

LA DEPRESSION PERINATALE

« D'abord il y a un drame intérieur » (Paul Valéry)

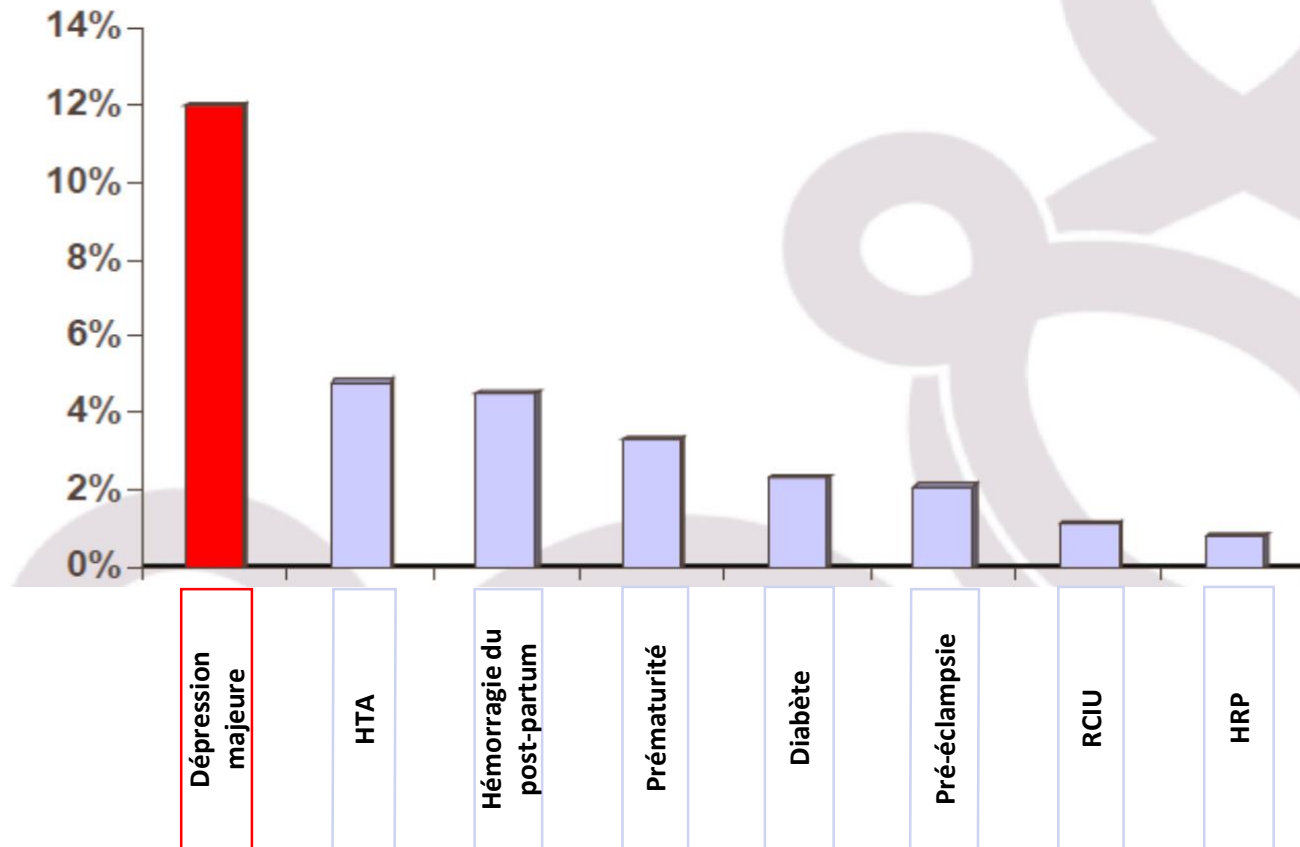
"Ces femmes ont beaucoup souffert de culpabilité faute d'informations suffisantes, mal jugées, déconsidérées. La dépression post-partum est un tabou, et ce tabou pèse sur ces femmes" ,

Dr Sarah Sananès, pédopsychiatre à l'UMB de BRUMATH.



Image du Congrès International de la Santé Mentale des Femmes et du Congrès de la Société Marce Francophone de mars 2019

Dépression: la plus fréquente complication médicale de la maternité



Pawlby and all – 2009 Alain GREGOIRE

LE PSYPERINATHON

<https://alliance-psyperinat.org/2020/09/09/psyperinathon/>

- Le **coût de la dépression périnatale** est estimée à **535 millions de dollars** par année si elle n'est pas traitée : rapport du « Centre Perinatal Excellence » d'Australie (2008)
- D'après Alain Grégoire, au Royaume Uni, la **prévention** coûterait **24 fois moins chère** que les soins psychiatriques faisant suite à la dépression périnatale

Quelques chiffres !

Journée scientifique « Le bon exemple du Royaume-Uni » Vendredi 22/06/2018 Université Toulon – La Garde.

Dr Raoul BELZEAU – service Pr. F. Poinso CHU Ste Marguerite MARSEILLE

Dr Michel DUGNAT, pédopsychiatre, responsable unité parents-enfants Service Pr. F. Poinso – CHU Ste Marguerite MARSEILLE

En France, sur 800 000 naissances par an :

- **1600 naissances sont suivies d'une psychose du post-partum nécessitant une hospitalisation**
- **1600 naissances concernent des mères ayant des antécédents de troubles psychiatriques chroniques et nécessitent une hospitalisation en psychiatrie**
- **24000 naissances sont suivies d'une maladie dépressive sévère**
- **24000 naissances sont suivies d'un état anxieux sévère associé ou non à un état de stress post-traumatique**
- **80000 naissances sont suivies d'une dépression modérée et/ou d'un état anxieux**
- **120000 naissances sont suivies d'une difficulté d'adaptation avec réaction de détresse**

Quelques chiffres !

Journée scientifique « Le bon exemple du Royaume-Uni » Vendredi 22/06/2018 Université Toulon – La Garde.

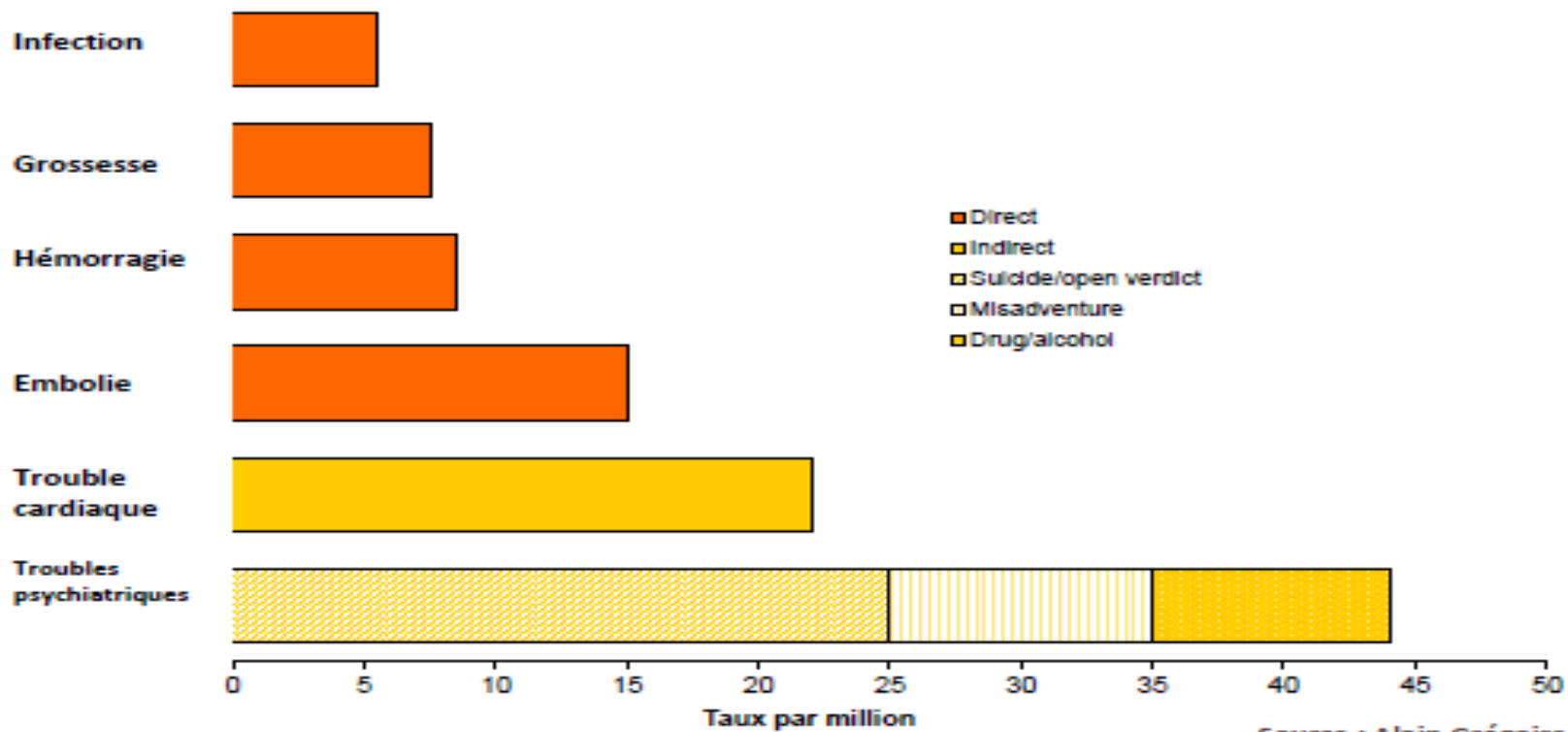
Dr Raoul BELZEAU – service Pr. F. Poinso CHU Ste Marguerite MARSEILLE

