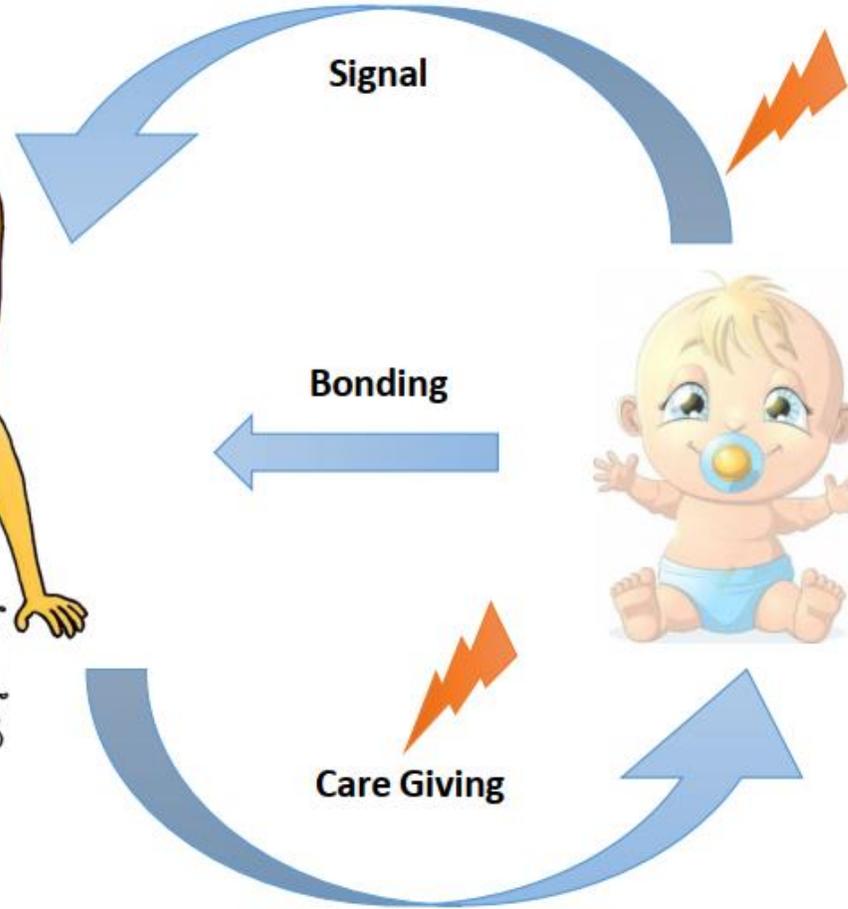


# L'ATTACHEMENT SÉCURE

Parent non disponible  
*(stressé, déprimé, délirant, absent...)*

Parent prématuré

Parent autiste / psychotique



Enfant non disponible  
*(douleur, tr vigilance, stress, ...)*

Enfant prématuré

Enfant autiste

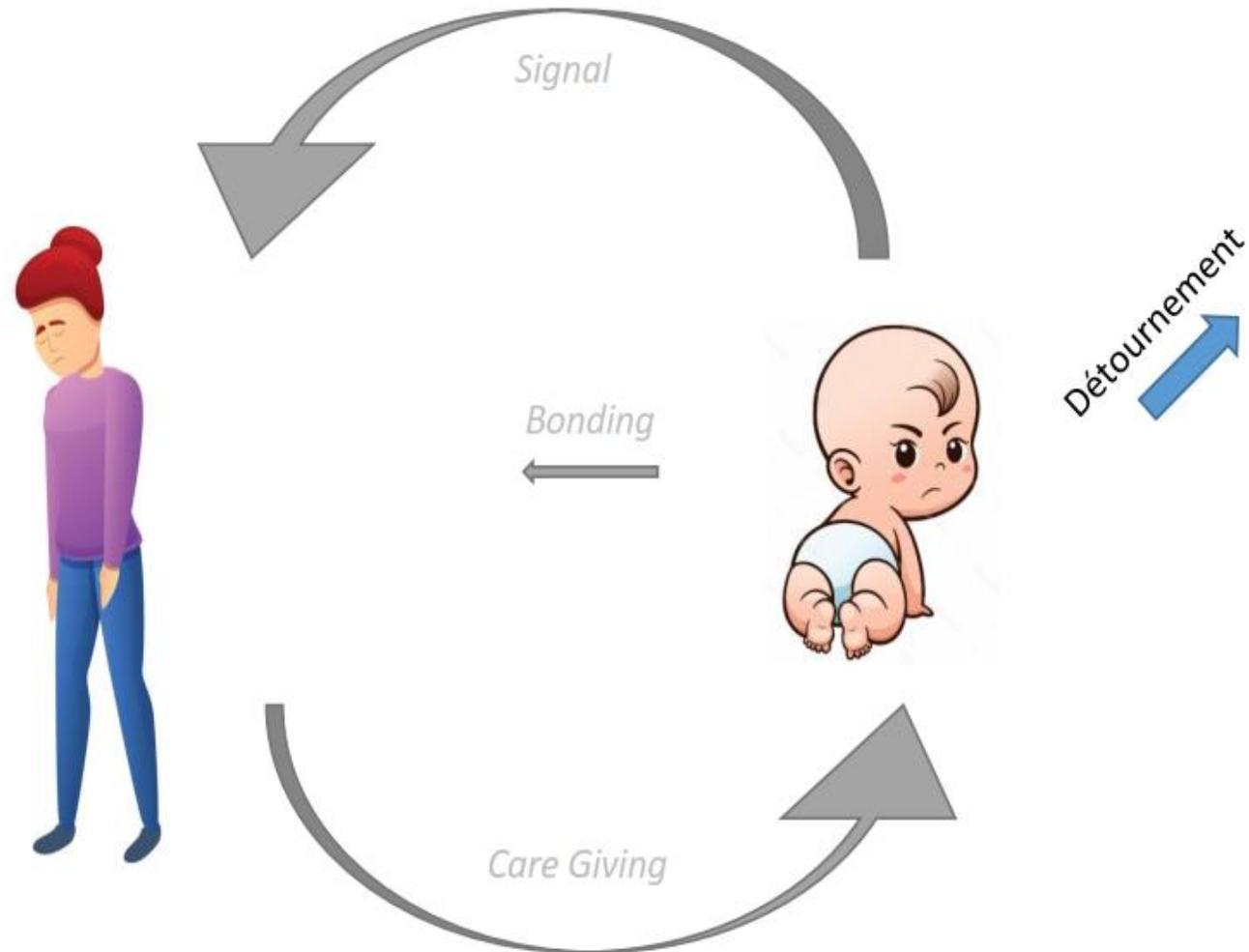


Exploration

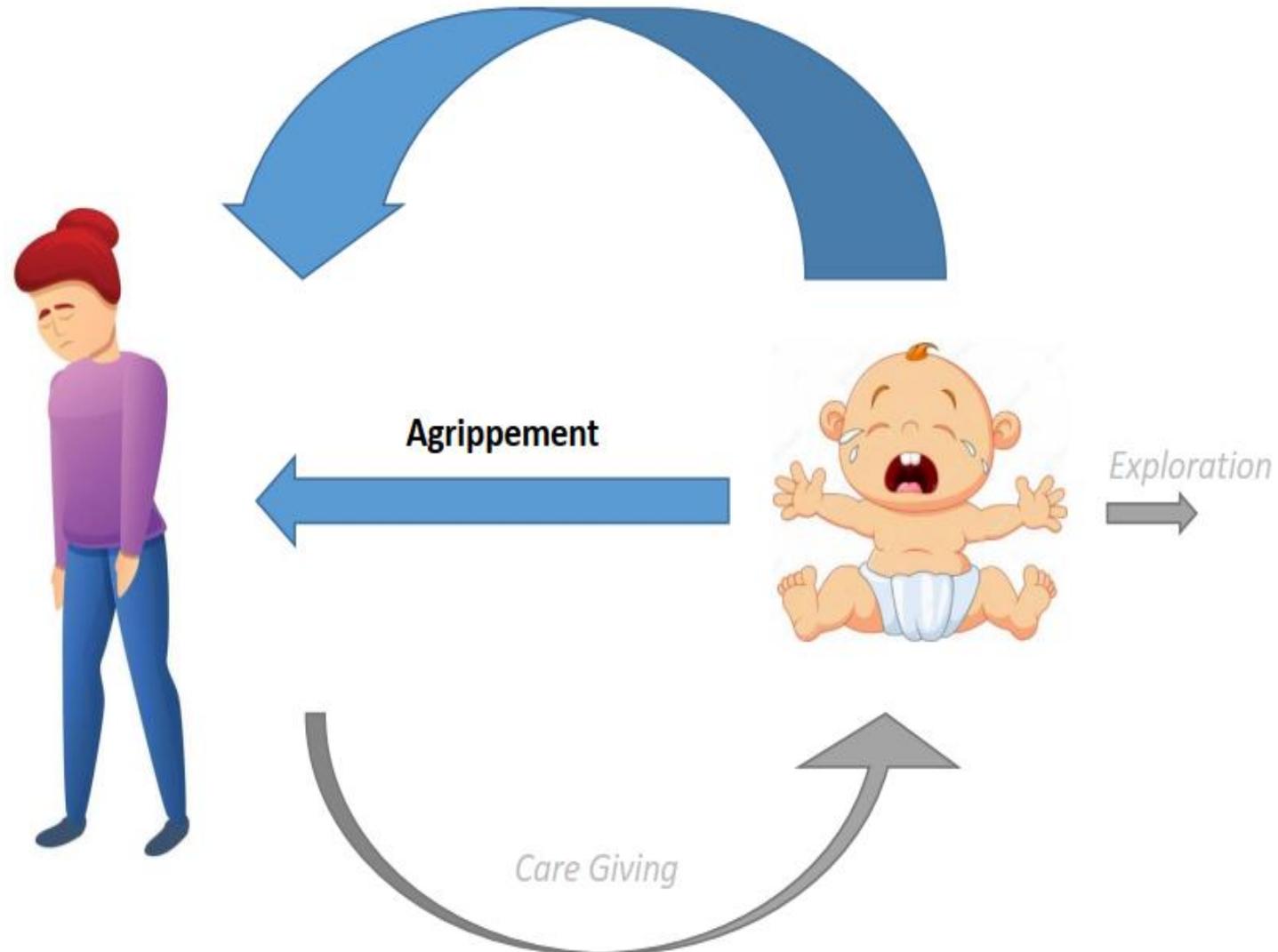


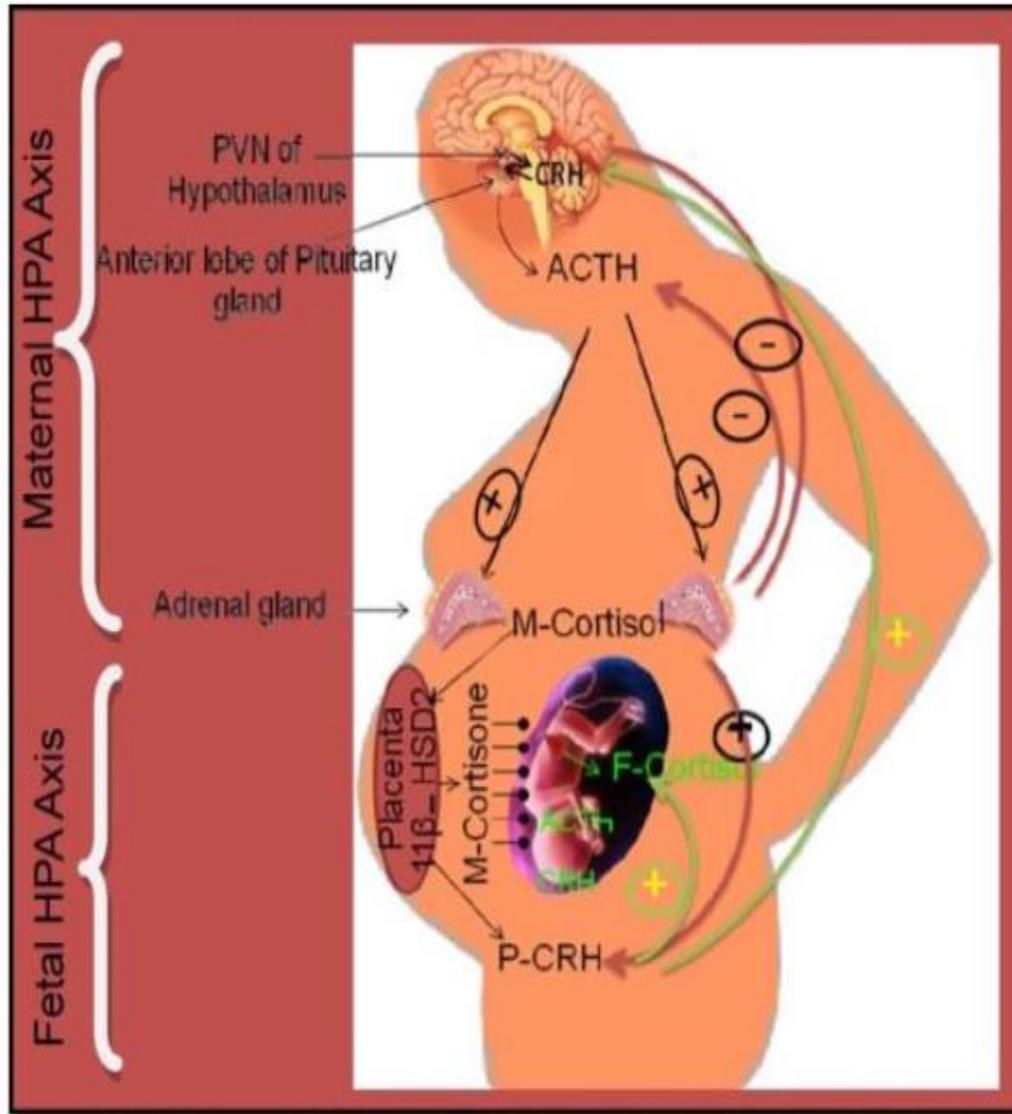
Développement

# L'ATTACHEMENT INSÉCURE ÉVITANT



# L'ATTACHEMENT INSÉCURE ANXIEUX





Aml Mohammed Erhuma, 2012

