

UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**Prématurité : étude cas-témoins sur la dépression du
post-partum et le lien mère-enfant**

Étude menée au CHU de Poitiers du 10 septembre 2016 au 31 janvier 2017

Mémoire présenté et soutenu par :

**Alexandra FRAISE
Née le 12 juin 1993**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2017

Directrice de mémoire :

Madame Sophy Boinard, psychologue

UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**Prématurité : étude cas-témoins sur la dépression du
post-partum et le lien mère-enfant**

Étude menée au CHU de Poitiers du 10 septembre 2016 au 31 janvier 2017

Mémoire présenté et soutenu par :

**Alexandra FRAISE
Née le 12 juin 1993**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2017

Directrice de mémoire :

Madame Sophy Boinard, psychologue

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Sophy Boinard, psychologue, pour son aide à la réalisation de ce travail, sa disponibilité et ses corrections.

Je remercie également Madame Sylvie Guinot, Directrice de l'Ecole de sage-femme, pour son implication et son soutien dans le déroulement de cette étude ainsi que pour ses relectures attentives.

Mes remerciements vont aussi à Madame Julia Deparis, sage-femme enseignante, pour ses conseils et sa disponibilité.

Un immense merci à mes parents, mes grands-parents et à mes beaux-parents pour leur précieux soutien durant toutes ces années d'étude.

Et enfin à Maxime, pour son amour, sa présence et son aide qui m'ont permis d'avancer.

Sommaire

<u>Glossaire</u>	5
<u>Introduction</u>	6
<u>Méthodologie</u>	8
1. Objectifs.....	8
2. Hypothèses	8
3. Type d'étude.....	8
4. Population.....	8
4.1 Critères d'inclusion.....	9
4.2 Critères de non inclusion.....	9
4.3 Critères d'exclusion.....	9
5. Déroulement de l'étude	10
6. Données collectées.....	10
6.1 Questionnaires.....	10
6.2 Renseignements recueillis.....	12
7. Outils statistiques.....	12
8. Aspect éthiques et règlementaires.....	12
<u>Résultats</u>	13
1. Recrutement des patientes.....	13
2. Caractéristiques générales de la population	14
2.1 Antécédents obstétricaux et psychiatriques.....	15
2.2 Caractéristiques de la grossesse actuelle et du nouveau-né.....	16
3. Résultats des questionnaires.....	18
4. Corrélation entre les questionnaires.....	19
<u>Discussion</u>	22
<u>Conclusion</u>	29
<u>Bibliographie</u>	30
<u>Annexes</u>	33
<u>Summary</u>	41
<u>Résumé</u>	43

Glossaire

ATCD : Antécédent

AVB : Accouchement par Voie Basse

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DAN : Diagnostic Anténatal

DPN : Dépression Post-Natale

DPP : Dépression du Post-Partum

DS : Déviation Standard

EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

GEU : Grossesse Extra-Utérine

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MFIU : Mort Foetale *In Utero*

MIB : *Mother Infant Bonding*

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaines d'Aménorrhée

Introduction

La grossesse et l'accouchement sont perçus comme des périodes de bonheur. Cependant, de récentes études ont mis en évidence que ces événements constituent des étapes particulièrement importantes dans la vie d'une femme, sources de bouleversements physiologiques et psychologiques pouvant conduire à la survenue de troubles psychopathologiques (1).

Les femmes présentent un risque accru d'être admises en unité psychiatrique lors du premier mois post-accouchement et 12,5 % de toutes les hospitalisations psychiatriques des femmes se produisent au cours de la période du post-partum (2).

Les troubles psychiatriques les plus fréquents survenant dans la période périnatale sont les troubles anxieux et dépressifs. La prévalence de la dépression postnatale est d'environ 10 à 20 % dans la population des femmes en âge de procréer (3). O'Hara et Swain en 1996 ont réalisé une méta-analyse à partir de 59 études qui décrit une prévalence de 12,8 % avec un intervalle de confiance étroit (4).

L'attachement est un lien affectif et social qu'une personne développe envers une autre personne (5). La grossesse est une expérience singulière pour la femme, à l'origine de la création d'un attachement par de nombreux remaniements psychiques permettant, au terme de ces neuf mois, d'atteindre un nouvel équilibre dans lequel l'enfant prend sa place au sein du couple (6). Quant au fœtus, il partage tout avec sa mère, il s'habitue déjà à sa voix, à son odeur, à son rythme de vie. La synchronie est à la fois physiologique, hormonale et sensorielle entre ces deux êtres vivants (7). À la naissance, ce lien d'attachement maternel et spontané, construit durant la grossesse, prend toute son importance et devient fondamental pour le développement de l'enfant, *a fortiori* lorsque celui-ci est hospitalisé en réanimation ou néonatalogie.

Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé réalisée en 2012, les naissances prématurées représentent 7 % de l'ensemble des naissances chaque année, soit près de 60 000 nouveau-nés dont 9 000 naissent avant 32 semaines d'aménorrhées.

Une naissance prématurée peut affecter les parents dans leur capacité à investir leur rôle, les soins médicaux nécessaires à la survie de leur enfant créant inévitablement une distance physique et psychique. L'enfant prématuré possède moins de ressources qu'un nouveau-né à terme pour être actif dans la rencontre avec sa mère et la conforter dans son rôle maternel. La mise en place de ces liens affectifs est particulièrement mise à l'épreuve dans les situations où le nouveau-né nécessite des soins médicaux particuliers et les liens parents-enfants doivent rester une préoccupation constante pour les professionnels de santé (7).

L'étude EPIPAGE a montré que les conséquences d'une naissance très prématurée sont importantes et touchent l'ensemble de la famille. Après le retour à la maison, la prise en charge du grand prématuré devrait tenir compte de la situation sociale et psychologique de la famille dans son ensemble (8).