Dr Michel DUGNAT, pédopsychiatre, responsable unité parents-enfants Service Pr. F. Poinso – CHU Ste Marguerite MARSEILLE

- **2/1000 naissances** sont suivies d'une psychose du postpartum dans les semaines suivant la naissance et nécessitent une hospitalisation
- **2/1000 naissances**, d'une aggravation d'un trouble psychiatrique chronique (schizophrénie ou trouble bipolaire) dans les mois suivant la naissance et nécessitent une hospitalisation
- **3% des naissances**, d'une maladie dépressive sévère qui affecte significativement les capacités maternelles
- **3% des naissances**, d'un trouble anxieux lié à un syndrome de stress post-traumatique
- **Au moins 10%** des naissances, d'une dépression modérée ou d'un état anxieux
- **Au moins 15%** des naissances, d'une difficulté d'adaptation durant plus longtemps qu'ordinairement mais n'affectant pas significativement la fonction maternelle

Quelques chiffres !

La principale cause de mortalité maternelle (-9 à +12 mois) -



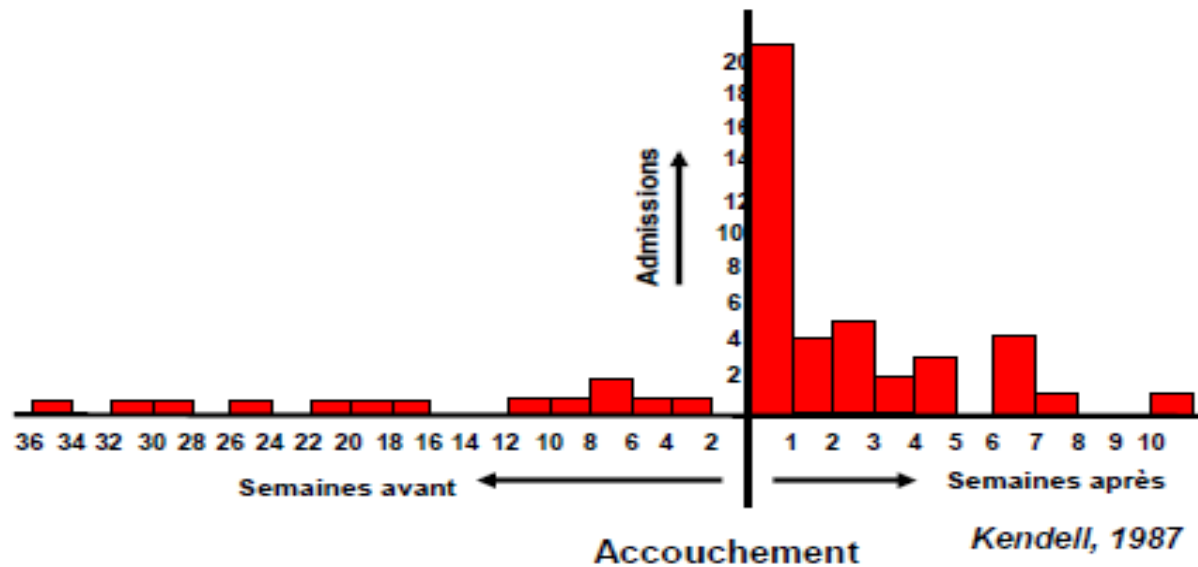
Source : Alain Grégoire

Le suicide est la première ou
la deuxième cause de
mortalité maternelle dans
les pays riches.

(Drummondville 2017).

Quelques chiffres !

Le plus haut risque d'épisode psychotique

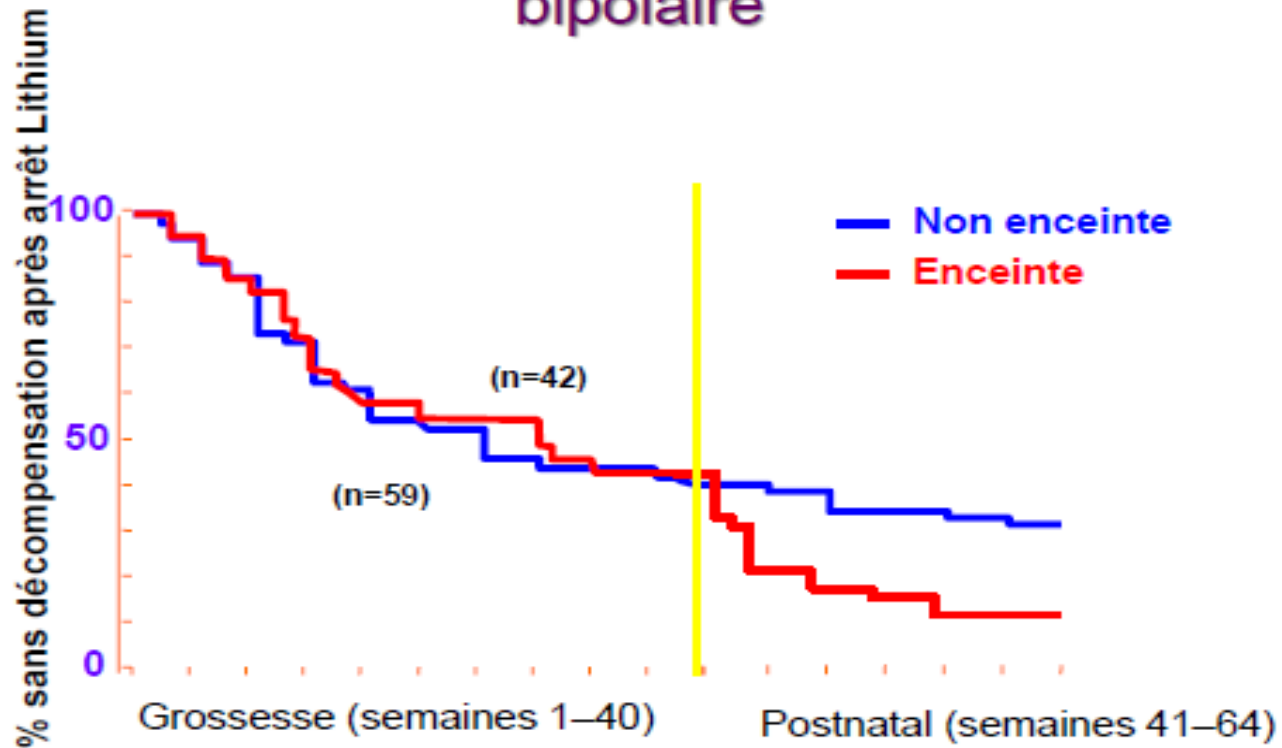


Psychose puerpérale: plus rapide, plus grave, et plus haut risque qu'à tout autre moment (Oates, 1996; Appleby et al 1998)

Source : Alain Grégoire

Quelques chiffres !

Le plus haut risque de rechute du trouble bipolaire



Viguera AC. *Am J Psychiatry*. 2000;157:179-184.

Source : Alain Grégoire

LA COVID-19

- Les pathologies psychiatriques décompensent de manière inédite
- Survenue de décompensation de type psychose puerpérale en fin de grossesse
- Augmentation des troubles anxieux périnataux et de la dépression périnatale

Le terme fourre-tout de

« **BABY BLUES** »

recouvre en fait une large diversité
de situations critiques.

PLAN

- Éléments psychiques de la grossesse.
- 4^{ème} trimestre de la grossesse.
- « Blues du post-partum », période des 40 jours.
- Dépression périnatale du côté mère,
- Dépression périnatale du côté bébé, enfant, adolescent.
- Et le père...

