

# Le syndrome de depression du pré-partum

Autor(en): **Manzano, Juan / Righetti-Velerma, Marion / Conne Perreard, Elisabeth**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **99 (2001)**

Heft 6

PDF erstellt am: **10.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951295>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## EDITORIAL

Occupée à préparer ce sujet, je me suis revue, il y a neuf ans maintenant, juste après la naissance de mon premier enfant. A la maternité, je contemplais mon fils qui dormait dans son «plat pyrex», avec un sentiment mêlé de tendresse naissante et d'angoisse incontrôlée. Je me disais que désormais, j'étais liée à tout jamais à cette petite vie et que je devrais en tenir compte dans toutes mes décisions futures. Je me souviens avoir passé les semaines suivantes



dans un état second, dans une sorte de torpeur, de fatigue indicible. Car à ce sentiment de responsabilité exacerbé ce sont ajoutés des sentiments plus complexes, liés au mythe de la bonne mère que j'avais l'impression de n'être pas du tout. Je ne suis finalement sortie de cette nuit que deux mois plus tard, lorsque j'ai décidé de cesser d'allaiter mon enfant, acte qui dès l'origine (est-il politiquement correct de l'avouer ici?) n'allait pas du tout de soi pour moi, mais que, par souci de me conformer aux conseils de la pédiatre et des sages-femmes, j'avais fait durer jusque là.

Dès ce moment, j'ai eu l'impression de revivre. Mon mari a pu de temps en temps se lever la nuit pour donner le biberon à son fils (pardon! notre fils) et moi j'ai mis mes angoisses de côté (Saura-t-il lui faire faire son rot? Parviendra-t-il à le rendormir?) et des boules Quiès dans mes oreilles... Huit ou neuf bonnes heures de sommeil ininterrompus plus tard, revigorée et pleine d'allant, j'étais prête pour une nouvelle journée et, semaine après semaine, pour une nouvelle vie que j'ai fini par trouver passionnante.

Avec le recul, je me rends bien compte que je ne suis pas passée loin de la dépression, mais que, à ce moment, personne ne s'en est rendu compte, même pas moi. Ce souvenir reste, et de loin, le plus sombre de ma vie.

Les initiatives visant à dépister systématiquement les femmes sujettes à une dépression dans le post-partum sont donc à saluer et surtout à multiplier... Nulle n'est à l'abri!

Fabienne Gogniat Loos

## Recherche sur les signes précurseurs de la dépression

## Le syndrome de

Une femme sur dix souffre de dépression du post-partum. Une étude réalisée à Genève permet de penser qu'il est possible de repérer les femmes à risque pendant la grossesse déjà pour mettre en place des mesures préventives et thérapeutiques.

Dr Juan Manzano<sup>1</sup>,  
Dr Marion Righetti-  
Velrema<sup>2</sup> et Dr Elisabeth  
Conne Perreard<sup>3</sup>

**NOTRE** étude est partie du postulat qu'il pourrait être possible de détecter, pendant la grossesse, les femmes qui vont souffrir d'une dépression du post-partum, et que cette détection permettrait d'intervenir préventivement d'une manière plus efficace et économique. En effet, nous pouvons supposer qu'une méthode de psychothérapie brève, telle que nous l'utilisons actuellement dans la relation précoce mère-enfant, pourrait être efficace si elle était entreprise pendant la grossesse sur des femmes à haut risque de dépression du post-partum. La grossesse représente un moment de «mobilité identificatoire»: les femmes en train de devenir mères sont dans une situation de changement d'identité qui s'est avérée très favorable pour l'intervention psychothérapeutique brève. L'efficacité préventive de ces interventions brèves fera l'objet d'une recherche ultérieure, une fois que nous aurons pu établir une échelle de détection simple, non intrusive et d'application facile.

Notre recherche avait entre autres pour objectifs de mettre en évidence dans notre population les signes précurseurs de la dépression du post-partum et d'élaborer un score prédictif de dépression du post-partum afin de reconnaître les femmes enceintes à risque pour permettre la mise en place d'une intervention préventive et thérapeutique.

## Méthodologie et population

Notre population était constituée de 570 femmes choisies au hasard, avec lesquelles nous avons eu trois entretiens: durant le dernier trimestre de la gros-

sesse; trois mois après la naissance, à la maison avec observation de la relation mère-enfant; et enfin dix-huit mois après la naissance, à la maison avec les mères déprimées et celles du groupe de contrôle pour une observation également de la relation mère-enfant ainsi que de l'état développemental de l'enfant.