Selon la Société Marcé, la dépression du postpartum est un problème de santé publique par sa fréquence et son retentissement délétère sur l'interaction précoce mère-enfant. Seul un petit nombre de ces femmes en souffrance sont reconnues comme dépressives ou à risque de dépression et prises en charge de manière adaptée par nos systèmes de santé. Cette insuffisance est due à la fois à une absence de demande d'aide de la part des femmes elles-mêmes et à un manque de sensibilisation du personnel soignant à ce sujet.

Malgré la multiplicité d'outils de dépistage dans ce domaine, les dépressions postnatales restent sous-diagnostiquées et sous-traitées. Or, ces dépressions maternelles peuvent avoir des conséquences lourdes sur le développement de l'enfant tant aux niveaux affectif et cognitif que sur l'instauration d'une relation mère-enfant harmonieuse (9). Une prise en charge adéquate et précoce permettra de préserver ce lien d'attachement (6).

Les sages-femmes effectuent un suivi médical après l'accouchement en vérifiant l'état physique et psychologique des patientes. Cependant, en trois jours, il est complexe d'évaluer la qualité de la relation mère-enfant et de dépister les parturientes à risque de développer une dépression post-natale. Les outils étudiés dans cette étude pourraient présenter un intérêt dans ce sens, en permettant aux sages-femmes de s'appuyer sur une base statistique.

Méthodes

1) Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de comparer le vécu psychologique des mères ayant accouché prématurément à celui de femmes ayant accouché à terme.

L'objectif secondaire est d'observer s'il existe une corrélation entre l'état psychopathologique (EPDS) de la mère et un trouble du lien mère enfant (MIB).

Les critères de jugement sont les scores obtenus aux auto-questionnaires, score de l'EPDS et score du MIB.

2) Hypothèses

Hypothèse 1 : les mères ayant accouché prématurément ont un risque plus important de développer une dépression du post-partum que celles ayant accouché à terme.

Hypothèse 2 : les mères ayant eu un enfant prématuré présentent des difficultés du lien mère-enfant plus importantes que les autres.

3) Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle analytique de type cas-témoins.

4) Population

La population de l'étude comprend toutes les femmes ayant accouché et étant hospitalisées à la maternité du CHU de Poitiers entre 25 et 42 semaines d'aménorrhée (SA).

Le groupe « cas » était composé de femmes ayant accouché entre 25 et 37 semaines d'aménorrhée et le groupe « témoin » comprenait des femmes ayant accouché entre 37 SA + 1 jour et 42 SA.

L'appariement s'est déroulé de la manière suivante : à chaque cas inclus dans l'étude nous lui avons apparié le premier témoin hospitalisé à la maternité et possédant à la fois la même parité et la même tranche d'âge. Les différentes tranches d'âge sont les suivantes : 18-24 ans ; 25-29 ans ; 30-34 ans et 35-39 ans.

4.1) Critères d'inclusion

4.1.1) Critères d'inclusion communs pour les cas et les témoins

- Mères d'enfants nés entre le 10 septembre 2016 et le 31 janvier 2017 au CHU de Poitiers.
- Mères sachant lire et comprendre le français.
- Mères étant majeures.
- Grossesse mono-fœtale.

4.1.2) Critères d'inclusion spécifiques aux cas

- Age gestationnel inférieur à 37 SA.

4.1.3) Critères d'inclusion spécifiques aux témoins

- Enfants nés après 37 SA au CHU de Poitiers.

4.2) Critères de non inclusion

- Naissance gémellaire.
- Mères ayant vécu le diagnostic de trisomie 21, d'anomalie ou de malformation congénitale pendant la grossesse ou à la naissance.
- Patientes étant hospitalisées suite à une IMG, d'une MFIU ou une mort néonatale.
- Patiente ne sachant pas lire le français.

4.3) Critères d'exclusion

- Patientes n'ayant pas rempli les questionnaires à J3 du post-partum.
- Refus des patientes de participer à l'étude.

5) Déroulement de l'étude

Cette étude prospective monocentrique, de type cas témoins, a été menée du 10 septembre 2016 au 31 janvier 2017, à la maternité du CHU de Poitiers.

Les mères ont été incluses dans cette étude après avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur l'étude lors de la remise des questionnaires à J3 de leur accouchement et après avoir donné leur consentement (Annexe I et II).

Pour pallier à un problème éthique, ce feuillet est accompagné des coordonnées de psychologues et de la PMI afin que les femmes qui en ressentaient le besoin puissent bénéficier d'un soutien approprié (Annexe V).

Les patientes ont été incluses lors de leur hospitalisation trois jours après l'accouchement par l'étudiante sage-femme réalisant le mémoire. A chaque cas inclus dans l'étude un témoin est inclus selon les caractéristiques demandées.

Une analyse du dossier obstétrical a été effectuée le même jour que l'inclusion afin de recueillir les caractéristiques des patientes (Annexe VI).

Tout le questionnaire respectait l'anonymat. Les résultats des scores de l'EPDS et du MIB n'étaient pas communiqués aux professionnels de santé.

Les patientes ont pu rendre le feuillet à l'étudiante sage-femme en personne afin que cette dernière puisse répondre aux possibles questions des patientes.

6) Données collectées

6.1) Questionnaires

Pour cette étude, afin d'évaluer le ressenti des mères, deux questionnaires validés ont été choisis, le MIB (*Mother Infant Bonding questionnaire*) et l'EPDS (*Edinburgh postnatale depression scale*).