ELEMENTS PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE

**Au-delà des transformations physiques,
la grossesse est :**

- une **création de génération** ;
- une **rencontre intime avec soi-même** ;
- une **remémoration des émotions primaires de la toute petite enfance** (vie intra-utérine et premières années de vie).

La conception et la gestation de l'enfant provoquent un véritable bouleversement psychique chez la femme.

- **1^{er} trimestre : ambivalence.**

Femme centrée sur elle, période narcissique. Début de « la transparence psychique de la femme enceinte »*.

- **2^{ème} trimestre : harmonie ou ...**

Fantasme et résurgences émotionnelles primaires de la femme enceinte.

- **3^{ème} trimestre : échéance.**

Femme tournée vers le bébé à venir : rêverie maternelle....

*Monique Bydlowski

4^{ÈME} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE «TSUNAMI ÉMOTIONNEL» ET DEGESTATION

Poursuite :

- de la « rêverie maternelle »,
- de l'apprivoisement : du déliement à l'attachement ,
- du réaménagement des places de chacun.

L'après naissance est marquée par :

- l'étrangeté et la complexité du réglage du temps de la mère sur celui de son bébé, si différents, si proches, maman et bébé vont avoir à se rencontrer, à se découvrir, à faire connaissance.
- La dégestion physiologique et physique.

BLUES DU POST-PARTUM OU BABY BLUES...

à chacun sa représentation

BLUES du POST-PARTUM (PPB), PERIODE DES 40 JOURS

La période du PPB s'étend du 3ème jour après l'accouchement jusqu'aux 40 jours.

On dénombre trois types de blues postpartum différents (S. Bydlowski-2011) :

- **Le blues classique** est considéré comme normal, il couvre la période nécessaire à la rencontre entre le bébé et sa maman et à leur adaptation mutuelle. Il disparaît physiologiquement.
- **Les deux autres types de blues (triste et blanc)** laissent augurer d'une évolution du lien mère-bébé plus complexe, voire « chaotique », entraînant des dysfonctionnements du côté du bébé et une possibilité de maltraitance du côté de la mère.

Les risques de dépression postpartum sont très importants en présence de PPB triste. **On ne parle de dépression postpartum qu'à partir de 6 à 8 semaines après l'accouchement.**



Hans Memling



DEPRESSION PERINATALE, COTE MERE

« L'Etranger en moi »



Dans un contexte multifactoriel, les deux principales familles de risque de la dépression périnatale sont :

- *Les facteurs psychiatriques* (les variables psychosomatiques, manifestations anxieuses ou dépressives en prénatal, antécédents de dépression) ;
- *Les facteurs relationnels* (peu de soutien social, conjugalité, relations conflictuelles, aboutissant à une faible estime de soi).

L'ANTENATAL... UN OUTIL DE DÉPISTAGE

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 j'ai fait pour une grossesse précédente
1- Non

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

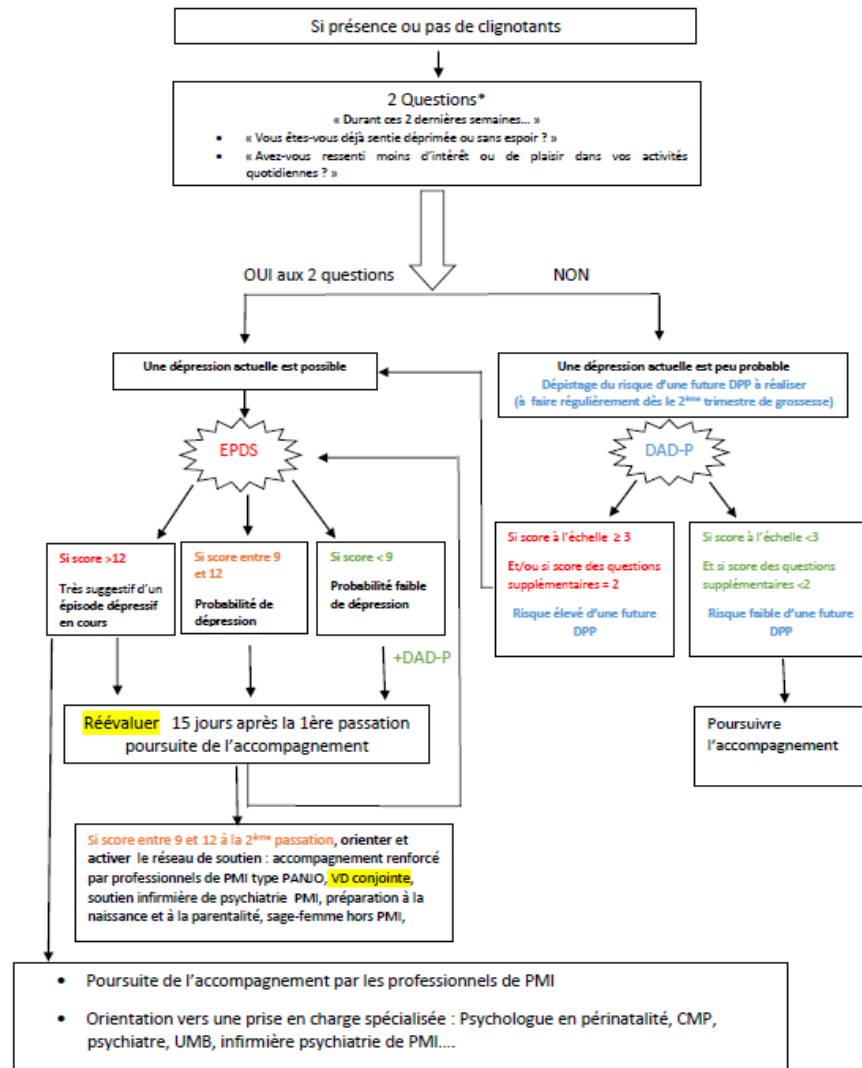
Règles de dépistage du Post-Partum
Le DAD-P est positif si l'échelle est positive ou si les deux questions supplémentaires sont positives.
Si le DAD-P est positif, la femme est à risque de développer une dépression du Post-Partum, la référer à l'astre décisionnel.

Conception et validation du DAD-P :
Rigotti Valeria N, Corneilhesat E, Mancano J et al. Construction et validation multicentrique d'un questionnaire peripartum de dépistage de la dépression post-partum.
Psychiatr Enfance 2007 ; 49 : 33-41

Publication du questionnaire :
Hamer N, Rigotti Valeria N. (2009). Rev Med Suisse, 5 : 395-403

© 2021, Centre de la Communication - Imprimé et diffusé avec le soutien du Département Moselle

Moselle
Le Département



* Ces deux questions, préconisées par la «Preventive Services Task Force des Etats-Unis » ont pour but de dépister une dépression déjà active. Elles sont les 2 symptômes obligatoires pour le diagnostic de dépression (selon le DSM-IV).

PAI (échelle d'attachement prénatal)

Annexe 1. Questionnaire (Prenatal Attachment Inventory, Müller, 1993; Traduction française par Jürgens et Levy-Rueff, 2008)

Consigne :

Les propositions qui suivent décrivent des pensées, sentiments ou situations que les femmes peuvent ressentir pendant leur grossesse.

Nous aimerions savoir ce que vous avez ressenti durant le mois qui vient de s'écouler.

Entourez le chiffre qui semble le plus adapté à votre expérience.