# EFFET DU STRESS

↑ cortisol et noradrénaline,  
↓ dopamine et sérotonine

↑ récepteurs centraux au cortisol  
↓ Activation hémisphère gauche

Ocytocine comme modulateur

Mécanismes génétiques et épigénétique

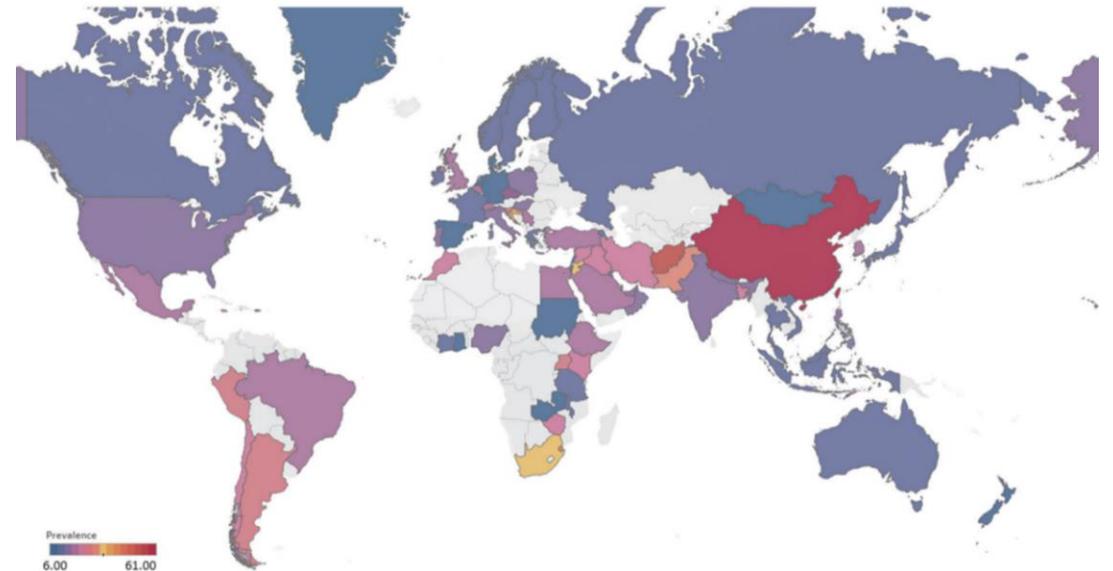


## Impact sur le bébé

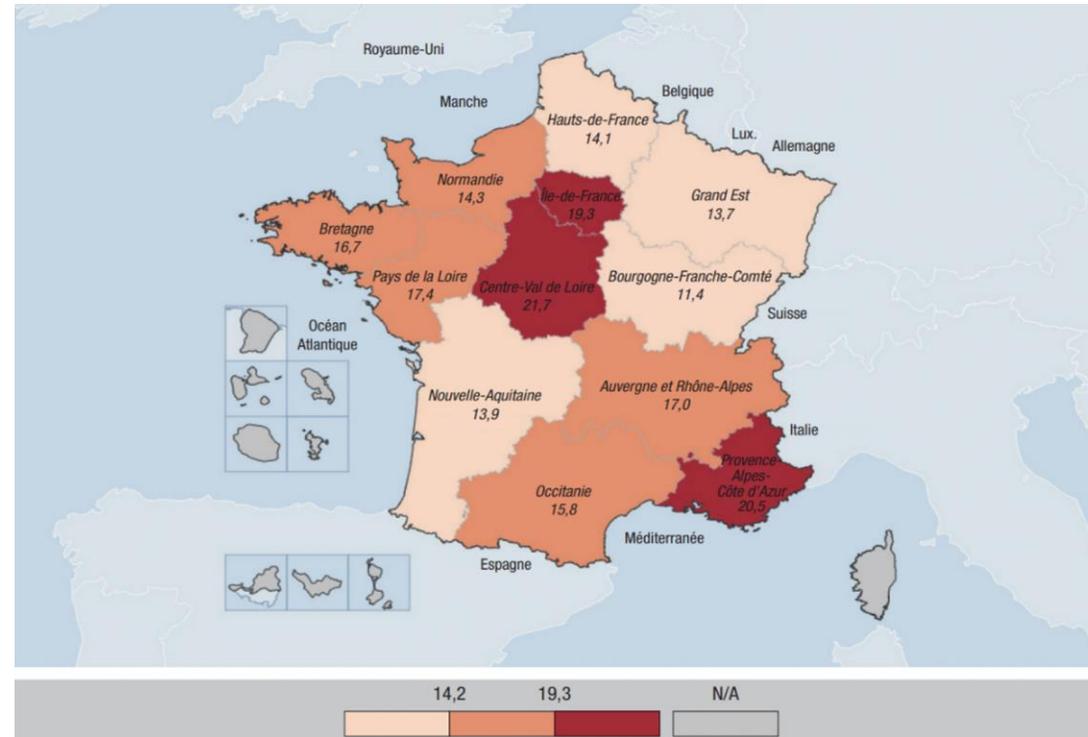
- Irritabilité - Cris excessifs - Moins consolable
- Moins d'orientation vers les visages
- Moins de réponses aux expressions faciales
- Difficultés à discriminer la voix de sa mère
- Diminution scores NBAS (brazelton)
- Prédispositions aux troubles mentaux