Le MIB est un auto-questionnaire de huit items à visée de dépistage des troubles du sentiment maternel envers l'enfant. Développé par Taylor et al, en 2005 (10), cet auto-questionnaire a été créé pour dépister l'existence d'anomalies dans le sentiment maternel, initialement dans un but de recherche, puis dans une utilisation clinique. Les résultats sont compris entre 0 et 24 et un score strictement supérieur à 2 permet de mettre en évidence l'existence d'un trouble ou de difficultés du lien mère-enfant. C'est un questionnaire court et simple. Le MIB a été validé en français en 2008 par Bienfait M. (11) et il peut être utilisé immédiatement après la naissance ou après une brève période (Annexe III).

L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) est un outil, créé en 1987 par Cox et al, internationalement reconnu pour dépister et diagnostiquer la dépression post-natale (12). Cette échelle a été traduite et validée en français par Guedeney et al, en 1998 (13). Ce questionnaire est un outil standardisé de référence, validé dans le diagnostic de la dépression post-natale (Annexe IV).

Dans notre étude, nous avons utilisé l'EPDS à J3 du post-partum, date à laquelle il est impossible de diagnostiquer de manière formelle une dépression post-natale. C'est pourquoi il est ici utilisé à visée de dépistage.

L'étude d'Hannah et al, montre une fidélité entre les mesures en post-partum immédiat et les mesures un mois après l'accouchement (14). L'EPDS est à la fois utilisée pour dépister les femmes à risque de développer une dépression post-natale dans le post-partum immédiat, mais également la diagnostiquer dans les semaines suivant l'accouchement. Chabrol et al, ont montré l'intérêt d'utiliser l'EPDS dans le post-partum immédiat, afin d'effectuer un programme de prévention chez les femmes à risque (15).

L'Echelle de dépression post-natale d'Edimbourg est un auto-questionnaire composé de dix questions à la recherche de symptômes dépressifs (troubles de l'humeur ou sentiment de culpabilité) ou de signes d'anxiété. Pour chaque question, quatre réponses sont proposées, cotées de 0 à 3. Il permet d'obtenir un score final allant de 0 à 30. En France, le score-seuil optimal utilisé afin de diagnostiquer les femmes atteintes de dépression du postnatale (DPN) est de 11 avec une sensibilité de 80 % et une spécificité de 92 %.

Cet outil peut être utilisé en maternité. Il s'adresse uniquement à la mère et n'analyse pas les signes éventuels adressés par l'enfant. Ce test est court et la formulation des questions est simple mais il nécessite une bonne compréhension de la langue française.

L'objectif de ce questionnaire est d'aider les professionnels de santé à mieux détecter les femmes déprimées, ou à fort risque de développer une dépression après l'accouchement. D'après Dayan et al, l'EPDS, l'un des meilleurs questionnaires auto-administrés, il a été validé en français par Guedeney et al, en 1998, mais il est peu utilisé au dépistage alors que c'est le domaine dans lequel il est le plus performant (13).

6.2) Renseignements recueillis dans les dossiers médicaux

Afin de pouvoir comparer et appairer les patientes, un recueil des données a été réalisé dans chaque dossier obstétrical (Annexe VI). Les renseignements suivants ont été collectés pour chaque patiente :

- Informations générales (âge, parité, gestité, IMC, niveau d'études, etc.) ;
- Antécédents obstétricaux (antécédents de MAP, IVG, césarienne, etc.) ;
- Antécédents psychiatriques (dépression post-natale, psychose puerpérale, etc.) ;
- Renseignements sur la grossesse actuelle (type d'accouchement, d'anesthésie, etc.).

7) Outils statistiques

Les logiciels Microsoft Excel 2016® et Epi Info 7® ont été utilisés pour l'analyse. Les variables quantitatives ont été étudiées à l'aide de tests statistiques paramétriques tels que le test de Student pour séries appariées, le test de Fisher pour séries appariées, le test de corrélation de Pearson ou le test de Wilcoxon. Les différences ont été considérées significatives pour une valeur de $p < 0.05$.

8) Aspect éthiques et réglementaires

Les données collectées ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en application des articles 40-1 et suivant la loi « Informatique et Libertés » sur la demande de la structure de formation responsable de l'étude auprès du correspondant CNIL du CHU de Poitiers. Ainsi les patientes pourront exercer leurs droits d'accès et de rectification auprès du responsable de l'étude. Seuls les patientes acceptant de participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur : l'identité du responsable du traitement des données, l'objectif de la collecte d'informations, le caractère non obligatoire de la participation à l'étude, les destinataires des informations et les droits reconnus à la personne. La confidentialité des participantes a été protégée par l'utilisation d'un numéro d'identification unique en lieu et place de leurs noms et prénoms. Le registre des correspondances entre le numéro d'identification et le nom des patients a été conservé en un lieu fermé à clef sous la responsabilité du coordonnateur de l'étude. Aucune donnée permettant d'identifier la patiente autre que le numéro d'identification ne figurait sur le questionnaire

Résultats

1) Recrutement des patientes

Durant la période du 10 septembre au 31 janvier 2017, 76 patientes ont été retenues pour l'analyse de l'étude. Durant cette période d'étude, 79 % des femmes ayant accouché prématurément d'un seul enfant, né vivant, ont été incluses dans l'étude. Le diagramme de flux de l'étude est représenté sur la figure 1.