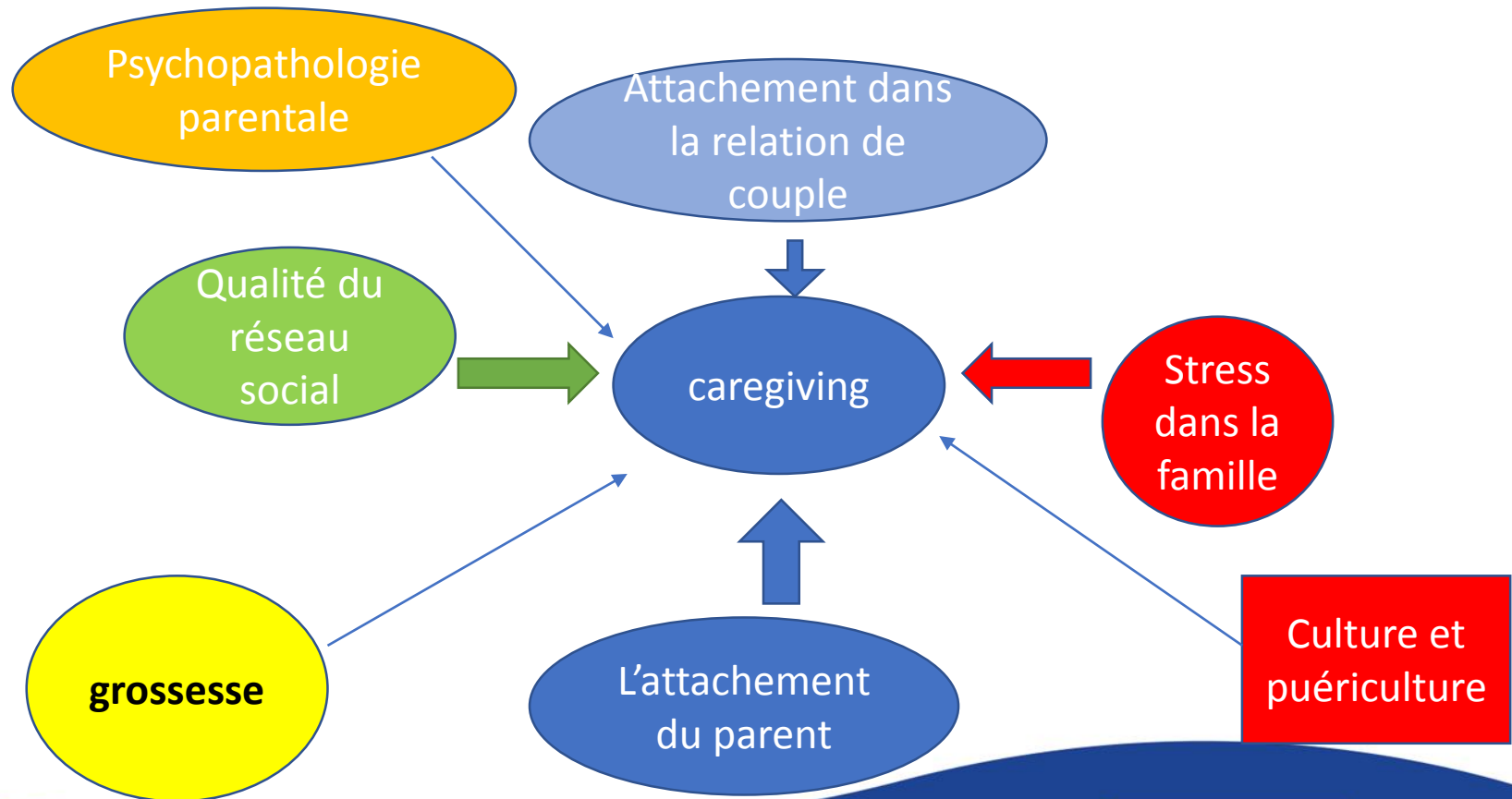
1 = Presque jamais
2 = Parfois

3 = Souvent
4 = Presque toujours

1.	Je me demande à quoi peut ressembler le bébé maintenant	1	2	3	4
2.	Je m'imagine appeler le bébé par son prénom	1	2	3	4
3.	Je trouve agréable de sentir le bébé bouger	1	2	3	4
4.	Je pense que mon bébé a déjà une personnalité	1	2	3	4
5.	Je laisse les autres poser leurs mains sur mon ventre pour sentir le bébé bouger	1	2	3	4
6.	Je fais attention aux choses qui pourraient avoir une influence sur le bien-être du bébé	1	2	3	4
7.	Je pense aux activités que je ferai avec mon bébé	1	2	3	4
8.	Je décris aux autres ce que le bébé fait à l'intérieur de moi	1	2	3	4

9.	J'imagine quelle partie du bébé je suis en train de toucher	1	2	3	4
10.	Je sais quand le bébé est endormi	1	2	3	4
11.	Je peux faire bouger mon bébé	1	2	3	4
12.	J'achète ou je fabrique des choses destinées au bébé	1	2	3	4
13.	Je ressens de l'amour pour mon bébé	1	2	3	4
14.	J'essaie d'imaginer ce que le bébé est en train de faire à l'intérieur de moi	1	2	3	4
15.	J'aime être assise avec les bras autour de mon ventre	1	2	3	4
16.	Je rêve du bébé	1	2	3	4
17.	Je sais pourquoi le bébé est en train de bouger	1	2	3	4
18.	Je caresse le bébé à travers mon ventre	1	2	3	4
19.	Il m'arrive de partager des confidences avec mon bébé	1	2	3	4
20.	Je sais que le bébé peut m'entendre	1	2	3	4
21.	Il m'arrive d'être très émue quand je pense au bébé	1	2	3	4

Facteurs jouant sur l'expression du caregiving en prénatal



LA DEPRESSION POSTNATALE (DPP)

Les différences entre la DPP et la Dépression Ordinaire
(Dayan 2004)

DEPRESSION POSTNATALE	DEPRESSION ORDINAIRE
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Réveil précoce
Labilité émotionnelle	Constante de l'humeur
Rares idées suicidaires	Assez fréquentes idées suicidaires
Perte d'estime de ses capacités maternelles	Perte d'estime de soi
Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé	Anxiété moins fréquente
Rareté du ralentissement psychomoteur	Fréquence du ralentissement psychomoteur

LE POSTNATAL... UN OUTIL DE DEPISTAGE

Le moment privilégié pour dépister la dépression chez la femme est la période périnatale.

(Source Alain Grégoire)

Selon l'étude ELFE, 50 à 60% des dépressions périnatales ne sont pas diagnostiquées.

(source Antoine GUEDENEY)

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- 0 - Aussi souvent que d'habitude
- 1 - Pas tout à fait autant
- 2 - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 - Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

- 0 - Autant que d'habitude
- 1 - Plutôt moins que d'habitude
- 2 - Vraiment moins que d'habitude
- 3 - Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, parfois
- 1 - Pas très souvent
- 0 - Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

- 0 - Non, pas du tout
- 1 - Presque jamais
- 2 - Oui, parfois
- 3 - Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.

- 3 - Oui, vraiment souvent
- 2 - Oui, parfois
- 1 - Non, pas très souvent
- 0 - Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements*.

- 3 - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- 2 - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 1 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 0 - 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*.

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, parfois
- 1 - Pas très souvent
- 0 - Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, très souvent
- 1 - Pas très souvent
- 0 - Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, très souvent
- 1 - Seulement de temps en temps
- 0 - Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.

- 3 - Oui, très souvent
- 2 - Parfois
- 1 - Presque jamais
- 0 - Jamais

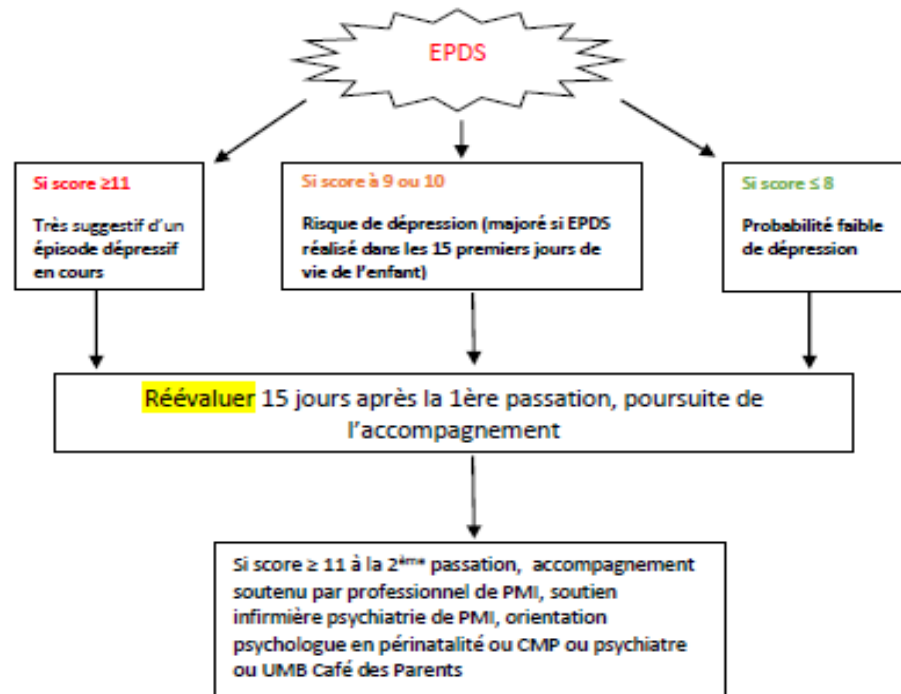
Score : _____

Risque de dépression du Post-Partum
La (future) maman remplit le questionnaire par elle-même sans influence extérieure. Le professionnel peut aider si elle a un problème de compréhension.

Score
Plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important.
Un score supérieur ou égal à 11 révèle une dépression possible.
Un score inférieur à 10 signifie qu'une dépression est très peu probable.
Se référer à l'arbre décisionnel.