# Epidémiologie

- 11,9% des femmes dans le monde (méta-analyse **en pré et postnatal** Woody 2017)
- Fréquence plus élevée dans les pays à niveaux de revenus faibles ou moyens
- Dépression **postnatale** : 17,2% dans le monde avec une fréquence plus élevée dans les pays en voie de développement (Wang 2021)



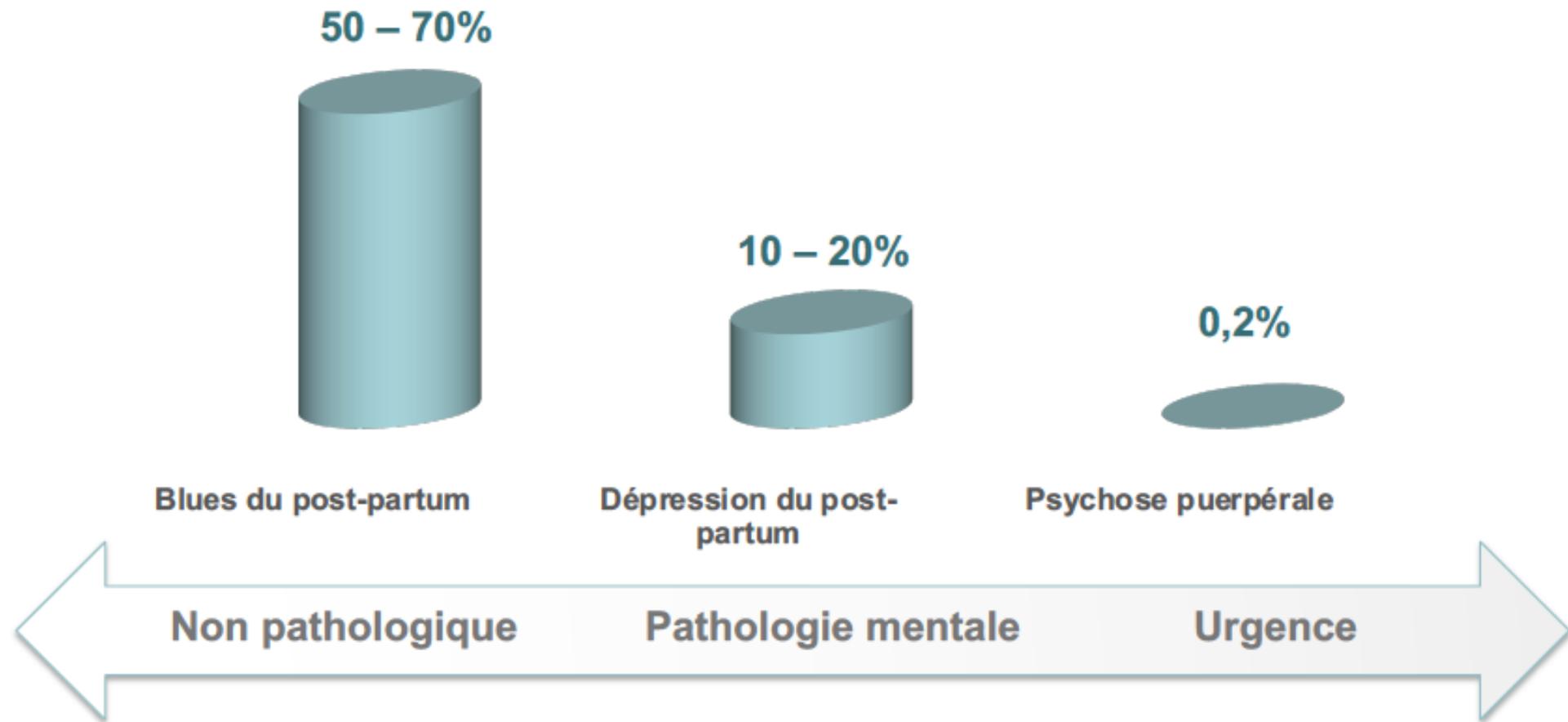
# Prévalence de la dépression à 2 mois du post-partum en France (Doncarli 2023)



% DDP standardisé - Source : Santé publique France GÉODES / © 2020 - JGN-Admin Express - JGN-Insee  
Lux : Luxembourg.

Les prévalences (%) de la dépression (score  $\geq 13$ ) à deux mois post-partum standardisées sur l'âge à l'accouchement sont déclinées par lieu de résidence des femmes étudiées après exclusion des femmes résidant à l'étranger ( $n=7\ 126$ ). Les données pour la région Corse ne sont pas présentées sur cette carte du fait du faible nombre de femmes résidant sur ce territoire ( $n=25$ ). Les régions qui apparaissent en rouge ou en beige sur la carte ont des fréquences régionales significativement supérieures ou inférieures ( $p < 0,05$ ) à la prévalence hexagonale (16,7%) respectivement. Voir le tableau 3 pour le détail des *Standardized Incidence Ratio* (SIR) et des intervalles de confiance à 95% des SIR exacts par région.

# En postpartum

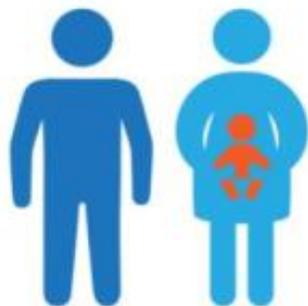


# Problèmes de santé mentale trop souvent non repérés, non diagnostiqués et non traités

- 27,5% des femmes enceintes de la cohorte ELFE avec une souffrance psychique ont accédé à des soins de psychiatrie et santé mentale (Bales et al 2015)
- Conséquences négatives sur la mère, le co-parent et la qualité des interactions précoces et donc le développement de l'enfant (Howard 2020)
- Enjeu majeur de santé publique : 8,1 milliards pounds /an/dyades mère-enfant dont 72% liés aux conséquences sur l'enfant (Bauer et al 2014)

## The costs of perinatal mental health problems

Annette Bauer, Michael Parsonage, Martin Knapp, Valentina Iemmi & Bayo Adelaja



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

## LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ

Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier

Rapport public thématique  
Mai 2024

## PLAN « périnatalité »

2005-2007

*Humanité, proximité, sécurité, qualité*

## MORTS MATERNELLES EN FRANCE : LES DONNÉES CLÉS DE L'ENCMM 2016-2018

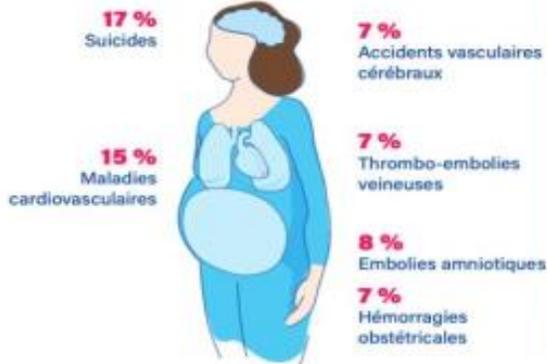
7<sup>e</sup> rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2016-2018.  
En ligne sur : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr) - [www.cress-umr1153.fr/fr/project/encmm](http://www.cress-umr1153.fr/fr/project/encmm) / Contact : [encmm@inserm.fr](mailto:encmm@inserm.fr)



Inserm



### Principales causes des décès maternels (de la conception jusqu'à 1 an après l'accouchement)



### Mieux prévenir les décès maternels : l'affaire de tous



## Les 1000 premiers jours

Là où tout commence

Rapport de la commission des 1000 premiers jours  
SEPTEMBRE 2020

# La dépression périnatale : un enjeu majeur de santé et de société (1)

- **Complication la plus fréquente en période périnatale** (anténatal jusqu'aux 12 mois de l'enfant) touchant 11.9% des femmes
- **Conséquences négatives multiples**
  - pour la mère (suicide=1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle en période périnatale avec 1 suicide / mois; 91% de décès évitables car liés à des soins non-optimaux; altération du bien être et de la qualité de vie)
  - pour l'enfant (altération de la qualité des interactions précoces mère-bébé et du développement psychique et cognitif de l'enfant)
  - et pour le 2<sup>ème</sup> parent (risques de tension et de violence conjugales accrus, dépression périnatale paternelle)
- **Non repérée, sous-diagnostiquée** (diagnostic dans 30% des cas) **et non ou mal traitée** (15% de traitement et 8% de traitement optimal)
- **Coût sociétal majeur= 73 822€ / dyade mère-bébé**

# DÉPRESSION GRAVIDIQUE



- 7-20% des grossesses – T1(+++) T2 (+) T3 (++)

## Conséquences pour la mère

Mauvais suivi de grossesse,  
Faible prise de poids  
Complications obstétricales  
(HTA, pré-éclampsie)  
DPP, Tentative de suicide/suicide,  
Conso toxiques

## Conséquences pour le fœtus

FC, Tachycardie, RCIU, prématurité  
BMF avec hyporéactivité  
vibroacoustique  
↓ scores d'Apgar  
Soins de moindre qualité  
Troubles de l'attachement

20-40% des EDC se prolongent en PP

Récidive d'un EDC en rémission:

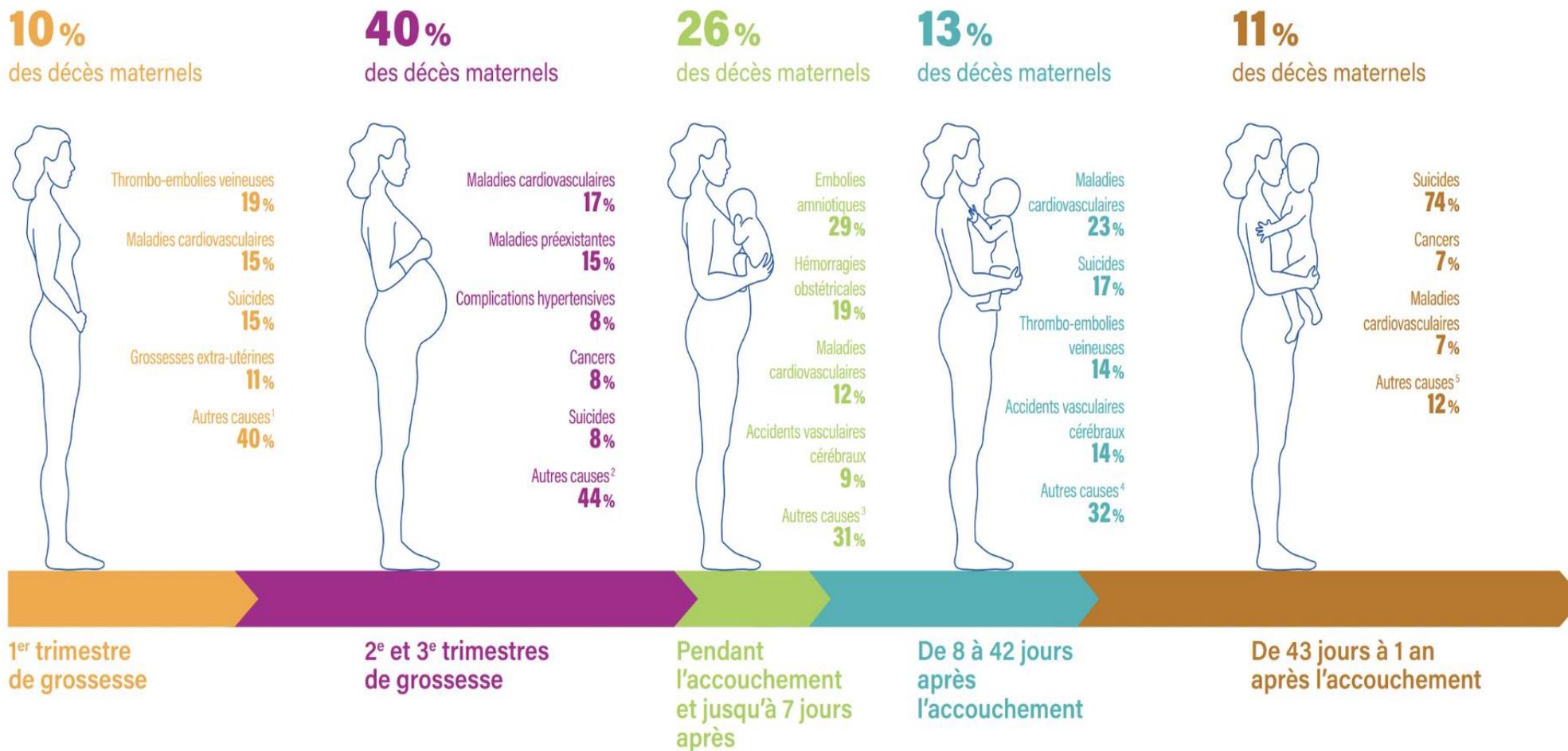
- 25% si traitement maintenu
- 50 à 75% si traitement arrêté

# MORTS MATERNELLES EN FRANCE : LES DONNÉES CLÉS DE L'ENCMM 2016-2018



7<sup>e</sup> rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2016-2018. En ligne sur : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr) - [www.cress-umr1153.fr/fr/project/encmm](http://www.cress-umr1153.fr/fr/project/encmm) / Contact : [encmm@inserm.fr](mailto:encmm@inserm.fr)

## Les principales causes de décès selon le moment de survenue de la complication



1. Causes inconnues, maladies préexistantes, cancers - 2. Infections à porte d'entrée génitale, thrombo-embolies, accidents vasculaires cérébraux, causes inconnues - 3. Infections à porte d'entrée génitale, complications hypertensives, thrombo-embolies veineuses, suicides - 4. Infections à porte d'entrée génitale, maladies préexistantes, causes inconnues - 5. Thrombo-embolies veineuses, causes inconnues

ÉTUDES ET ENQUÊTES

## LES MORTS MATERNELLES EN FRANCE : MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX PRÉVENIR

6<sup>e</sup> rapport de l'Enquête nationale confidentielle  
sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015

# Suicide en période périnatale

- 1<sup>re</sup> cause de mort maternelle en post-partum
  - 1 suicide maternel par mois
- Délai médian de survenue : 120 jours post-partum
- Évitabilité 90%, donc grande marge d'amélioration
  - Savoir repérer les signes d'alerte en prénatal et en post-partum
  - Suivi coordonné organisé indispensable en présence d'une situation de vulnérabilité psychiatrique

Souffrance  
Prévention  
du suicide

# 3114

## LE NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Écoute professionnelle et confidentielle  
24h/24 · 7j/7 · Appel gratuit  
Partout en France

les personnes  
en souffrance

les personnes  
inquiètes  
pour un proche

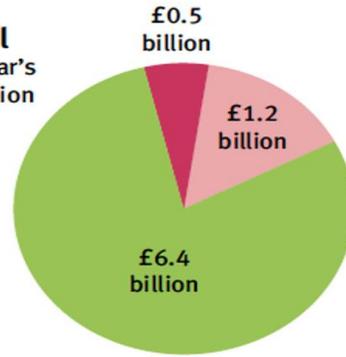
les personnes  
endeuillées  
par suicide

les professionnels

# Key points from the report

**Known costs of perinatal mental health problems per year's births in the UK, total: £8.1 billion**

- health and social care ■
- other public sector ■
- wider society ■

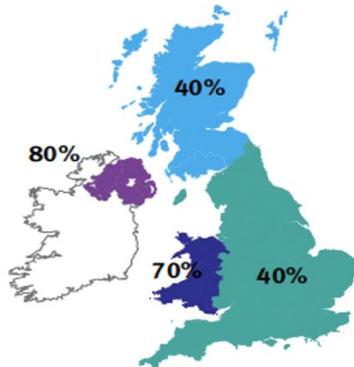


Of these costs  
**28%** relate to the mother  
**72%** relate to the child



**Up to 20%** of women develop a mental health problem during pregnancy or within a year of giving birth

**Women in around half the UK have NO access to specialist perinatal mental health services**



**Suicide** is a leading cause of death for women during pregnancy and in the year after giving birth



## Costs v improvement

The cost to the public sector of perinatal mental health problems is **5 times the cost of improving services.**

# La dépression périnatale : un enjeu majeur de santé et de société (2)

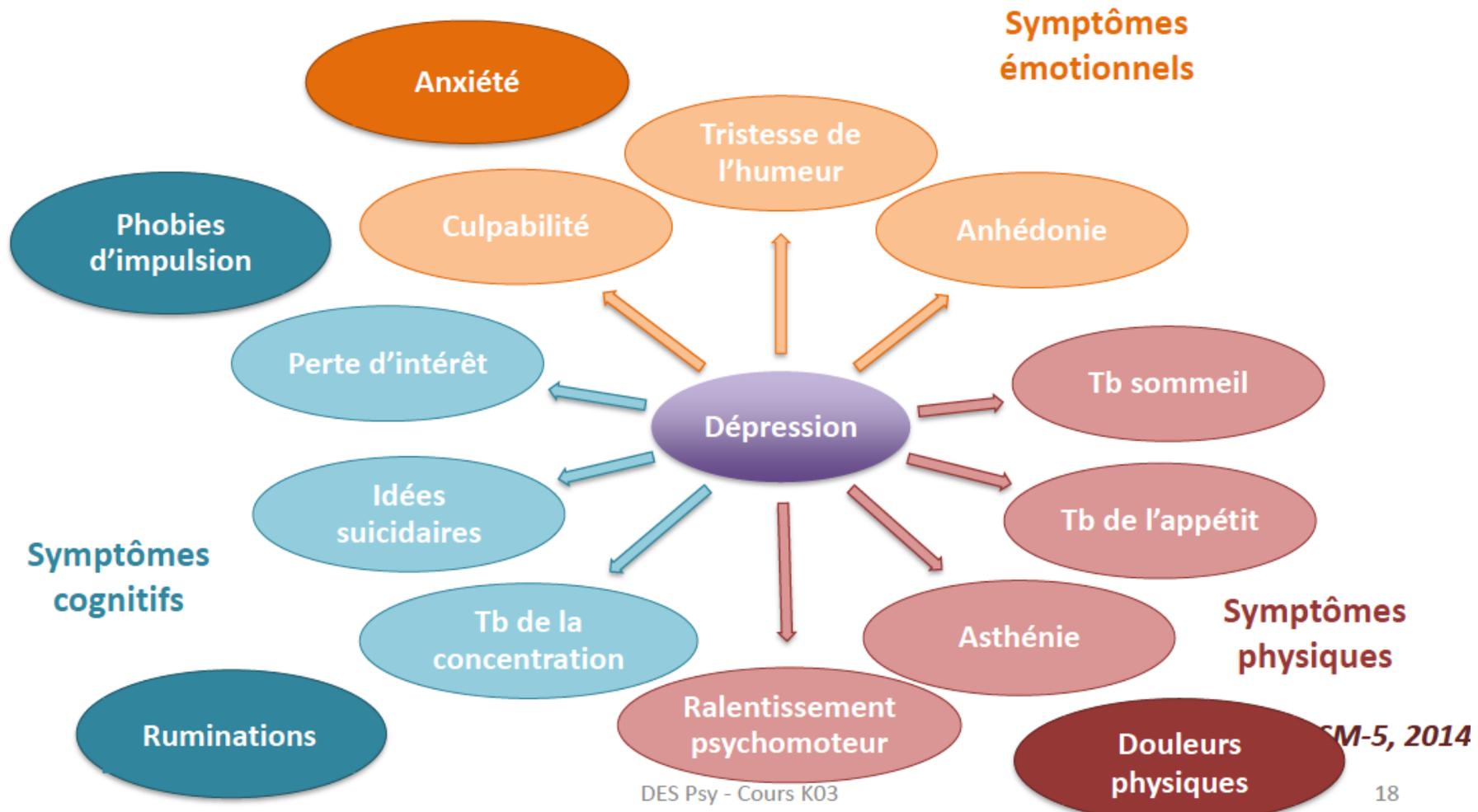
- **Des freins majeurs à l'accès aux soins**