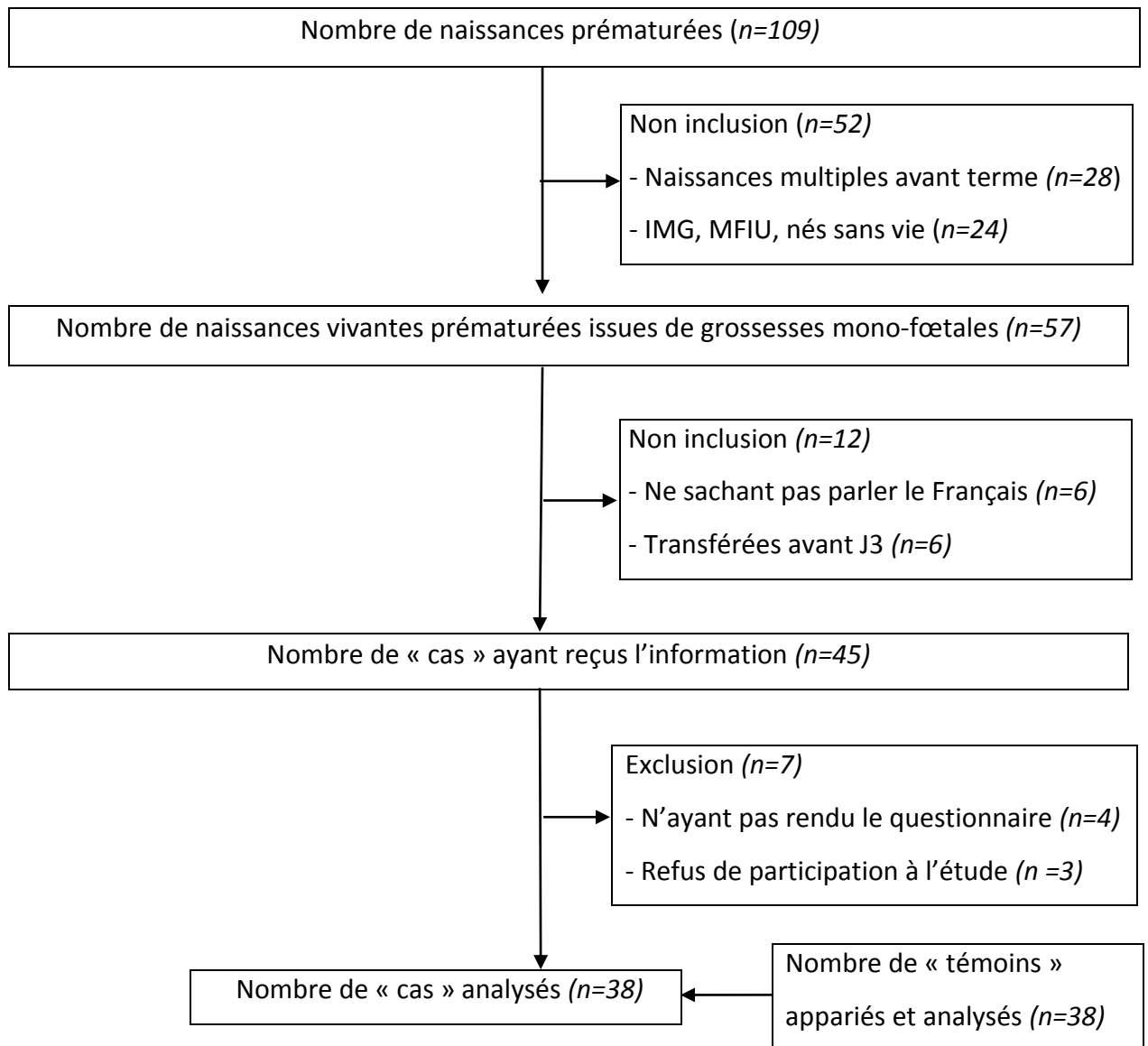


Figure 1 : Diagramme de flux.

2) Caractéristiques générales de la population

Tableau I : Description de la population

Variables	Groupe cas (n = 38)	Groupe témoin (n = 38)	p
Age (années)	29,37 ± 5,0	29,05 ± 5,0	1,00
Primiparité	39,47 (15)	39,47 (15)	1,00
Terme (SA)	32,65	39,66	-
IMC (kg/m ²)	24,95 ± 5,3	23,89 ± 4,3	0,36
Tabac pendant la grossesse			
Non fumeuses	73,68 (28)	76,32 (29)	1,00
Fumeuses	26,32 (10)	23,68 (9)	-
Niveau d'études			
Primaire	2,78 (1)	0,00 (0)	1,00
Collège, CAP, BEP	30,56 (11)	21,62 (8)	0,42
Lycée	16,67 (6)	24,32 (9)	0,39
Enseignement supérieur	50,00 (18)	54,05 (20)	0,64
Profession			
Avec activité professionnelle	72,97 (27)	89,47 (34)	0,08
Sans activité professionnelle	27,03 (10)	10,53 (4)	-
Précarité sociale	22,22 (8)	21,05 (8)	1,00
Mode de vie			
En couple	92,11 (35)	97,37 (37)	0,61
Seule	7,89 (3)	2,63 (1)	-

Les données sont représentées en moyenne ± DS ou en effectifs (%).

L'appariement a permis d'obtenir une moyenne d'âge de notre population analysée de 29 ans et 39,47 % de primipares dans les deux groupes d'étude.

Parmi les cas et les témoins, il y avait 39,47 % (n = 15) de 2^{ème} pare, 10,53 % (n = 4) de 3^{ème} pare et 10,53 % (n = 4) de femmes ayant accouché plus de quatre fois.

On ne constatait pas de différence significative concernant les caractéristiques générales des patientes entre les deux groupes à comparer (p < 0,05).