Traduction Française :
Guidberg N, Fermanian, (1998). Validation Study of the French version of the EPDS : new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry, 13 : 83-9.

Version originale :
Cox J L, Holden J M, Sagovsky D. (1987). Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J of Psychiatry, 150 : 782-786.



- Poursuite de l'accompagnement par les professionnels de PMI
- Orientation vers une prise en charge spécialisée : Psychologue en périnatalité, CMP, psychiatre, UMB, infirmière psychiatrie de PMI....

Transgenerational trauma and poor mental health



Source Alain Grégoire

Quelques paroles de mère

*« J'avais plus envie de rien, même plus de m'occuper de mon fils. Je le faisais parce que je le devais et non par plaisir. Il n'y avait pas de plaisir, pas de sourire. Il n'y avait plus rien, je ne ressentais rien. La dépression post-partum, personne ne m'en avait parlé, je connaissais le baby-blues mais là ...je me suis sentie seule même si ma famille et mon compagnon étaient bienveillants. J'ai d'abord nié puis je me suis perdue. Je me suis dit que j'étais une mauvaise mère, qu'être maman c'est vivre dans un rêve, tomber amoureuse au premier regard, blablabla et que je n'étais pas normale. »
Valérie.*

"J'étais vraiment trop mal et ce mal-être était plus fort que ma honte. Ce n'est pas facile de se rendre à l'évidence, on rêve d'avoir un enfant et quand il est là on n'y arrive pas. Moi, c'est simple, j'avais l'impression de ne pas être sa maman. J'avais l'impression que c'était un étranger.»

Marie-Eve

DEPRESSION PERINATALE, COTE BEBE, ENFANT, ADOLESCENT

Les pleurs



Le bébé



OBSERVATION DU BEBE

QUELQUES APPUIS POUR LE DEPISTAGE



Le Still Face



GRILLE D'OBSERVATION DES INTERACTIONS MÈRE-PÈRE-NOURRISSON (DE 0 À 3-4 MOIS)

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	SOURIRES
BÉBÉ	Recherche le fouissement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non S'agrippe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Apprécie les contacts corporels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maintient le regard à regard : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Évite le regard de sa mère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non A un regard fixe : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Explore l'environnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vocalise vers sa mère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pleure-t-il fréquemment : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sourit spontanément à sa mère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Répond au sourire de sa mère : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MÈRE	Berce son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Tient son bébé confortablement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Tient son bébé à distance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Caresse son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Embrasse son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maintient le regard : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Évite le regard du bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Suit le bébé des yeux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Parle au bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Jeux vocaux réciproques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Crie fréquemment : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reste silencieuse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sourit spontanément à son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Répond au sourire de son bébé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine :	<input type="checkbox"/> Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents	<input type="checkbox"/> Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents	<input type="checkbox"/> Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents	<input type="checkbox"/> Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents

QUI INITIE LES ÉCHANGES ?		TONALITÉ AFFECTIVE DOMINANTE	
<input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> Les deux	<input type="checkbox"/> L'enfant <input type="checkbox"/> Aucun des deux	Enfant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉCIPROCIÉTÉ DES ÉCHANGES	LES INTERACTIONS SE DÉROULENT-ELLES DE FAÇON PRÉDOMINANTES AVEC :		
<input type="checkbox"/> Fréquente <input type="checkbox"/> Rare <input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Continuité <input type="checkbox"/> Discontinuité		



GRILLE D'OBSERVATION DES INTERACTIONS MÈRE-PÈRE-NOURRISSON (DE 0 À 3-4 MOIS)

Père	
Selon la mère	Selon l'observateur
La mère parle-t-elle spontanément du père : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le père vient-il spontanément à la consultation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le père s'occupe-t-il de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le père participe-t-il activement à la prise en charge de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quand il est : <input type="checkbox"/> seul avec l'enfant <input type="checkbox"/> toujours en présence de la mère	Joue-t-il son rôle de père auprès de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre (préciser) :	Si non, préciser :
Le père est-il un soutien de la mère dans sa fonction maternelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
La mère laisse-t-elle le père prendre sa place ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

D'après la Grille des Interactions précoces de Bobigny
 Recherche-Action-Formation :
 - dirigée par le professeur Labovici, son équipe le département de psychopathologie de la faculté de Médecine de Bobigny
 - les équipes pédiatriques de quatre centres de PMI
 - ifossem



Figure 2
L'échelle alarme détresse bébé (ADBB)

Chaque item est coté de 0 à 4 : 0 : Pas de comportement anormal de retrait
1 : Comportement discrètement anormal
2 : Comportement anormal
3 : Comportement nettement anormal
4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. Les indications ci-dessus sont données à titre indicatif en cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle.

Nom : Prénom :

Age : mois jours Date :

N° dossier : Examineur :

1. Expression du visage

Evaluation de la réduction de l'expressivité du visage

0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.

1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.

2 : Peu de mobilité faciale spontanée.

3 : Visage immobile, triste.

4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé.

2. Contact visuel

Evaluation de la réduction du contact visuel

0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.

1 : Contact visuel spontané, mais bref.

2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.

3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.

4 : Refus total de contact visuel.

3. Activité corporelle

Evaluation de la réduction d'activité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.

1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.

2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.

3 : Faible activité en réponse à la stimulation.

4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

4. Gestes d'auto-stimulation

Evaluation de la fréquence avec laquelle l'enfant joue avec son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs...), de façon automatique et sans plaisir, et en comparaison avec l'activité générale. Note : un seul signe significatif d'auto-stimulation est suffisant pour coter 1 ou plus.

0 : Absence d'auto-stimulation, l'activité d'auto-exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.

1 : Auto-stimulation fugitive.

2 : Auto-stimulation peu fréquente mais nette.

3 : Auto-stimulation fréquente.

4 : Auto-stimulation constante.

5. Vocalisations

Evaluation de la réduction des vocalisations traduisant le plaisir (gazouillis, rire, babillage, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, gémissements et pleurs)

0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.

1 : Vocalisations spontanées brèves et/ou cris et pleurs fréquents, (même s'ils surviennent seulement en réponse à une stimulation).

2 : Pleurs quasi constants.

3 : Gémissement, seulement en réponse à une stimulation.

4 : Aucune vocalisation.

6. Vivacité de la réaction à la stimulation

Evaluation de la réduction de la vivacité de la réaction à la stimulation, agréable ou désagréable au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note : ce n'est pas l'importance de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de réponse.

0 : Réaction adaptée, vive et rapide.

1 : Réaction légèrement retardée.

2 : Réaction nettement retardée.

3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.

4 : Absence totale de réaction.

7. Relation

Evaluation de la réduction de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance.

0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).

1 : Relation identifiable, positive ou négative, mais moins marquée qu'en 0.

2 : Relation à peine marquée, positive ou négative.

3 : Doute sur l'existence d'une relation.

4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

8. Attractivité

Evaluation de l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que du sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.

1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0.

2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder son attention centrée sur lui.

3 : Sentiment de malaise et d'être maintenu à distance.

4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte.

Total

Copyright : A. Guédeney, 2004. L'utilisation de l'échelle suppose une formation. Son usage implique de prendre contact avec l'auteur et la communication de données utiles au développement de l'échelle : antoine.guedeney@bch.ap-hop-paris.fr ou www.adbb.net.

?

EVA

Echelle visuelle analogique

- Objectif: évaluer du point de vue du praticien la douleur intersubjective dans la dyade.
- Percevez-vous aujourd'hui une difficulté, un malaise, un décalage, une dysphorie?
- Quelle impression vous laisse la rencontre?
- Quel est selon vous le degré de douleur pour cette dyade?

De la naissance aux 40 jours

- EVA
- EPDS
- Examen clinique du nourrisson
- Observation des interactions:
tempérament, rythme, portage...

De 40 jours à 3 mois

- EVA
- EPDS
- Examen du nourrisson:
- Observations des interactions:
mise en place des proto-
conversations, réflexe main-
bouche...

A partir de 3 mois

- EVA
- EPDS
- **AADB/M-AADB**: alerte détresse bébé
- Examen clinique du nourrisson
- **Observation des interactions:**
recherche du renforcement
conversationnel entre parents et bébé

M-ADBB

Echelle M-ADBB (M-ADBB, Version française)

MATTHEY, ČRNČEC, & GUEDENY (2005). ©



Chaque item est coté selon les catégories suivantes:

- 0: Satisfaisant
- 1: Problème possible
- 2: Problème manifeste

Cette échelle est au mieux remplie par l'observateur sur la base de ce qu'il ou elle observe au cours de l'examen ou du test. Le clinicien devrait chercher à engager l'enfant, par des sourires, en lui adressant la parole et en le touchant.