- stigmatisation
- la peur d'être considérée comme une « mauvaise mère »
- sentiment de honte / culpabilité
- la peur de l'implication des services sociaux
- le manque de formation des sages-femmes sur la dépression périnatale
- le manque de coordination entre les équipes psychiatriques et obstétricales

- **Souhaits / préférences des mères**

- Être interrogée pendant la grossesse sur leur bien-être et leur santé mentale
- Aborder le sujet avec une sage-femme plutôt qu'avec un professionnel de santé mentale

# La dépression périnatale : quels symptômes ?

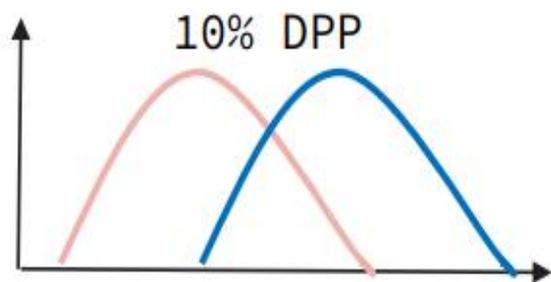
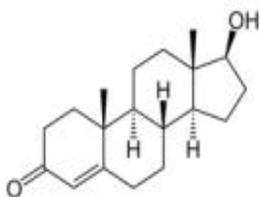


# La dépression périnatale

- Dans les classifications internationales : épisode dépressif majeur débutant pendant la grossesse ou en postpartum précoce (CIM-11 <4 semaines , DSM-5 <6 semaines)
- Entité clinique à part entière ? (OMS 2022, Nakic-Rados 2024)
  - Sémiologie : prédominance des troubles de l'appétit, troubles psychomoteurs, fatigue, symptômes anxieux et culpabilité en lien avec des obsessions (enfant, sentiment de ne pas être une bonne mère) Tebeka 2023, Nakic-Rados 2024
  - Facteurs de risque : susceptibilité aux variations hormonales, syndrome prémenstruel, complications obstétricales et néonatales Nakic-Rados 2024
  - Pathologies co-occurentes : troubles anxieux / troubles personnalité (Putnam 2017, Brnquinho 2022, Doncarli 2023, Nakic-Rados 2024)
  - Trajectoires cliniques: influence de la sévérité clinique et de la période de début des troubles sur leur évolution dans le temps (Kee 2023, Waqas 2023, Nakic-Rados 2024, Bjorvang 2024)

- Peut prolonger un baby blues, une dépression anténatale ou débiter insidieusement
- Tendance à la banalisation des symptômes (1/2 dépressions non diagnostiquées)
- A distinguer du baby blues
- Importance de la prévention / information

# ET LES PÈRES???



**Expressivité clinique particulière**  
Irritabilité / Agressivité (femme enfant)  
Fuite (travail, addiction, REC, disparition)  
Somatisation (appétit, insomnies, troubles digestifs, ...)  
Symptômes cognitifs (rigidification, culpabilité)

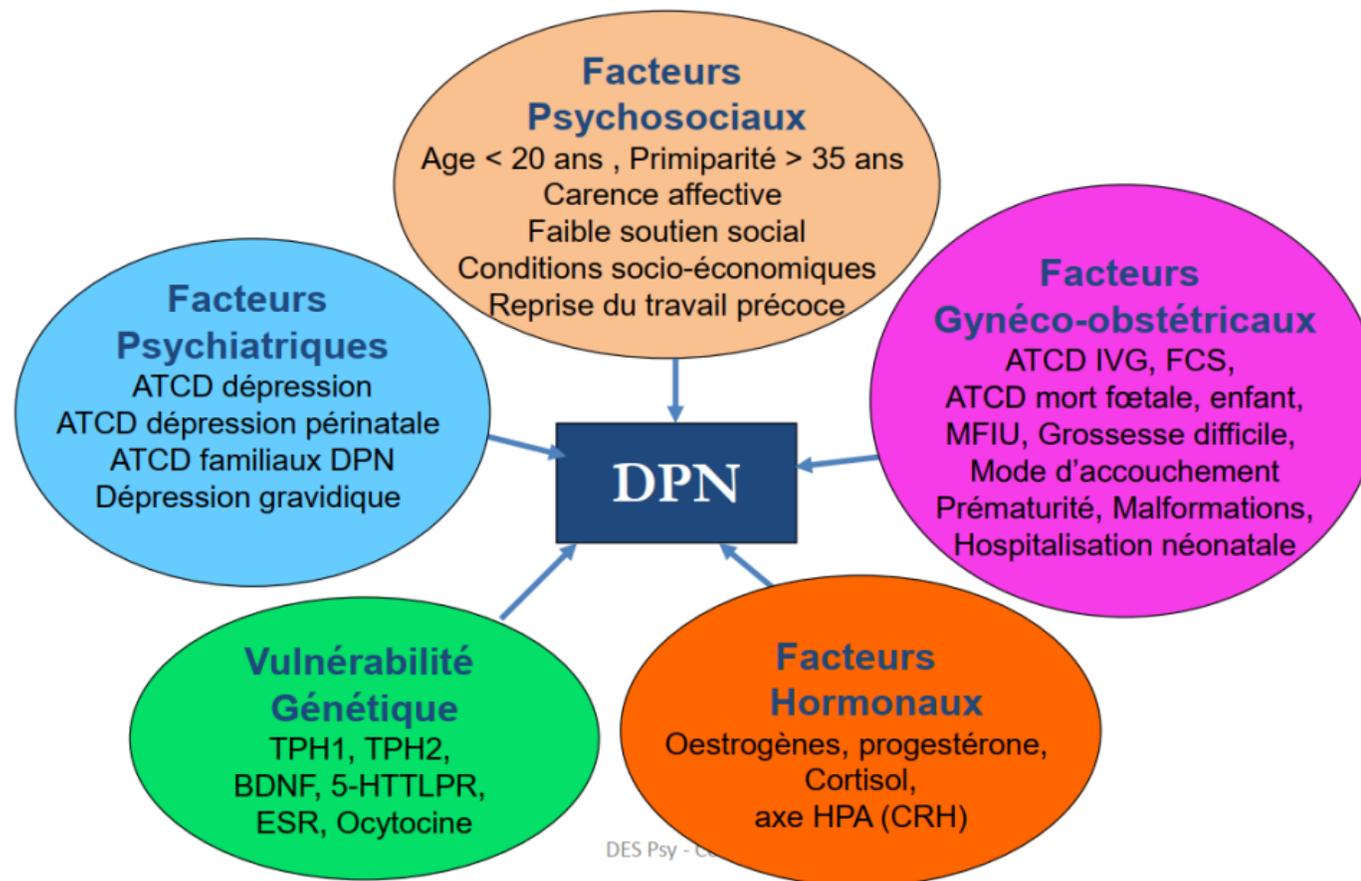
OFIC MASSOURIE 120023





[Témoignage: https://www.youtube.com/watch?v=srGJOREz3L8](https://www.youtube.com/watch?v=srGJOREz3L8)

# Facteurs de risque



# Un dépistage systématique: pourquoi faire ?

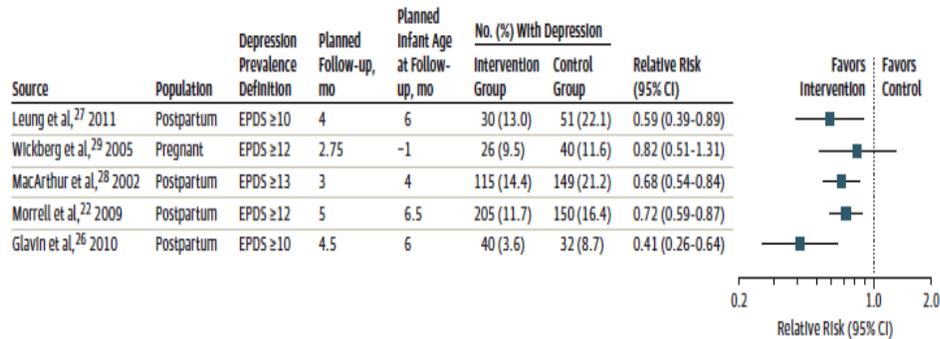
Review | EVIDENCE REPORT FOR THE USPSTF

Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women  
Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force

Elizabeth O'Connor, PhD; Rebecca C. Rossom, MD, MSCR; Michelle Henninger, PhD; Holly C. Groom, MPH; Brittany U. Burda, MPH