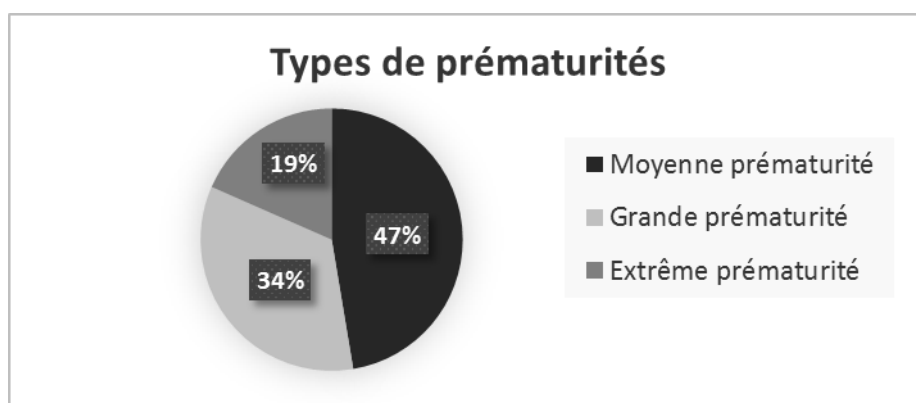


Figure 2 : Les différents types de prématurités dans le groupe des cas

2.1) Antécédents obstétricaux et psychiatriques

Tableau II : Antécédents personnels de la population

Variables	Groupe cas (n= 38)	Groupe témoin (n = 38)	p
Antécédents obstétricaux			
Accouchement prématuré	26,31 (10)	10,52 (4)	< 0,05
IVG	21,05 (8)	18,42 (7)	1,00
IMG	0,00 (0)	2,63 (1)	1,00
FCS	31,58 (12)	18,42 (7)	0,29
MAP	21,05 (8)	5,26 (2)	0,08
Césarienne	23,68 (9)	15,79 (6)	0,56
Antécédents psychiatriques			
Dépression	10,53 (4)	7,89 (3)	1,00
Violences	2,63 (1)	5,26 (2)	1,00

Les données sont représentées en moyenne \pm DS ou en effectifs (%).

Parmi les antécédents psychiatriques, aucune des femmes ne présentait d'antécédent de dépression du post-partum ni de psychose puerpérale et aucune des patientes analysées dans l'étude ne présentait d'antécédent de mort fœtale *in utero*.

2.2) Caractéristiques de la grossesse actuelle et du nouveau-né*Tableau III : Caractéristiques de la grossesse actuelle*

Variables	Groupe cas (n = 38)	Groupe témoin (n = 38)	p
Déni de grossesse	2,63 (1)	0,00	1,00
Infertilité précédant la grossesse	10,53 (4)	7,89 (3)	1,00
Procréation médicalement assistée	13,16 (5)	5,26 (2)	0,43
Diagnostic anténatal	18,92 (7)	2,63 (1)	0,06
Hospitalisation pour MAP	52,63 (20)	0,00	< 0,001
Information pédiatrique reçue	47,37 (18)	0,00	< 0,001
Toxiques pendant la grossesse	7,89 (3)	0,00	0,24
Psychotropes pendant la grossesse	2,63 (1)	0,00	1,00
Psychoses chroniques	5,26 (2)	0,00	0,49
Psychothérapie pendant la grossesse	24,32 (9)	5,26 (2)	< 0,05
Décès proche pendant la grossesse	2,63 (1)	7,89 (3)	0,61
Séparation du couple pendant la grossesse	7,89 (3)	2,63 (1)	0,61
Présence du père à l'accouchement	81,58 (31)	97,37 (37)	0,06
Type de présentation			
Céphalique	84,21 (32)	97,37 (37)	0,11
Podalique	15,79 (6)	2,63 (1)	0,11
Type de début de travail			
Spontané	68,42 (26)	71,05 (27)	0,80
Artificiel	7,89(3)	18,42(7)	0,31
Césarienne avant travail	23,68(9)	10,53(4)	0,22
Anesthésie			
Aucune	26,32 (10)	31,58 (12)	0,61
Péridurale	47,37 (18)	55,26 (21)	0,49
Rachianesthésie	21,05 (8)	7,89 (3)	0,19
Générale	5,26 (2)	5,26 (2)	1,00
Type d'accouchement			
AVB spontané	64,86 (24)	71,05 (27)	0,46
AVB instrumental	5,41 (2)	5,26 (2)	1,00
Césarienne programmée	5,41 (2)	13,16 (5)	0,43
Césarienne en urgence	24,32 (9)	10,53 (4)	0,22

Les données sont représentées en moyenne \pm DS ou en effectifs (%).

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes en termes d'antécédents psychiatriques. En revanche, il y avait significativement plus de femmes qui possédaient un antécédent d'accouchement prématuré chez les patientes qui étaient dans le groupe des « cas » ($p < 0,05$). (Tableau II)

Dans cette étude, on a retrouvé une différence significative entre cas et témoins pour la psychothérapie au cours de la grossesse ($p < 0,05$) avec 24,32 % ($n = 9$) chez les cas contre 5,26 % ($n = 2$) chez les témoins. (Tableau III)

Tableau IV : Caractéristiques du nouveau-né

Variables	Groupe cas ($n = 38$)	Groupe témoin ($n = 38$)	p
Sexe de l'enfant			
Masculin	50,00 (19)	48,65 (18)	1,00
Féminin	50,00 (19)	51,35 (19)	1,00
Lieu d'hospitalisation			
Maternité	31,58 (12)	94,74 (36)	< 0,001
Néonatalogie	28,95 (11)	2,63 (1)	0,003
Réanimation néonatale	39,47 (15)	2,63 (1)	< 0,001
Anomalies de croissance <i>in utero</i>	31,58 (12)	23,68 (9)	0,44
Type d'allaitement			
Maternel	72,97 (27)	54,05 (20)	0,16
Artificiel	24,32 (9)	35,14 (13)	0,45
Mixte	2,70 (1)	10,81 (4)	0,36

Les données sont représentées en moyenne \pm DS ou en effectifs (%).