Pour des raisons pratiques, nous avons recruté notre population principalement à la maternité de l'hôpital cantonal de Genève. Nous n'avons pratiquement pas eu de refus. Les femmes ne parlant pas assez bien le français, refusant d'emblée de collaborer pour la deuxième phase de l'étude, domiciliées hors du Canton ou présentant des troubles psycho-pathologiques manifestes ont été exclues d'emblée de l'enquête.

Neuf enquêtrices ont participé à la recherche: sept sages-femmes enseignantes de l'École du Bon-Secours et deux sages-femmes indépendantes. Dans tous les cas, c'est la même sage-femme qui a conduit les trois entretiens. Toutes les sages-femmes ont participé à une dizaine de séances de formation (jeux de rôle, vidéo, entretiens). La fiabilité inter-juges à la fin de la formation pouvait être considérée comme excellente. Pendant toute la durée de l'enquête, des réunions périodiques ont eu lieu avec toutes les enquêtrices.

Premier entretien  
(3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse)

Au cours du premier entretien, la sage-femme expliquait brièvement le but de l'étude puis s'assurait de l'accord de principe de la parturiente pour un deuxième

<sup>1</sup> Professeur au département de psychiatrie de l'Université de Genève, médecin-directeur du Service médico-pédagogique.

<sup>2</sup> Pédopsychiatre, médecin consultant au Service médico-pédagogique, Genève.

<sup>3</sup> Médecin du travail, spécialiste en prévention et santé publique.

u post-partum

# dépression

# du pré-partum



Photo: Isabelle Meister

Un simple questionnaire permettrait de détecter pendant la grossesse déjà les femmes susceptibles de faire une dépression du post-partum.

entretien à domicile quelques mois plus tard. Elle remplissait ensuite avec la parturiente notre questionnaire. Ce questionnaire, élaboré pour ce premier entretien, a été repris lors des deux autres rencontres; il portait principalement sur les données socioprofessionnelles, le vécu et l'image de la grossesse, l'image de l'enfant à venir, le soutien du conjoint, les événements de vie, les souvenirs de la relation que ces femmes ont eue avec leur propre mère dans leur enfance.

En ce qui concerne les événements de vie, nous avons choisi délibérément de ne pas utiliser d'échelle préétablie. En effet, pour tenter de confirmer les hypothèses de recherche qui accordaient une importance particulière au coping (faculté individuelle de faire face à des événements de vie), il nous a paru préférable d'utiliser des questions ouvertes qui permettaient aussi de mieux recueillir des événements, banals en soi, mais traumatiques au niveau indivi-

duel. Toutefois, dans un deuxième temps, une courte liste d'événements précis était proposée aux femmes.

Une partie du questionnaire était également consacrée aux aspects psychologiques, avec en particulier l'utilisation de la Hopkins Symptom Checklist, version en 58 items (HSCL-58) de Derogatis [5], ici dans sa version française validée par Guelfi [8]. Il s'agit d'un inventaire d'autoévaluation de 58 items largement employé dans le domaine des essais de psychotropes et en épidémiologie psychiatrique. Il permet d'évaluer de façon ponctuelle le status psychopathologique d'un sujet, en fonction de signes et symptômes, sans que l'on puisse prétendre poser un diagnostic proprement dit. Cette échelle présente l'avantage de pouvoir être administrée par des personnes non spécialisées en psychiatrie.

Après l'accouchement, un questionnaire périnatal a également été effectué

d'après les dossiers médicaux pour obtenir d'une part des renseignements sur les complications de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et les éventuelles complications du post-partum, et d'autre part les données infirmières relatives au comportement des femmes pendant leur séjour hospitalier.

## Deuxième entretien (trois mois après la naissance)

Pour le deuxième entretien, trois mois après la naissance, chaque sage-femme a fixé un rendez-vous à leur domicile avec les femmes qu'elle avait déjà interviewées. Au cours de sa visite, la sage-femme remplissait avec la mère un questionnaire reprenant en partie le premier questionnaire, plus un autre portant entre autres sur le vécu de l'accouchement, les événements survenus depuis la naissance de l'enfant et l'image que la mère se fait



Photo: Susanna Hufschmid

Une femme enceinte sur cinq souffre de dépression du pré-partum. Mais seules 31% de ces femmes feront par la suite une dépression du post-partum.