1. EXPRESSION FACIALE:

L'observateur évalue l'expressivité faciale tout au long de l'examen

- 0: Satisfaisant: Claire expressivité faciale positive ou négative, avec fréquents changements d'expression.
- 1: Problème possible: Expressivité faciale limitée, peu de changements d'expression
- 2: Problème manifeste: Absence d'expressivité faciale; le visage apparaît figé, pendant presque toute l'observation.

2. CONTACT OCULAIRE:

L'observateur évalue la qualité et la fréquence du contact oculaire de l'enfant avec lui ou elle

- 0: Satisfaisant: Au moins un épisode de contact oculaire modéré avec plusieurs épisodes de contact bref
- 1: Problème possible : Seulement deux épisodes de contact bref, ou juste un seul modérément prolongé
- 2: Problème manifeste: Un seul contact bref, ou contact vague, fuyant, ou absent

3. VOCALISATIONS:

L'observateur évalue la fréquence des vocalisations spontanées de plaisir, mais aussi l'absence de vocalisations de déplaisir ou de protestation, au cours de l'observation.

- 0: Satisfaisant: Au moins quelques vocalisations brèves (hors pleurs), ou une ou deux vocalisations plus longues, sans pleurs

- 1: Problème possible: Seulement quelques très rares vocalisations, sans pleurs, ou en leur absence, cris en réponse à une stimulation, ou des gémissements répétés.
- 2: Problème manifeste : Gémissement occasionnel en réponse à une stimulation, ou absence totale de vocalisations.

4. ACTIVITE GENERALE:

On évalue la fréquence des mouvements de la tête du torse et des membres sans prendre en compte celle des doigts et des mains, de façon spontanée et en réponse aux stimulations

- 0: Satisfaisant: Au moins une activité modérée spontanée, avec quelques mouvements de la tête du torse et des membres.
- 1: Problème possible: Niveau très réduit d'activité spontanée, très en de mouvements de la tête et des membres, mais réponse à la stimulation
- 2 : Problème manifeste: Pas d'activité spontanée, ou réponse très faible à la stimulation

5. RELATION:

On évalue la capacité de l'enfant de s'engager dans la relation avec l'observateur, et sa capacité à la soutenir. La relation est évaluée par l'attitude vis-à-vis de l'autre, le contact visuel, la réaction aux stimulations et l'interaction.

- 0: Satisfaisant: Une relation en moins modérée est évidente, qu'elle soit positive ou négative, et soutenue
- 1: Problème possible: La relation semble ténu ou même douteuse, ou seulement nette quand l'enfant crie ou s'oppose
- 2: Problème manifeste : Pas de relation visible, positive ou négative

Total:

- Satisfaisant :
- Problème possible :
- Problème manifeste :

DATE: AGE: NOM:
EXAMINATEUR: LIEU:

(Derived from the Full ADDB Scale: Guedeney & Fermanian, 2001).

Reference as: Matthey, S., Črnčec, R., & Guedeney, A. (2005). *The Modified ADDB Scale (M-ADDB)*. Sydney South West Area Health Service, Sydney, Australia.

Constellation prédictive

- Si **3 ADBB** positifs, **90%** de risque d'interaction **défaillante à 1 an**.
- La recherche a permis de mettre en lumière une **constellation prédictive** : si **avant 3 mois** il y a une échelle **ADBB positive** et un **EPDS au-dessus du seuil**, il y a un fort risque de **troubles des interactions à un an**.

REPÈRES DE SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE PRÉCOCE (MARTINE LAMOUR)

Ces signes peuvent se retrouver de façon transitoire chez le nouveau-né sans être préoccupants. Les notions d'intensité, de nombre, de durée dans le temps déterminent le risque de souffrance psychique. Ces observations doivent être réalisées lors des moments d'interactions bébé/figure d'attachement principale. Il est également intéressant de les confronter aux capacités d'interaction du bébé avec un professionnel.


Les troubles somatiques

- la variation de la croissance staturo-pondérale ;
- les troubles de l'alimentation * ;
- les troubles du sommeil ;
- les troubles de la coloration cutanée (manifestations psychosomatiques accentuées au niveau cutané, intestinal ou respiratoire *) ;
- la vulnérabilité somatique : les fièvres inexplicées, les infections à répétition, les pathologies respiratoires.

() Symptômes d'alarme de Romana NEGRI (neuropsychiatre- Milan)*

Les troubles de la régulation des états de vigilance (Brazelton)

Liste des différents stades par lesquels le bébé s'autorégule dès la naissance

- 
- **Stade 1** sommeil sans mouvement oculaire rapide, respiration régulière, aucun mouvement corporel sauf quelques mouvements fins et brusques des doigts, lèvres ;
 - **Stade 2** sommeil avec mouvements oculaires rapides, respiration irrégulière et plus rapide, mouvements corporels possibles ;
 - **Stade 3** somnolence : paupières fermées ou demi-ouvertes mais regard vague ;
 - **Stade 4** regard vif et brillant, suspension de la motricité ;
 - **Stade 5** état d'éveil avec activité motrice importante, attention non fixée, possibilité de geignements
 - **Stade 6** cris, pleurs, activité motrice intense.

Idéalement le bébé passe progressivement d'un stade à l'autre selon son cycle de veille/sommeil.

Si le passage entre les stades est brutal (ex : du stade 1 au stade 6) il peut s'agir d'un trouble de la régulation ; les bébés en souffrance n'ont pas de souplesse par rapport aux variations de l'environnement et aux tensions internes.

Cet état d'extrême instabilité est à considérer comme préoccupant.

Les troubles relationnels

- l'absence ou l'importance de manifestations émotionnelles,
- les troubles du contact avec évitement,
- l'hyper-adaptation avec passivité,
- les troubles de la différenciation des personnes,
- réaction inadaptée au moment du déshabillage, du toucher des pieds et/ou des mains, de caresse sur la tête (peur du « bonnet »).

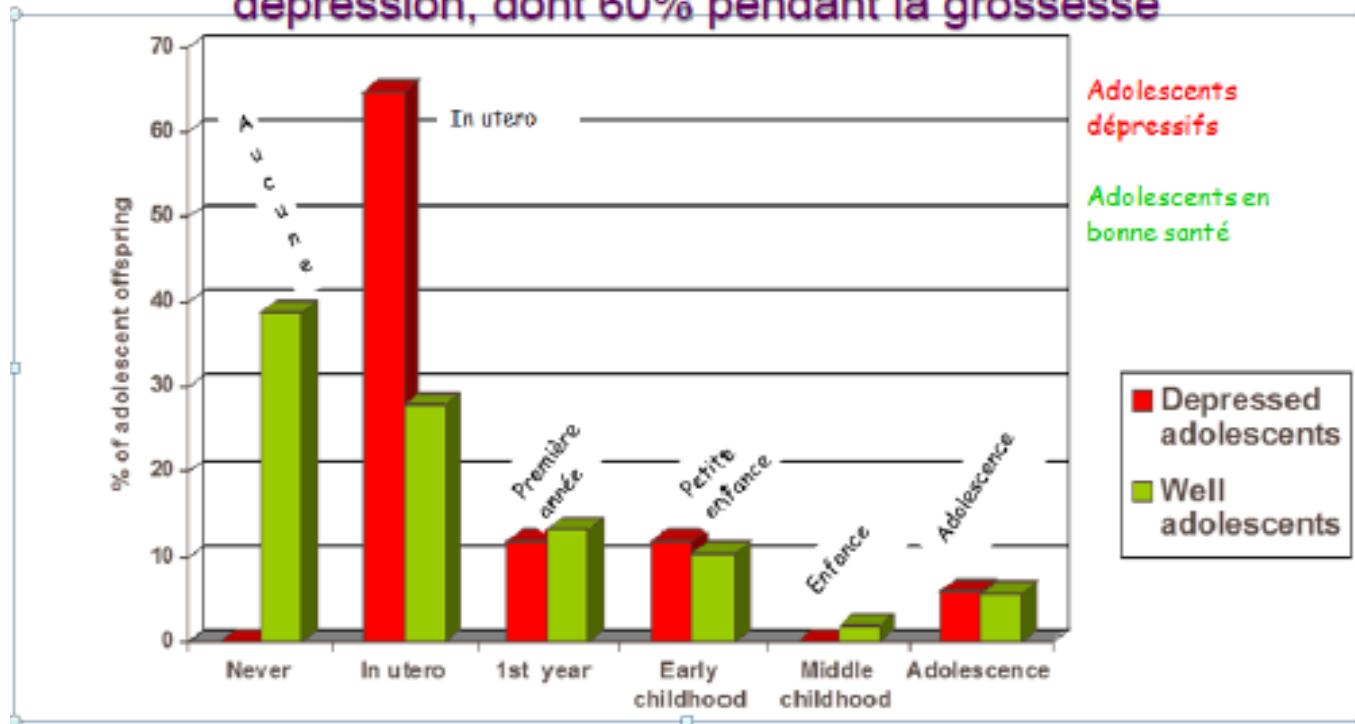
Les troubles tonico-moteurs

- l'hypo ou l'hypertonie globale,
- les troubles de la motricité segmentaire,
- la présence d'activités répétitives.