Parmi les caractéristiques du nouveau-né, le poids moyen à la naissance chez les prématurés était de 1892,97 grammes avec une médiane égale à 3240 grammes, et de 3268,33 grammes avec une médiane égale à 2000 grammes chez les enfants né à terme.

Concernant l'allaitement, il y avait une proportion plus importante, mais non significative, d'allaitement maternel chez les femmes qui avaient accouché prématurément : 72,97 % ($n = 27$) contre 54,05 % ($n = 20$) chez les femmes ayant accouché à terme ($p = 0,16$).

3) Résultats des questionnaires

Tableau V : Résultats des cas et des témoins à l'EPDS et au MIB

Variables	Groupe cas (n = 38)	Groupe témoins (n = 38)	p
Score EPDS			
≤ 11	57,89 (22)	84,21 (32)	0,02
> 11	42,11 (16)	15,79 (6)	
Score MIB			
≤ 2	68,42 (26)	94,74(36)	0,01
> 2	31,58 (12)	5,26 (2)	

Les données sont représentées en moyenne \pm DS ou en effectifs (%).

Dans cette étude 18,21 % (n = 14) des 76 patientes présentaient un score supérieur à 2 au MIB, donc un possible trouble du lien mère-enfant et 28,95 % (n = 22) présentaient un risque de développer une dépression postnatale (EPDS > 11). De plus, 7 femmes sur 76 (0,09 %) présentaient à la fois un risque de développer une dépression du post-partum et à la fois un trouble du lien mère-enfant.

Concernant les scores obtenus à l'EPDS, le score moyen obtenu par les témoins était de 5,26 (\pm 4,6 DS) avec une médiane égale à 3,5. Pour les cas, le score moyen était de 10,63 (\pm 6,0 DS) avec une médiane égale à 10,5. Pour le MIB, la moyenne des scores obtenus par les témoins était de 0,60 (\pm 0,91) et la moyenne des cas de 1,92 (\pm 2,51).

Les résultats ont permis de voir qu'il existait une différence significative entre les scores à l'EPDS et du MIB entre les cas et les témoins.

Pour le score de l'EPDS, le test de Fisher pour séries appariées a montré que la différence entre les cas et les témoins était si significative avec une valeur de p égale à 0,02, un Odds Ratio égal à 0,26 et un intervalle de confiance (IC) à 95 % compris entre 0,07 et 0,84.

Pour le MIB, il existait également une différence significative entre les cas et les témoins avec p = 0,01, un Odds Ratio égal à 0,12 et IC à 95 % compris entre 0,01 et 0,62.

Ces données ont pu montrer que le risque était significativement plus important de développer une dépression du post-partum et de présenter des difficultés du lien mère-enfant lors d'un accouchement prématuré.

Parmi les cas et les témoins, les résultats de l'EPDS montraient que 35,53 % (n = 27) des femmes n'ont pas pu rire ou prendre les choses du bon côté autant que d'habitude. 25,00 % (n = 19) se sentaient moins confiantes et joyeuses en pensant à l'avenir, 52,63 % (n = 47) se sont reprochées sans raison, d'être responsables quand les choses allaient mal, 38,16 % (n = 29) se sont senties inquiètes ou soucieuses sans motif, 25,00 % (n = 19) se sentaient aussi efficaces que d'habitude, 26,32 % (n = 20) des femmes se sentaient si malheureuses qu'elles en avaient des problèmes de sommeil, 47,37 % (n = 36) étaient tristes ou peu heureuses et 94,74 % (n = 72) n'ont jamais pensé à se faire du mal.

4) Corrélation entre les questionnaires

Le test de Pearson a montré qu'il n'existait pas de corrélation entre les scores obtenus par l'ensemble des femmes analysées à l'EPDS et les résultats obtenus au MIB, ($p = 0.2$ et $p = 0,26$).

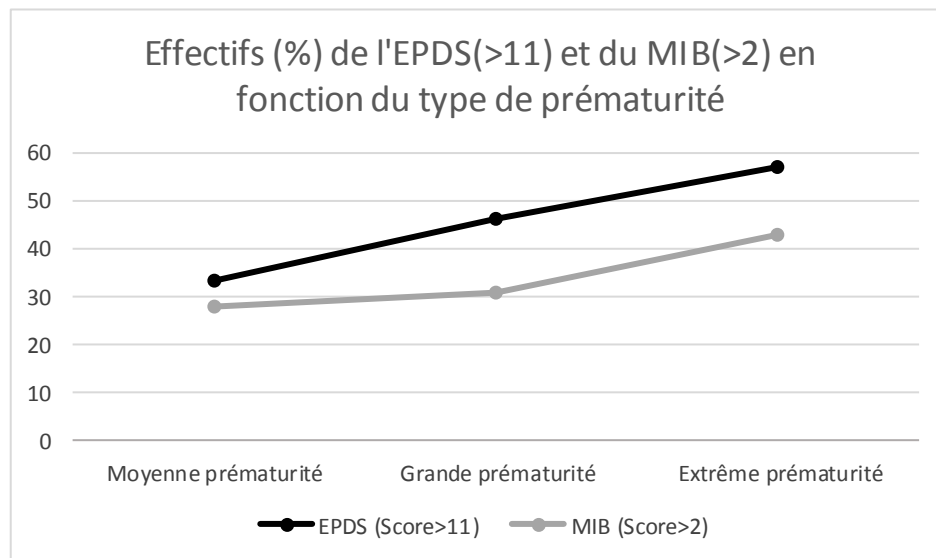


Figure 3 : Évolution des effectifs (%) de l'EPDS (scores > 11) et du MIB (scores > 2) en fonction du type de prématurité.