# dépression

de son enfant, le rôle du père ainsi que les changements relationnels. En plus, une appréciation de la relation mère-enfant était faite au moyen du test de Guaraldi [7]. Après chaque entretien, la sage-femme faisait une évaluation personnelle de la mère, de l'enfant et de la relation mère-enfant tels qu'elle les avait perçus (Échelle de Bur [3]).

L'échelle d'indicateurs de perturbation précoce de la relation mère-enfant pendant les trois premiers mois de vie (test de Guaraldi) a été élaborée par Guaraldi et al. en 1985 [7]. Elle permet de mettre en évidence la capacité des jeunes mères à prendre soin de leur enfant en tenant compte des besoins et exigences relationnels de ce dernier. Le test de Guaraldi comporte deux parties distinctes: la première avec sept questions concerne l'enfant et la mère doit y répondre elle-même; la deuxième, avec neuf questions, concerne l'observation par l'enquêtrice, de l'attitude de la mère et sa relation avec son enfant. Toutes les réponses sont sous forme binaire, oui-non, 0-1. Le score global est constitué par la somme des observations négatives. L'échelle de Bur [3] est une grille d'évaluation clinique des interactions mère-nourrisson mise au point initialement pour les pédiatres.

### Troisième entretien (à 18 mois après la naissance)

La population de cette dernière phase de l'étude est constituée de mères ayant souffert d'une dépression du post-partum à 3 mois, et leur enfant, ainsi que de «témoins»: des femmes n'ayant pas présenté de dépression du post-partum à 3 mois; elles ont été appariées pour les variables suivantes: âge de la mère, parité de la grossesse, sage-femme qui a effectué les deux premiers entretiens. Les différences entre les deux groupes concernant

l'âge et la parité ne sont pas significatives. A la suite de déménagements et de deux refus, ce sont 35 des femmes déprimées et leur enfant qui ont pu être interrogées et examinées. La même sage-femme que lors des deux premiers entretiens a pris contact avec les mères pour fixer un troisième rendez-vous, à domicile. Une psychiatre d'enfants (Dr M. Righetti) accompagnait la sage-femme; la présence d'une psychiatre d'enfants était nécessaire dans la mesure où nous désirions obtenir une information aussi complète que possible sur le développement de l'enfant. Contrairement aux sages-femmes, elle a travaillé en aveugle en ce qui concerne l'appartenance des femmes à l'un ou à l'autre des groupes.

L'entretien à domicile s'est déroulé en deux parties: dans un premier temps, la sage-femme, qui avait suivi un entraînement préalable, a posé des questions reprises des deux premiers questionnaires et adaptées en fonction de l'âge de l'enfant et de la situation de la mère. Les trois mêmes échelles qu'à trois mois ont été uti-

lisées (Edinburgh [4], Guaraldi [7], Bur [3]). Dans un second temps, la psychiatre d'enfants a fait passer à l'enfant des tests de développement: le test de la situation étrange de Ainsworth [1], passé en premier, a été choisi pour déterminer la qualité de l'attachement de l'enfant envers sa mère (attachement sûr ou évitant) lorsqu'il est séparé d'elle et se trouve en compagnie d'une personne étrangère. Par la suite, le développement de la notion de la permanence de l'objet chez l'enfant a été étudié avec le test de Uzgiris [10], basé sur la théorie de la conservation de l'objet de Piaget [9]. En dernier lieu, le test de Denver [6] a été utilisé pour qualifier la motricité, la socialisation ainsi que l'expression verbale. Le test de Bayley [2] (section comportement) nous a permis d'apprécier l'attitude de l'enfant envers les objets et de mettre en évidence l'étendue de son champ d'intérêt sensoriel telle qu'observée lors des tests.

### Résultats: deux groupes distincts

Au troisième mois après l'accouchement, nous avons trouvé 58 femmes déprimées, l'équivalent de 10,2% de notre population totale.

Notre diagnostic était assez strict; pour les besoins spécifiques de notre recherche, nous avons éliminé tous les cas douteux et nous sommes raisonnablement certains que ces femmes étaient vraiment déprimées. C'est un résultat qui confirme par ailleurs toutes les données épidémiologiques.