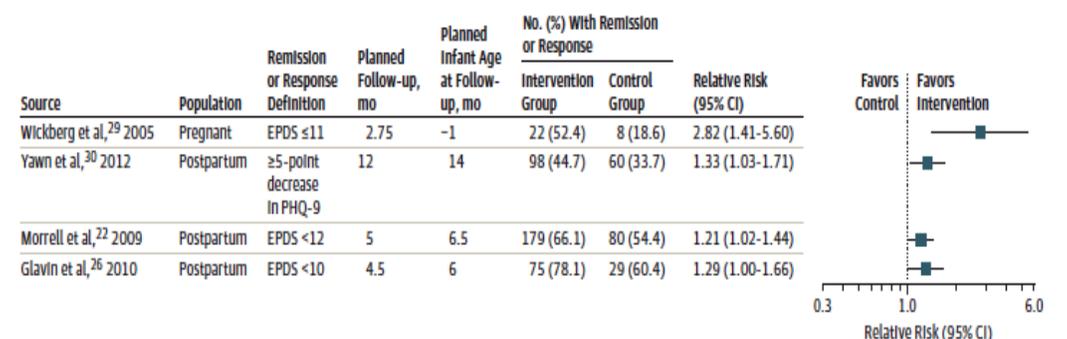
Figure dans certaines recommandations nationales (par ex, NICE-UK, Australie, Pologne) mais pas d'autres (par ex, Canada)

Figure 3. Benefits of Screening Programs: Depression Prevalence Reported Within 1 Year (Key Questions 1 and 1a)



EPDS indicates Edinburgh Postnatal Depression Scale. Error bars indicate 95% confidence interval.

Figure 4. Benefits of Screening Programs: Depression Remission or Response Reported Within 1 Year (Key Questions 1 and 1a)



EPDS indicates Edinburgh Postnatal Depression Scale; PHQ-9, 9-item Patient Health Questionnaire. Error bars indicate 95% confidence interval.

## Quel impact attendre sur quoi ?

Réduire la stigmatisation associée aux troubles psychiques périnataux et faciliter l'abord de la santé mentale en période périnatale par les professionnels de périnatalité – limite l'impact des biais d'orientation

Effets positifs et négatifs de l'auto-identification

# Dépister la dépression / les troubles anxieux en période périnatale

Edinburgh Post-Natal Depression Scale



## PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté:  
Aussi souvent que d'habitude  
Pas tout-à-fait autant  
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci  
Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir:  
Autant que d'habitude  
Plutôt moins que d'habitude  
Vraiment moins que d'habitude  
Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raisons, 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 vraiment de raisons:  
Oui, vraiment souvent  
Oui, parfois  
Non, pas très souvent  
Non, pas du tout
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements:  
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations  
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie 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 peu heureuse:  
Oui, la plupart du temps  
Oui, très souvent  
Pas très souvent  
Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré:  
Oui, la plupart du temps  
Oui, très souvent  
Seulement de temps en temps  
Non, jamais
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal:  
Oui, très souvent  
Parfois  
Presque jamais  
Jamais

- *Au cours du dernier mois, avez-vous été souvent dérangée par un sentiment d'être abattue, de dépression ou de ne plus avoir d'espoir ?*
- *Au cours du dernier mois, avez-vous souvent été gênée par le manque d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?*

## Valeurs indicatives

Score total > 9 à J3

Score total > 12 à 1 mois postpartum

Item 10 >2 : risque suicidaire ?

# Prise en charge en psychiatrie périnatale

**15% de traitement et 8% de traitement optimal**



## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Proposition centré sur la tolérance (parent / bébé) => CRAT  
Travail conjoint avec la pharmaco-vigilance et l'obstétrique  
DME avec une réévaluation fine des doses en péripartum



## SOINS CONJOINTS PARENTS-BEBE

Plan de crise (what if...)

Psychothérapie individuelle ou parent-bébé

*Guidance (GIVFB), groupe de parole, médiation parent-enfant, ETP ...*

Soutien du lien et des compétences de chacun  
(sencibilité, accordage, adaptation, ...)



## COORDINATION - TRAVAIL DE RESEAU MULTIDISCIPLINAIRE

PMI (puer AS), Psychiatre adulte  
MT, SF, GO, pédiatrie, psycho...  
Soutien social+++ environnement



# Traitement médicamenteux : CRAT (Centre de

référence sur les Agents Tératogènes)

- **En cours de grossesse**

- Ne pas arrêter brutalement un traitement par antidépresseur lors de la découverte d'une grossesse.
- Refaire le point sur la stratégie thérapeutique et apprécier l'intérêt d'une prise en charge non médicamenteuse. En effet, le bien-fondé de tout traitement chronique par antidépresseur en cours de grossesse doit être clairement établi.

# Traitement médicamenteux : CRAT (Centre de référence sur les Agents Tératogènes)

- **En cours de grossesse**

- **Si un traitement antidépresseur est justifié :**
  - Ne pas hésiter à traiter efficacement une femme enceinte.
  - Utiliser les posologies minimum efficaces nécessaires à l'équilibre maternel, sans pour autant sous-doser.
  - Ne pas hésiter à augmenter les posologies si l'efficacité du traitement diminue en cours de grossesse (modifications pharmacocinétiques).

# Traitement antidépresseur

## **Indication : dépression d'intensité modérée à sévère**

- Pas de dépendance
- Délai d'action : 10 à 20 jours en moyenne
- Durée du traitement : 4 à 9 mois jusqu'à disparition de tous les symptômes
- Arrêt progressif

# Traitement médicamenteux : CRAT (Centre de

référence sur les Agents Tératogènes)

- **En cours de grossesse**

- Si un traitement antidépresseur est justifié :

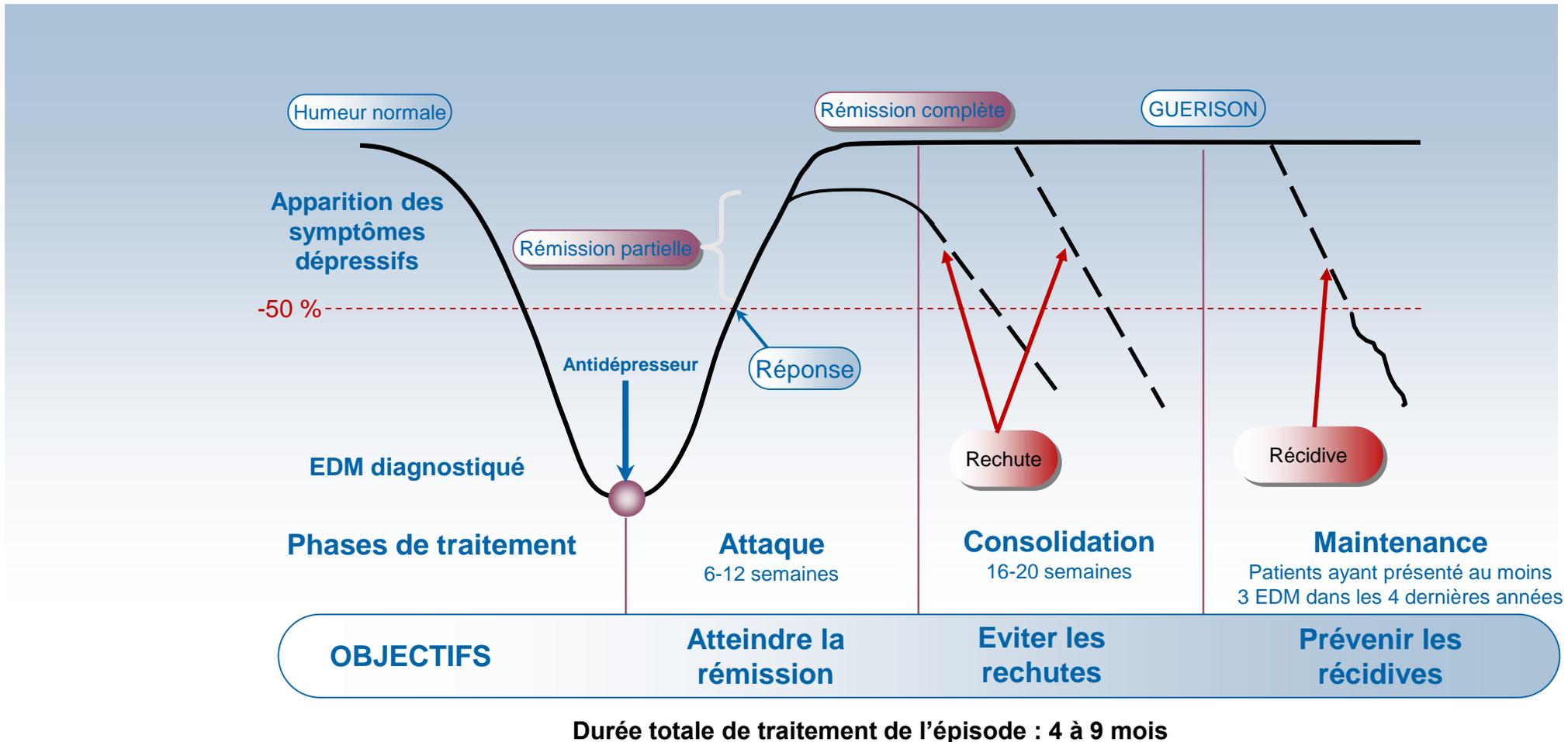
- Ne pas diminuer de façon systématique les posologies avant l'accouchement (risque de décompensation maternelle).
    - Limiter autant que possible les associations de psychotropes et choisir de préférence un seul médicament par classe (1 seul antidépresseur et/ou 1 seul neuroleptique et/ou 1 seul anxiolytique ...).
    - Anticiper l'allaitement.