D'après les tests statistiques de Wilcoxon, il n'y avait pas de différence significative entre les différents types de prématurité et les résultats supérieurs aux seuils normaux à l'EPDS ($p = 0,52$) et au MIB ($p = 0,51$). Cependant la figure 3 montre qu'il existait une évolution des deux scores en fonction du terme de la naissance prématurée.

Tableau VI : Comparaison des scores du MIB en fonction de caractéristiques pouvant l'impacter.

Variables	MIB > 2	MIB ≤ 2	p
	(Cas = 12 / Témoins = 2) (n = 14)	(Cas = 26 / Témoins = 36) (n = 62)	
Age (années)	29,64 ± 5,69	29,11 ± 4,89	1,00
Primiparité	42,86 (6)	38,71 (24)	0,77
Absence d'activité professionnelle	28,57 (4)	16,39 (10)	0,27
Séparation du couple pendant la grossesse	7,14 (1)	4,84 (3)	0,57
Absence du père à l'accouchement	21,43 (3)	8,06 (5)	0,16
Césarienne en urgence	14,29 (2)	18,03 (11)	1,00
Allaitement maternel	64,29 (9)	63,33 (38)	1,00
Allaitement artificiel	35,71 (5)	28,33 (17)	0,53
Antécédent d'accouchement prématuré	28,57(4)	16,13 (10)	0,26
Mode de vie : seule	7,14 (1)	4,84 (3)	0,57
Niveau d'études : enseignement supérieur	38,46 (5)	55,00 (33)	0,38

Les données sont représentées en moyenne ± DS ou en effectifs (%)

En étudiant la différence entre la population de femmes qui présentait un trouble du lien mère-enfant (MIB > 2) et celles qui possédaient des scores en dessous du seuil, on a remarqué qu'il n'existait aucune différence significative ($p > 0,05$) entre ces deux populations pour les variables étudiées dans le tableau VI.

Dans cette étude, aucune des femmes avec un score supérieur à 2 au MIB ne présentait une grossesse sous contraception. Chez les cas, 7,89 % ($n = 3$) des femmes présentaient une grossesse sous contraception contre 5,26 % ($n = 2$) chez les témoins, sans différence significative entre ces deux groupes ($p = 0,71$).

Précédemment, dans le tableau II, on a pu observer que la proportion de femmes ayant un antécédent d'accouchement prématuré était significativement plus importante dans le groupe des cas que dans celui des témoins. Par la suite, on a pu remarquer que le score obtenu au MIB n'était pas significativement plus élevé chez les femmes qui présentaient cet antécédent ($p = 0,26$). (Tableau VI)

Tableau VII : Comparaison des scores de l'EPDS en fonction de variables pouvant l'impacter

Variables	EPDS > 11 (Cas = 16 / Témoins = 6) (n = 22)	EPDS ≤ 11 (Cas = 22 / Témoins = 32) (n = 54)	p
Age (années)	29,50 ± 4,98	29,09 ± 5,06	1,00
Primiparité	36,36 (8)	40,74 (22)	0,80
Absence d'activité professionnelle	28,57 (6)	14,81 (8)	0,21
Séparation du couple pendant la grossesse	9,09 (2)	3,70 (2)	0,57
Absence du père à l'accouchement	13,64 (3)	9,26 (5)	0,68
Césarienne en urgence	22,73 (5)	15,09 (8)	0,50
Allaitement maternel	66,67 (14)	62,26 (33)	1,00
Allaitement artificiel	28,57 (6)	30,19 (16)	0,58
Antécédent d'accouchement prématuré	22,73 (5)	16,67 (9)	0,53
Mode de vie : seule	4,55 (1)	5,56 (3)	1,00
Niveau d'études : enseignement supérieur	55,00 (11)	50,94 (27)	1,00

Les données sont représentées en moyenne ± DS ou en effectifs (%)

Les scores de l'EPDS n'étaient pas significativement plus élevés lorsque les femmes possédaient un antécédent d'accouchement prématuré ($p = 0,53$) malgré une différence de proportion importante : 22,73 % ($n = 5$) contre 16,67 % ($n = 9$) chez les femmes sans antécédent d'accouchement prématuré.

Après avoir comparé si certains facteurs pouvaient influencer sur les scores de l'EPDS et du MIB, on a pu remarquer qu'aucune de ces variables n'avait d'impact significatif sur ces scores (Tableau VI et VII).

Discussion

Cette étude cas-témoin montre que les mères qui ont un enfant prématuré ont un risque plus important de développer une dépression du post-partum que celles qui ont accouché à terme. En outre, elles sont fragilisées dans la mise en place du lien mère-enfant. En revanche il n'existe pas de corrélation entre les scores d'évaluation de la dépression post-natale (EPDS) et ceux permettant de dépister des difficultés dans le lien mère-enfant (MIB) dans notre étude. Cette dernière a montré que 18,21 % (n = 14) des 76 patientes avaient un risque de développer un trouble du lien mère-enfant (MIB > 2) et que 28,95 % (n = 22) présentaient un risque de dépression post-natale (EPDS > 11). De plus, 7 femmes sur 76 (0,09 %) avaient à la fois un risque de dépression post-natale et un risque de présenter des difficultés du lien mère-enfant.

Cette étude comporte certaines limites. Il s'agit d'une étude monocentrique dont l'effectif est suffisant pour répondre aux objectifs mais il serait pertinent de vérifier ces résultats dans le cadre d'une étude multicentrique à plus grande échelle.

Il semblerait également intéressant de pouvoir recontacter *a posteriori* les patientes, un ou deux mois après la naissance ou après la date du terme théorique lors d'une naissance prématurée. Cela permettrait de suivre l'évolution des scores de l'EPDS et du MIB (16) (17) (18).