En étudiant leurs caractéristiques différentielles pendant la grossesse, nous n'avons retenu que les variables très significatives sur le plan statistique ( $p < 0.001 = ***$ ). Notre constatation la plus importante fut que ces 58 femmes se divisent en deux groupes distincts lors-

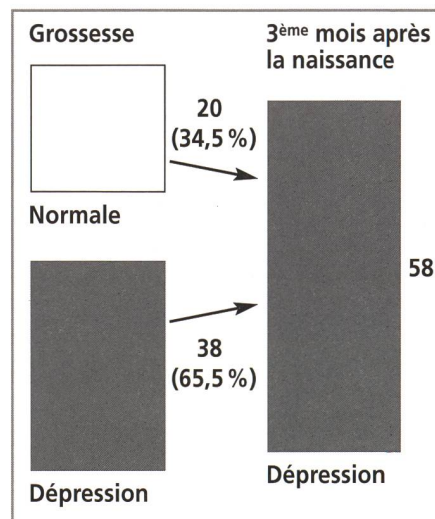


Tableau 1: Grossesse des femmes avec dépression du post-partum

qu'on les étudie durant le dernier trimestre de leur grossesse: le premier groupe, qui est le plus important (65%), est constitué par des femmes qui présentaient ce que nous avons appelé une «dépression du pré-partum» tandis que celles du groupe minoritaire (34%) (groupe «normal»), ne se différencient pas pendant la grossesse de celles qui ne feraient pas de dépression du post-partum (tableau 1).

Le groupe majoritaire (environ les deux tiers), celui correspondant au «syndrome de dépression du pré-partum» (tableau 1) est constitué par des femmes qui manifestent de façon caractéristique des sentiments de solitude, auto-reproches, auto-dévalorisation, de l'anxiété, des troubles

trois variables: un accouchement mal vécu, de façon subjective; un problème somatique – quel qu'il soit – avec l'enfant juste après la naissance, plus de séparations qu'habituellement entre la mère et l'enfant.

Ces trois variables pourraient nous permettre de détecter – mais après l'accouchement – les femmes qui ne sont pas encore déprimées et qui vont l'être au troisième mois du post-partum.

### Le «syndrome de dépression du pré-partum»

Nous avons donc trouvé que les deux tiers environ des femmes qui font une

#### Syndrome «dépression pré-partum»

Sentiment de solitude  
Autoreproches  
Anxiété  
Troubles du sommeil  
Troubles somatiques (démangeaisons, douleurs dos)

#### Facteurs de stress

Vécu difficile de la grossesse  
Moins d'activités pendant la grossesse  
Événements malheureux (décès, séparations, difficultés économiques)  
Éloignement de la famille (non européens)  
Catégorie socioprofessionnelle basse

Tableau 2

du sommeil ainsi que des problèmes somatiques tels que démangeaisons ou douleurs dorsales.

En plus de ces symptômes dépressifs qui caractérisent ce «syndrome de dépression du pré-partum», elles présentent également un vécu difficile de leur grossesse et moins d'activité, se sentant limitées dans leurs mouvements. Ces symptômes s'accompagnent de variables que l'on peut qualifier de facteurs de stress tels que des événements malheureux, notamment des décès dans la famille, des séparations ou des difficultés économiques.

Ces femmes peuvent aussi être davantage éloignées de leur famille, ce qui explique pour nous que les non européennes sont hyper-représentées dans ce groupe et, enfin, il faut relever une prédominance de la catégorie socioprofessionnelle basse (tableau 2).

Le groupe minoritaire à grossesse «normale» (un tiers de celles qui vont faire une dépression du post-partum) ne se différencie pas durant la grossesse des femmes évoluant normalement après l'accouchement. D'après nos résultats, ce sont les circonstances entourant l'accouchement qui font la distinction: accouchement mal vécu; problèmes avec l'enfant juste après la naissance; séparations mère-enfant. Ces femmes ont un accouchement qui diffère statistiquement et d'une manière hautement significative des autres femmes par la conjonction de

dépression du post-partum présentaient déjà pendant la grossesse un syndrome dépressif. Mais nous avons également obtenu un autre résultat significatif: la dépression du pré-partum n'est pas l'apanage des seules femmes qui vont faire par la suite une dépression du post-partum; nous avons pu mettre en évidence qu'un pourcentage bien plus important de toutes les femmes, environ une sur cinq (19,8%), présentait cette forme de dépression pendant la grossesse (tableau 3).

Nous avons été surpris de constater que, contrairement à beaucoup d'idées reçues, les symptômes dépressifs pendant la grossesse sont encore plus fréquents qu'après l'accouchement et que seules 31% de ces femmes vont faire (ou continuer) une dépression après avoir accouché.