Depression postnatale effets sur enfants à 11 ans *(Hay et al 2008)*



Dépression à 16 ans : 100% des mères avaient présenté une dépression, dont 60% pendant la grossesse



Source : Alain Grégoire

AGE DE LA PREMIERE DEPRESSION MATERNELLE

Pawlby et al 2009. « Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring : prospective longitudinal community-based study ». J. Affect Disord, vol. 113, p. 236-243, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18602698>

ET LE PERE...

LE PERE LA DEPRESSION

- Aucune symétrie avec la dépression maternelle :
 - ni par la fréquence,
 - ni dans l'interaction*,
 - ni par la psychogenèse et les registres psychiques concernés**

- Le facteur de prédiction le plus important est la dépression de la mère :

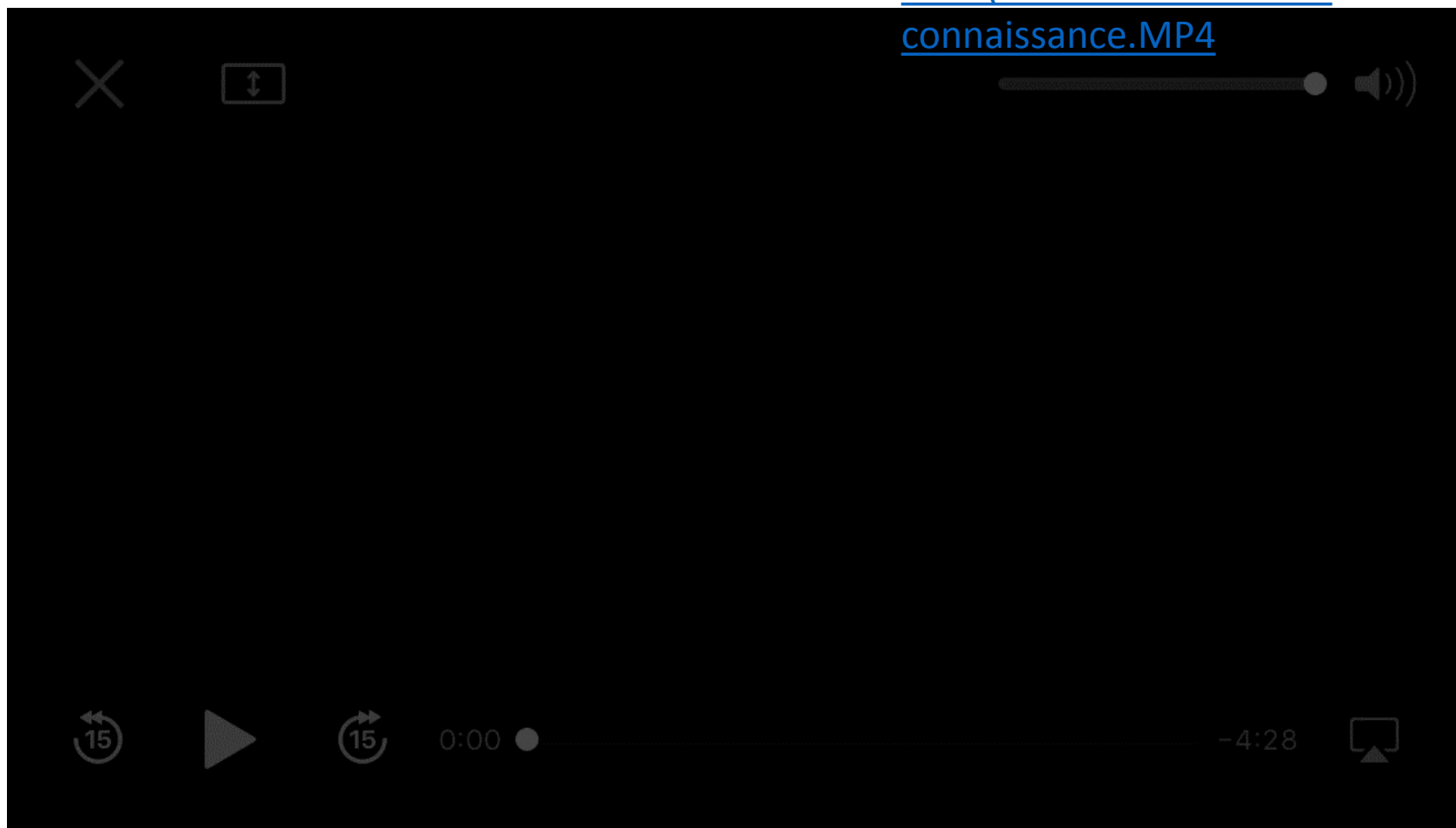
« Lorsqu'une mère fait une dépression, un père sur 2 est confronté à cette même difficulté (GRESSIER and all – 2015 – La Presse Medical) »

- Estimation à 10,4 % avec des taux plus élevés entre 3 et 6 mois du post-partum (Paulson & Bazemore-2010 méta-analyse, JAMA)
- EPDS fiable et validé pour les pères, score critique à 10 (Matthey et al., 2006)

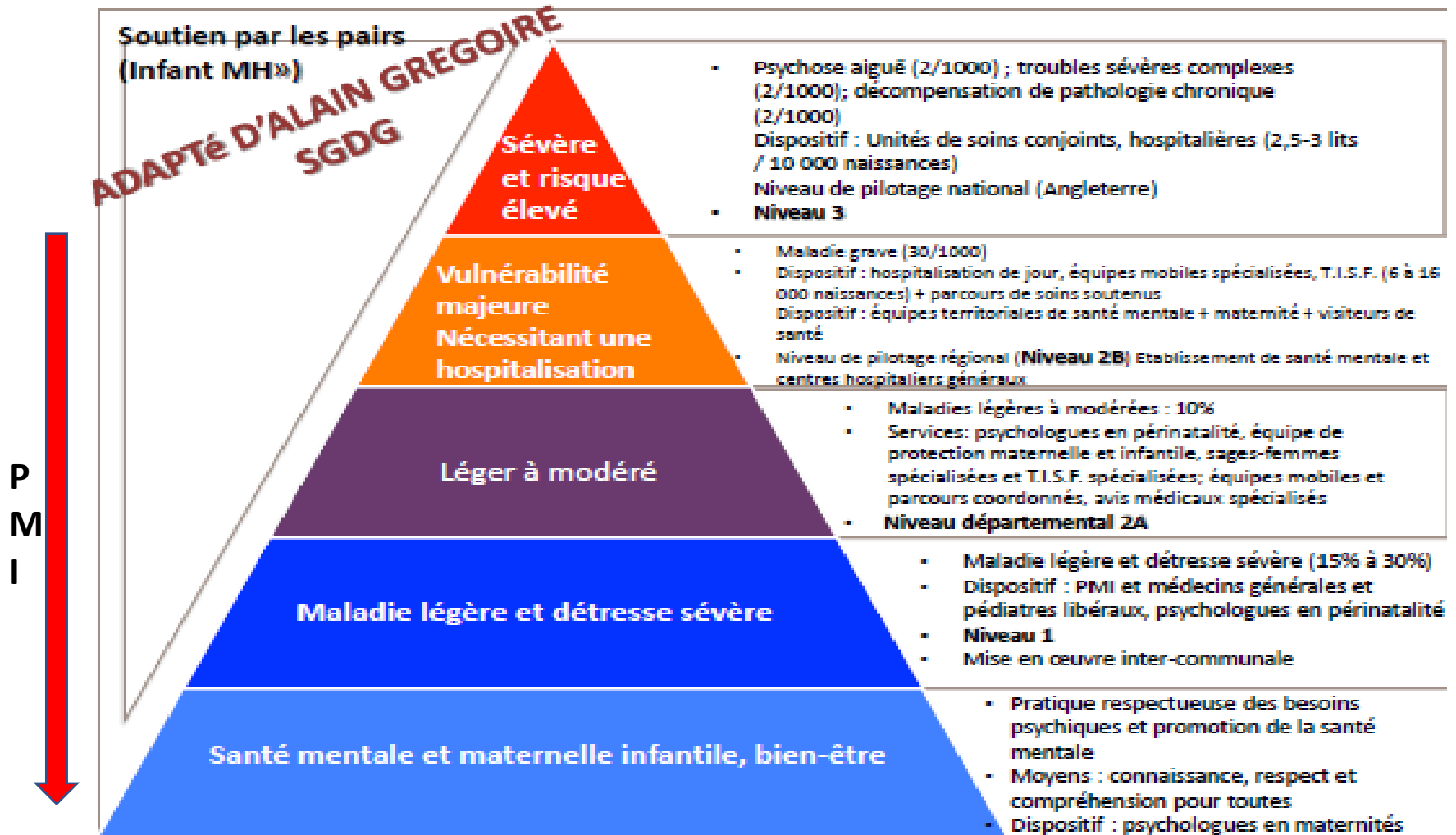
AXES D'ACCOMPAGNEMENT

Faire connaissance

[..\Documents\GT émotions naissance\Vidéos tisser des liens\tisser des liens-faire connaissance.MP4](#)