- Une pathologie dépressive maternelle mal équilibrée / non traitée alors qu'elle le devrait peut avoir des répercussions négatives sur le déroulement de la grossesse (prématurité, petit poids de naissance etc.) et sur l'enfant.

Si un traitement est nécessaire en cours de grossesse, les antidépresseurs suivants peuvent être utilisés, quel que soit le terme de la grossesse (par ordre alphabétique) : CRAT

- Inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRSS) :
  - le [citalopram](#) (Séropram®)
  - l'[escitalopram](#) (Séroplex®)
  - la [fluoxétine](#) (Prozac®)
  - la [paroxétine](#) (Deroxat®)
  - la [sertraline](#) (Zoloft®)
  - si la patiente envisage **d'allaiter**, on préférera la **sertraline** ou la **paroxétine**, IRSS bien évalués en cours de grossesse et pour lesquels les données sur l'allaitement sont plus nombreuses.
- Inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) :
  - la [duloxétine](#) (Cymbalta®)
  - la [venlafaxine](#) (Effexor®)
- Tricycliques :
  - l'[amitriptyline](#) (Laroxyl®)
  - la [clomipramine](#) (Anafranil®)
- Autre classe d'antidépresseur :
  - la [mirtazapine](#) (Norset®).

# Objectif : atteindre la rémission complète



4. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations. Octobre 2006.

15. Kupfer DJ. Management of recurrent depression. J Clin Psychiatry 1993 ; 54 Suppl : 29-33.

Si un anxiolytique est indispensable, on préférera si possible et quel que soit le terme de la grossesse, à **posologie minimum efficace et pour la durée la plus courte possible** (par ordre alphabétique) : CRAT

- Soit l'[hydroxyzine](#) (Atarax®) : données très nombreuses et [rassurantes](#).
- Soit l'[oxazépam](#) (Seresta®) : données très nombreuses et [rassurantes](#), et profil pharmacologique limitant son accumulation fœtale lors de prises répétées (durée d'action courte et absence de métabolite actif).
  - Si l'[oxazépam](#) ne convient pas (escalade posologique, posologies d'emblée élevées...), on préférera une benzodiazépine anxiolytique de plus longue durée d'action, bien évaluée en cours de grossesse (cf. Anxiolytiques : repères pharmacologiques) (ordre alphabétique) :
    - [clorazépate](#)
    - [diazépam](#)
    - [prazépam](#)

Si un anxiolytique est indispensable, on préférera si possible et quel que soit le terme de la grossesse, à **posologie minimum efficace et pour la durée la plus courte possible** (par ordre alphabétique) : CRAT

- Si un anxiolytique est poursuivi jusqu'à l'accouchement, l'équipe de la maternité devra être informée du traitement maternel (survenue éventuelle de signes d'imprégnation néonatale pour les benzodiazépines et l'[hydroxyzine](#) et/ou d'un syndrome de sevrage pour les benzodiazépines)
- Suivi de l'enfant à long terme :  
Bien qu'aucun élément inquiétant particulier n'ait été retenu à ce jour avec les benzodiazépines, comme pour tout enfant exposé à un médicament du SNC de façon chronique pendant son développement intra-utérin, de principe, il conviendra d'être attentif à l'évolution de son neurodéveloppement.

# Allaitement

- Les deux antidépresseurs de choix en cours d'allaitement sont la [paroxétine](#) (Deroxat®) et la [sertraline](#) (Zoloft®) car :
  - leur passage dans le lait est très faible,
  - les concentrations plasmatiques des enfants allaités sont faibles ou indétectables,
  - les effectifs d'enfants allaités sous ces traitements maternels sont importants : aucun événement indésirable particulier
- Au vu des données disponibles sur les anxiolytiques et l'allaitement
  - L'anxiolytique de choix en cours d'allaitement est l'[oxazépam](#) (Séresta®), si possible dans la limite de 10 mg trois fois par jour et pour la durée la plus courte possible.



## SOINS CONJOINTS PARENTS-BEBE

Plan de crise (what if...)

Psychothérapie individuelle ou parent-bébé

*Guidance (GIVFB), groupe de parole, médiation parent-enfant, ETP ...*

Soutien du lien et des compétences de chacun  
(sencibilité, accordage, adaptation, ...)



# Les psychothérapies

- La qualité de la relation médecin-malade fondée sur l'empathie et sur la force de conviction du médecin quant à l'aide qu'il apporte à son patient est d'une particulière importance.
- Une psychothérapie est un acte technique qui implique une formation spécifique du thérapeute (le plus souvent psychiatre ou psychologue) en référence à un modèle théorique. Elle peut être ou non associée à un traitement antidépresseur.

# Traitements

- **Les psychothérapies**

- Les psychothérapies cognitives et cognitivo-comportementales, les psychothérapies de soutien et les psychothérapies inter-personnelles ont fait l'objet d'études contrôlées **dans les dépressions d'intensité légère à modérée**. Les psychothérapies d'inspiration analytique, instituées au mieux à distance de la phase aiguë constituent, pour certains patients, un recours utile.
- D'autres formes de psychothérapies (relaxation, psychodrame, thérapies conjugales ou familiales) répondent à des demandes particulières.

# La dépression périnatale : signes évocateurs chez le bébé

## **Signes comportementaux**

- Irritabilité
- Cris / moins consolable
- Moins d'orientation vers les visages
- Moindre réponse aux expressions faciales
- Plus de difficultés à discriminer la voix de sa mère

Réactivité au stress plus élevée

**Y penser pour les motifs suivants:** pleurs excessifs, inconsolabilité, RGO, troubles du sommeil, etc.

**Mais attention:** toute pathologie du bébé peut contribuer à la survenue de troubles psychiques chez les parents

# Troubles du lien et dépression périnatale

## **Du côté de la construction du sujet**

- Troubles du comportement :
  - pleurs, agitation
  - sommeil , alimentation
- Troubles de l'attachement
- Déficit de construction de la sécurité intérieure et de l'estime de soi.
- Un enfant qui ne se sent pas aimé ne se perçoit pas comme aimable

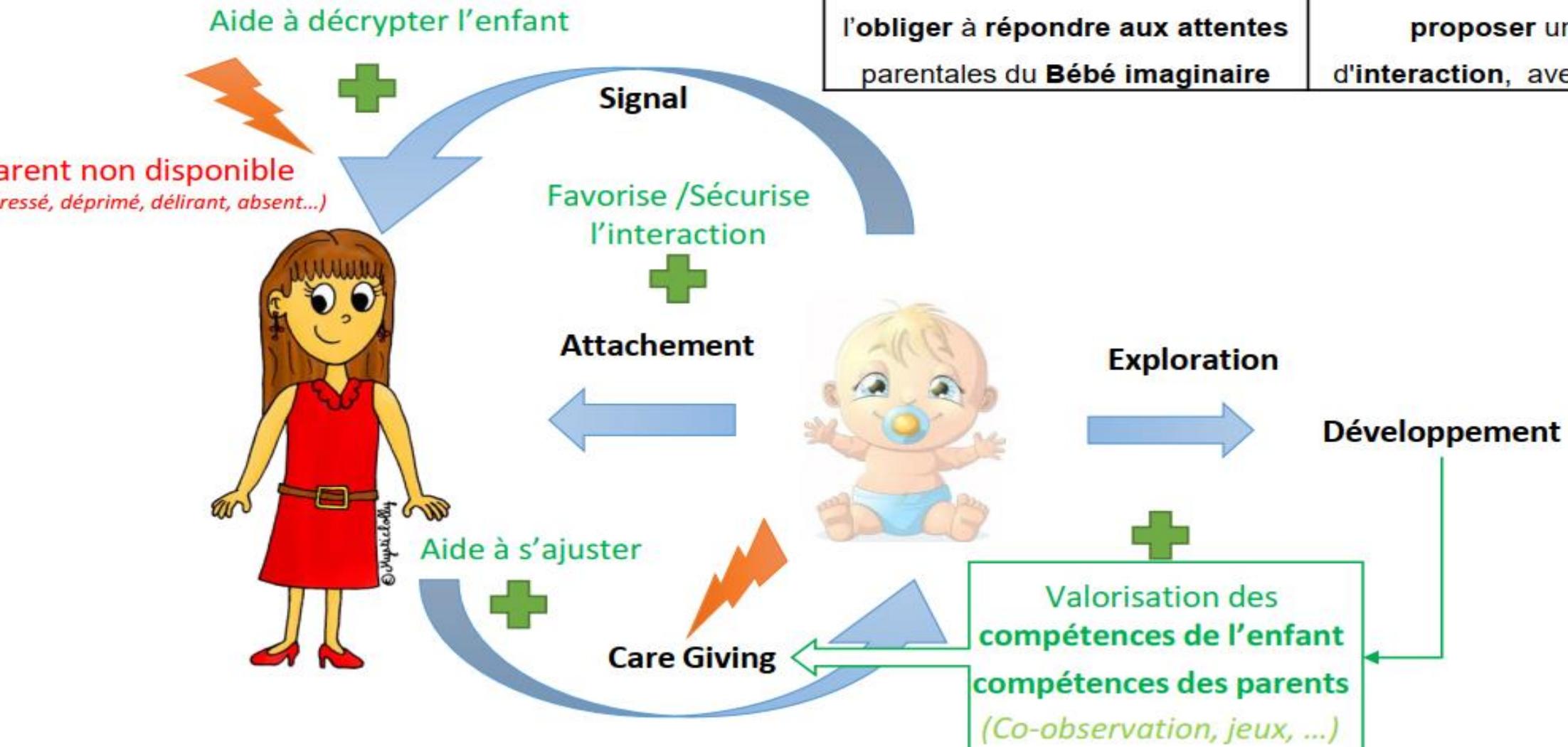
# Troubles du lien et dépression périnatale