La majorité (69%) des femmes avec dépression pendant la grossesse vont au contraire sortir de leur état dépressif après la naissance de leur enfant. Nous avons cherché les possibles différences entre ces deux groupes et nous n'avons pu trouver aucune caractéristique permettant de les distinguer d'une manière statistiquement significative. Selon nos instruments méthodologiques, toutes ces femmes présentent donc le même «syndrome de dépression du pré-partum» que nous avons décrit plus haut comme un antécédent de la dépression du post-partum (tableau 2).

## Antécédents gynécologiques et relation mère-enfant

Nous pouvons brièvement résumer d'autres résultats obtenus que nous n'analyserons pas ici:

a) *Antécédents gynécologiques et obstétricaux*: Aucune corrélation vraiment significative n'a été trouvée entre la dépression du post-partum et des complications obstétricales. En revanche, des complications néo-natologiques, et davantage de séparations mère-bébé à l'accouchement se sont avérées plus fréquentes.

b) *Relation mère-enfant au 3<sup>ème</sup> mois*: Les relations mère-enfant des femmes déprimées se différencient très significativement de celles des femmes non déprimées du post-partum. Les enfants des mères déprimées ont par exemple significativement plus de problèmes pour manger ou dormir et pleurent plus que d'autres enfants

c) *Développement de l'enfant à 18 mois*: Les résultats aux tests distinguent les enfants des mères ayant fait une dépression du post-partum des enfants des autres mères. Ils ont par exemple un comportement évitant la relation avec leur mère, ou moins d'échanges vocaux ou visuels avec elle que les autres enfants.

## Une femme enceinte sur cinq est touchée par la dépression du pré-partum

Le résultat le plus saillant de notre étude nous semble être l'existence pendant la grossesse d'un syndrome de dépression du pré-partum dont l'ampleur et la fréquence se sont avérées très importantes (une femme enceinte sur cinq environ). Ces données contrastent avec l'idée généralement admise que la grossesse améliore l'état thymique et le bien-être général des femmes, idée relayée par la culture qui idéalise l'état «d'espérance», de même que la maternité.

Il est vrai qu'un certain nombre de recherches récentes considèrent les phénomènes dépressifs de la grossesse comme

Nombre total	113	(19,8% des 570 femmes enceintes)
dont	35	(31%) avec dépression du post-partum
	78	(69%) sans dépression du post-partum

Tableau 3:  
Syndrome dépression du pré-partum



Photo: Susanna Hufschmid

«Saurais-je faire face? Serai-je une bonne mère?» Ces questions, toutes les futures mères se les posent. Mais pour certaines, le questionnaire devient pathologique et elles ont besoin d'aide.

des antécédents de la dépression du post-partum mais, à notre avis, seule une méthodologie comme la nôtre, combinant la clinique et les échelles, des questions directes et indirectes, permet de mettre en évidence l'ensemble du syndrome dans toute son étendue. En effet, comme nous l'avons signalé, il s'agit d'une dépression «cachée», que les femmes n'évoquent qu'après avoir vaincu leurs réticences et dans des conditions relationnelles suffisamment confiantes.

Les symptômes de cette dépression du pré-partum ne remplissent probablement pas les critères diagnostiques d'une dépression «psychotique» ou d'une «dépression majeure» des classifications actuellement utilisées mais, outre qu'on peut mettre en question la pertinence de ces critères, nous considérons que les signes mis en évidence sont sans équivoque révélateurs d'un état dépressif (auto-reproches, sentiment de solitude, anxiété dépressive, troubles du sommeil, troubles somatoformes) même s'ils ne traduisent pas d'une façon spécifique un sentiment de tristesse proprement dit; il faut aussi rappeler que ces signes sont des résultats comparatifs différentiels hautement significatifs sur le plan statistique par rapport à l'ensemble des femmes enceintes. Seules une minorité de femmes souffrant du syndrome de dépression du pré-partum font une dépression du post-partum à trois mois de la naissance.

La majorité d'entre elles (plus des deux tiers) ne seront donc pas déprimées après l'accouchement. Cette très intéressante constatation apporte à notre avis des arguments sur le caractère spécifique de ces symptômes dépressifs qui paraissent liés à la signification psychologique du fait d'être enceinte d'une part puis à celui d'être mère d'autre part. Pour une minorité de femmes faisant une dépression du pré-partum, l'accouchement ne change rien à leur état et elles continuent d'être dépressives alors que pour la majorité d'entre elles nous pensons que la fin de la grossesse, la délivrance et le fait d'être mère agissent comme antidépresseurs.