L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA PREVENTION



Attractivité du bébé qui fait émerger des émotions particulières chez les professionnels

Maillage professionnel

- Importance des regards croisés
- Appui des uns sur les autres
- Appui pour la dyade, triade
- Nécessité d'échanger entre les professionnels
- Permet de créer un accompagnement personnalisé

EN CONCLUSION

- La prévention de la DPP et des conséquences sur les interactions précoces est une priorité de Santé Publique.
- Elle couvre la période périnatale mais s'étend également sur le transgénérationnel.
- Elle est nuancée par et avec l'environnement.

Observation périnatale, côté mère

- **L'observation précoce et attentive** des femmes enceintes et venant d'accoucher.
- **Le reconnaître au plus tôt**, en proposant un accompagnement adéquat.
- Repérer :
 - la désorientation,
 - la perte de l'élan vital,
 - le dégoût,
 - la mésestime de soi.

Observation périnatale, côté enfant

- **L'observation précoce et attentive** des diverses manifestations de l'enfant (tant *hyper* que *hypo*)
- **L'observation d'une proto-conversation** dès 40 jours de vie valide une dyade positive*.
- **Un réflexe main-bouche associé à un blues classique** présage des interactions ajustées à 2 mois.
- Temporalité du bébé et développement sensori-moteur

Observation périnatale, côté père

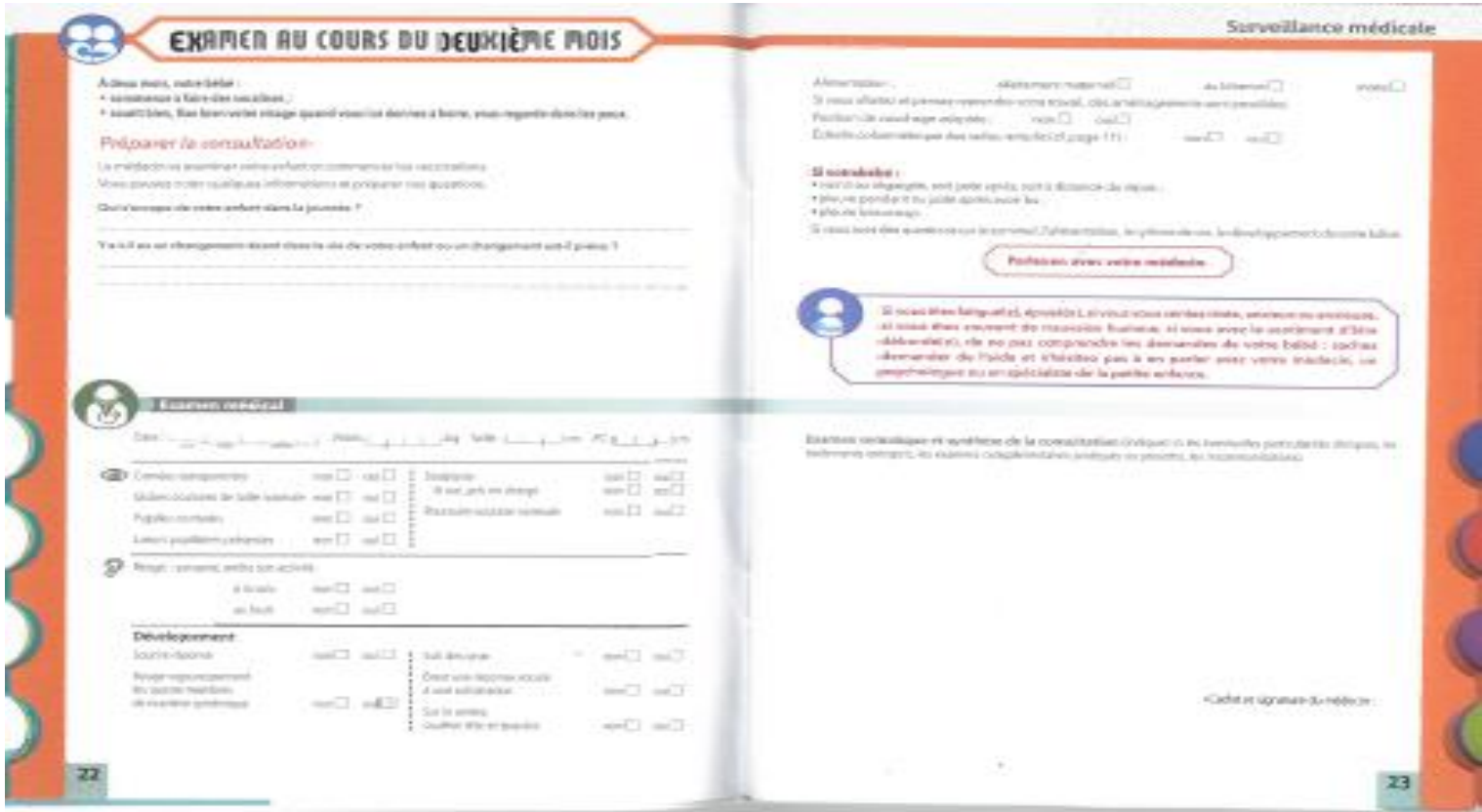
- **L'observation attentive** des pères entre 3 et 6 mois du PP
- **Le reconnaître au plus tôt**, en proposant un accompagnement adéquat.
- Repérer :
 - **agressivité, violence verbale ou physique,**
 - **repli, évitement relationnel,**
 - **risque de dépendance**

Les repères

- Consultation pré-conceptionnelle
- Déclaration de grossesse
- EPP
- EPDS à chaque trimestre de la grossesse/ PAI/ PraQ-R
- Consultations prénatales (carnet de maternité)
- Consultation postnatale
- Consultations pédiatriques (carnet de santé)

- *Intérêt du partenariat, regards croisés, observations répétées à des temps et des endroits différents.*

Carnet de santé: examen de santé des 2 mois.



Page départementale 57

tu

VOUS VIVEZ PEUT-ÊTRE UNE DIFFICULTÉ PARENTALE



Que m'arrive-t-il ?

- Je me sens triste, désespéré(e)
- Je ne comprends pas mon bébé
- Ce n'est pas ce que j'imaginai
- J'ai l'impression que je n'aime pas mon bébé
- J'ai envie de pleurer, je n'ai plus envie de rien

Vous pouvez être **LA MÈRE SUR 5 OU LE PÈRE SUR 10**
QUI SOUFFRE D'UNE DÉPRESSION APRÈS LA
NAISSANCE D'UN ENFANT.

Après la naissance d'un enfant, vous devenez parent et les émotions s'entrechoquent. Ceci peut se traduire par l'apparition de pleurs, de changements d'humeur ou d'anxiété. Cet état est normalement transitoire.

Si certains de ces sentiments sont présents et persistent dans le temps, **NE RESTEZ PAS SEUL(E)**, parlez-en à

- **Allo Parent Bébé 0 800 00 34 56** (service et appel gratuit)
- **Une puéricultrice de Protection Maternelle et Infantile (PMI)**

Vous pouvez également consulter le site [Mamans-bebes.fr](http://mamans-bebes.fr)

Besoin de parler avec des professionnels de la PMI :
www.mamans-bebes.fr

Moselle
L'Eurodépartement

- emotionsnaissance@moselle.fr ;
- Diverses associations (TISF, Café des Parents, LAEP...) ;
- « Maman Blues », « Gynger », « Best Start », « Yapaka ».

ANNEXES

Partenariat/référent parcours

- Traitement/lecrat
- UMB entrée et sortie
- TISF
- Référent parcours
- Psychiatrie adulte/enfant
- Sage-femme
- Psycho mat et libérale
- pédiatre