## **Du côté du développement psycho-moteur:**

- Retard du développement moteur par défaut de stimulation et de capacité d'exploration
- Troubles de la concentration
- Difficultés d'apprentissage

# RÔLE DU SOIGNANT

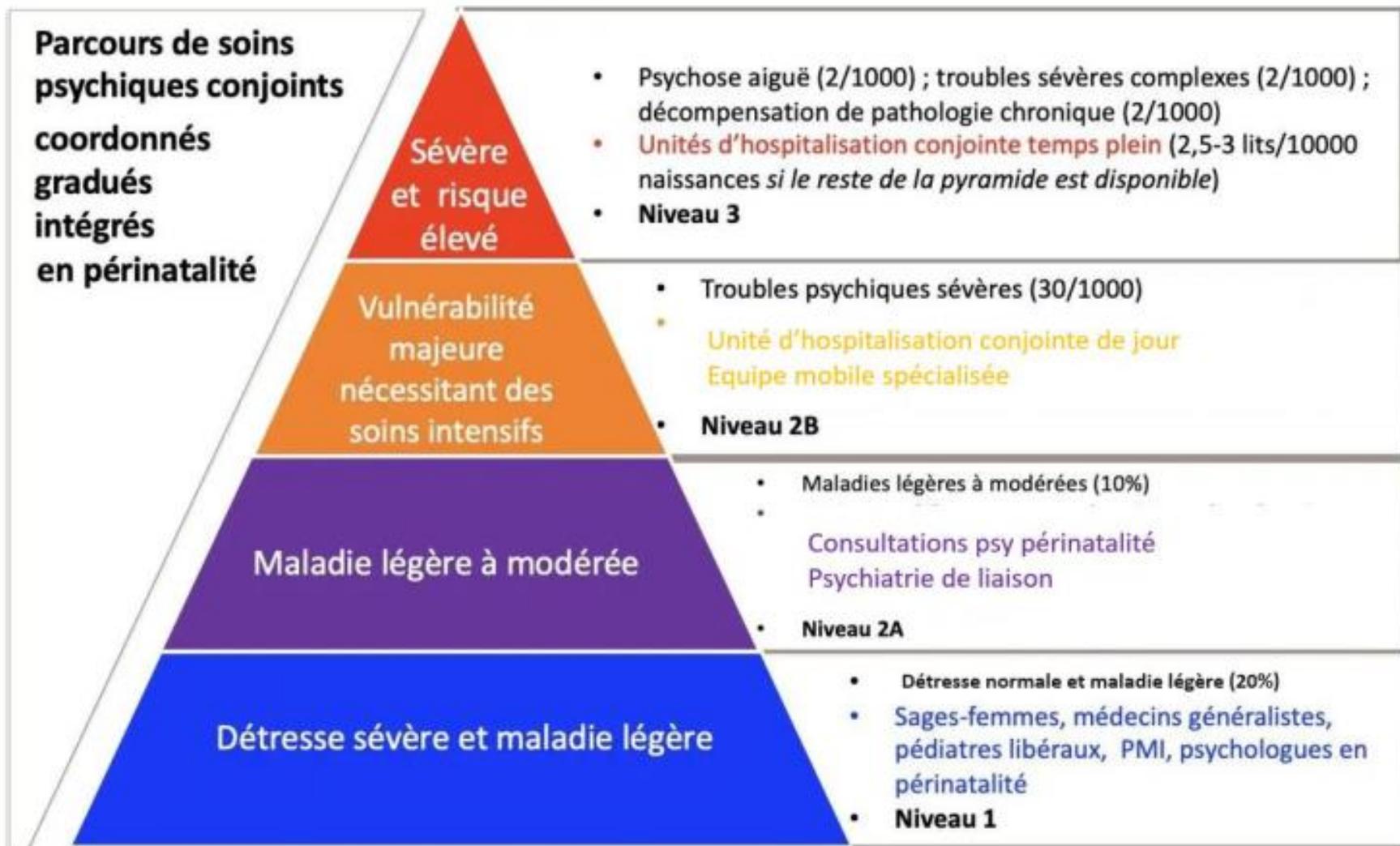
INCITATION	INVITATION
<b>Stimuler</b> l'enfant afin de l' <b>obliger</b> à répondre aux attentes parentales du <b>Bébé imaginaire</b>	<b>Solliciter</b> l'enfant afin de proposer un moment d'interaction, avec le <b>Bébé réel</b>

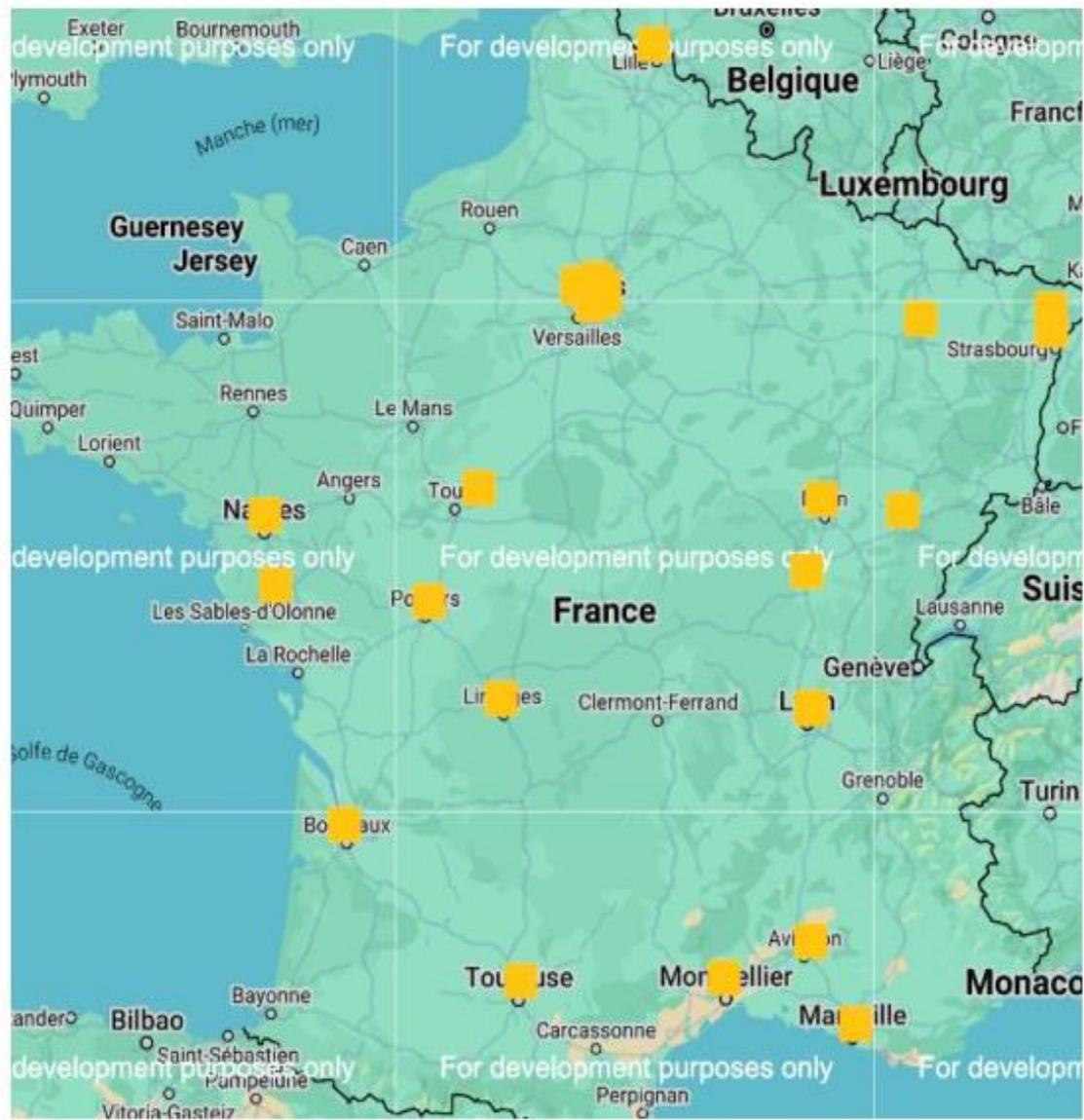


# Niveaux d'intervention

Niveau 1	Niveau 2A	Niveau 2B	Niveau 3
Prévention et santé mentale	Trouble léger à modéré	Trouble modéré à sévère	Trouble très sévère (décompensation aiguë)
<i>Psychologue CME, psychologue libéral PMI, Naitre et Bien-Être</i>	<i>CMP de psypérinatalité (EPI IDE-psycho, Cs psychiatre) Psychiatrie de liaison</i>	<i>Hôpital de jour de psypérinatalité (CMP insuffisant, alternative à l'hospitalisation complète)</i>	<i>Unité parent bébé (Lyon)</i>

# Niveaux de soin





Unité parent-bébé  
De jour



Unité parent-bébé  
Temps plein

# Troubles du lien et dépression périnatale

## **Du côté de la psychopathologie**

- Carences affectives
- Troubles d'allure autistique
- Anorexie à l'adolescence
- Troubles anxieux
- Troubles dépressifs

# Conclusion

- Importance d'un dépistage précoce de la dépression en situation de périnatalité
- Importance de la place du père ou des autres adultes de l'environnement qui peuvent être tuteurs de résilience
- Importance de l'accompagnement professionnel précoce et adapté pour éviter une installation de l'enfant dans la pathologie

Merci pour votre attention!