## Importance du vécu de l'accouchement

Si nous considérons maintenant le groupe de femmes qui ont fait une dépression du post-partum, nos données nous permettent de relever un point qui n'avait pas été à notre connaissance souligné préalablement, à savoir que ces femmes déprimées dans le post-partum ne constituent pas un groupe homogène en ce qui concerne les antécédents. Si la majorité d'entre elles étaient déjà déprimées pendant la grossesse (syndrome de dépression du pré-partum), un tiers environ ne l'étaient pas et ne se différenciaient en rien de l'ensemble des femmes enceintes faisant une grossesse «normale» et sans dépression du post-partum ensuite.

Nous avons vu pour ce dernier groupe, que l'accouchement faisait la différence de façon significative (vécu négatif de l'enfant juste après l'accouchement avec probablement une plus grande fréquence de séparations mère-enfant); nous pouvons penser que ces incidents périnataux prennent pour ces mères une signification de perte ou de menace de perte de l'enfant et que cette expérience psychologique est en rapport avec l'état dépressif qui survient. Enfin, nos résultats nous ont permis d'envisager la mise en forme d'une échelle simple et non intrusive à l'usage du personnel gynécologique afin de détecter les femmes enceintes risquant de faire une dépression du post-partum. En fait, cette échelle consiste pour l'essentiel à repérer les femmes qui font un syndrome de dépression du pré-partum pendant la grossesse.

Nos études statistiques et de régression logistique nous ont amenés à la conclusion que les facteurs de stress que nous avons trouvés liés au syndrome de dépression du pré-partum n'ajoutent rien à la valeur prédictive du diagnostic de ce syndrome; on pourrait en déduire que ces facteurs de stress pendant la grossesse ne constituent des antécédents de la dépression du post-partum que dans la mesure où ils contribuent à l'établissement de ce syndrome dépressif du pré-partum.

## Détecter les femmes «à risques»

Une deuxième recherche multicentrique est en voie de réalisation pour l'élaboration technique de validation de cette échelle<sup>1</sup>. Grâce aux résultats de l'analyse des facteurs de risque, nous comptons pouvoir détecter approximativement deux femmes enceintes dont l'une des deux ferait une dépression du post-partum. Cette proportion nous semble «économique» et dans les normes supérieures de la médecine préventive.

L'ensemble de ces résultats nous paraît compatible avec une compréhension psychodynamique des troubles dépressifs pendant la grossesse et le post-partum, cette compréhension nous permet une approche psychothérapeutique préventive dont l'efficacité pourra être testée.

### Bibliographie:

- [1] Ainsworth M.D., Blehar M.C., Waters E., Wall S.: Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, New Jersey, Hillsdale 1969.
- [2] Bayley N., Bayley scales of infant Development, New York, The psychological Corporation, Institute of Human development, University of California, Berkeley, 1969.
- [3] Bur V., Gozlan A., Lamour M., Letronnier P., Rosenfeld J.: L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires, Genève, éd. Eshel, Médecine et Hygiène, 1989.
- [4] Cox J.L., Postnatal depression: a guide for health professionals, New York, Churchill Livingstone, 1968.
- [5] Derogatis L., Lipman R., Rickels K. et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory, Behav. Sci., 1974, 19, 1-15.
- [6] Frankenburg W.K., The Denver Developmental Screening Test, The Journal of Paediatrics, 1967, 71, 2, 181-191.
- [7] Guaraldi G.P., Caffo E., Cibelli D., Magnani D., Tassi M.R., Bolzani R.: Analyse des indicateurs de distorsion relationnelle précoce mère-enfant pendant les trois premiers mois de vie, Neuropsychiatrie de l'enfant, 1985, 33, 2-3, 129-133.
- [8] Guelfi J.D., Bartheler D., Lacrenon S., Fermanian J.F.: Structure factorielle de la HSCL sur un échantillon de patients anxio-dépressifs français, Ann. Médico-psychologiques, 1984, 142, 6, 889-899.
- [9] Piaget J.: La naissance de l'intelligence chez l'enfant, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1968.
- [10] Uzgiris I.C., Hunt J.Mc.V.: Assessment in infancy; Ordinal Scale of Psychological Development, Urbana, Chicago, London, University of Illinois Press, 1975.

<sup>1</sup> avec la collaboration des équipes des Dr D. Rabain (Paris), P. Puertas (Bilbao) et S. Osiek (Yverdon)