Il existe un fort risque de biais d'information en lien avec la qualité des données disponibles, principalement lorsqu'il est nécessaire de consulter les dossiers d'hospitalisation des patientes. En effet, les facteurs de risques sont fréquemment plus détaillés chez les cas que chez les témoins. Un biais de prévarication peut également être présent dans ce type d'étude car les questions se rapportent à la vie intime des sujets et cela peut se traduire par une omission volontaire voire un mensonge des patientes. De plus, il s'agit d'auto-questionnaires qui s'appuient donc par définition sur les dires de la mère et peuvent ne pas correspondre à la situation objective, du fait par exemple d'une déniation involontaire de leur ressenti psychique.

Le *blues* du post-partum apparaît généralement entre le 2^{ème} et le 10^{ème} jour du post-partum avec un pic d'apparition au 3^{ème} jour.

Les auto-questionnaires ont été remplis par les patientes à J3, il peut donc exister un risque de confusion possible dans les réponses aux questionnaires. Sachant que le *baby-blues* est marqué par une labilité émotionnelle qui n'est pas présente dans la dépression, ce risque de confusion semble faible.

L'utilisation de ces outils de repérage a été imposée par la réduction du temps de séjour en maternité. Cependant cela peut-être un avantage car leurs objectifs sont de pouvoir intervenir très précocement, réduisant ainsi l'impact négatif que ces troubles peuvent avoir sur le développement de l'enfant (16).

Cette étude est une étude prospective, qui a permis d'inclure 79 % des femmes qui ont accouché prématurément au CHU de Poitiers durant la période d'étude. L'appariement a été réalisé de manière aléatoire et anonyme ce qui permet d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population générale. Il existe peu d'études qui ont analysé à J3 du post-partum s'il existait un trouble de lien mère-enfant associé à un risque de développer une dépression post-natale, *a fortiori* en comparant ces scores à deux populations de femmes qui ont accouché à terme ou prématurément.

L'opérateur unique a permis de réaliser une meilleure inclusion et de pouvoir répondre aux interrogations des patientes sur l'étude. Une comparaison de qualité a pu être réalisée entre les deux groupes en raison de leurs similitudes dans les caractéristiques générales ainsi que dans les antécédents psychiatriques.

Nos résultats ont montré que le MIB était indépendant de l'EPDS ($p = 0,26$). L'étude de Bienfait et al, en 2008, ne trouvait pas non plus de corrélation significative entre ces deux scores (11). Dans deux autres études concernant le MIB, une corrélation faible était retrouvée avec l'humeur maternelle mais cette dernière était mesurée avec des outils différents que l'EPDS, comme le Post-partum Bonding Questionnaire dans l'étude de Wittkowski et al en 2007 (19) ou à un temps plus tardif, douze semaines après l'accouchement, dans l'étude de Taylor et al en 2005 (18).

Les données de la littérature décrivent un lien fréquent mais non systématique entre véritable dépression et trouble du lien mère-enfant. Ici, nous avons utilisé l'EPDS qui ne dépiste pas la présence d'un état dépressif au 3^{ème} jour du post-partum mais plutôt celle d'un risque de dépression ultérieure, éventuellement associée à un trouble du lien mère-enfant (18) (20).

Les patientes analysées présentaient peu d'antécédents psychiatriques. De futures études incluant des mères avec des perturbations affectives, psychotiques ou des troubles de personnalité pourraient mener à une meilleure puissance d'étude (21) (15). Face à cette population sans antécédent psychiatrique, une possible corrélation entre les deux outils a pu être masquée, le MIB étant en effet connu pour mettre en lumière principalement des situations psychiatriques complexes. D'après Taylor et al, les auteurs de l'étude de validation du MIB, la distribution très étroite des scores suggère que le questionnaire est sans doute meilleur pour détecter les réponses franchement « anormales » que les variations subtiles de la normale. Il serait par conséquent pertinent d'étudier une possible corrélation entre les deux outils dans des situations identifiées comme étant difficiles (18).

Dans notre étude cas-témoins, nous avons trouvé qu'il existe une différence du lien mère-enfant entre les mères ayant accouché prématurément et celles ayant accouché à terme. D'après la méta-analyse de Korja et al, sur vingt-neuf articles, il n'existe pas de différence dans l'attachement maternel entre les mères d'enfants prématurés et les autres. Les enfants prématurés sont généralement plus passifs et moins alertes que ceux naissant à terme. D'après cette analyse, les différences qui existent dans le comportement d'un enfant prématuré, n'altèrent pas l'attachement maternel et la relation qui doit s'établir entre une mère et son enfant. De plus, la dyade mère-enfant n'est pas plus à risque d'attachement précaire chez les mères d'enfants prématurés (22).

En revanche d'après Dayan et al, parmi les éléments les plus caractéristiques de la dépression postnatale, on trouve le sentiment d'incapacité physique à répondre aux besoins de l'enfant. Les mères remettent en cause leurs facultés maternelles. Elles s'accusent souvent à tort quand tout ne se passe pas comme prévu avec leur enfant. Elles sont partagées entre la joie d'être mère et le sentiment de ne pas être capable de jouir de la présence de cet enfant. En outre, elles éprouvent une absence de plaisir à pratiquer les soins de leur nourrisson (23). Ces différentes caractéristiques nous montrent que la dépression postnatale peut avoir un impact sur le lien mère-enfant.

Ce risque plus élevé de développer une dépression du post-partum ou des difficultés du lien mère-enfant pourrait provenir de cette séparation brutale que subissent les mères après avoir porté leur enfant durant plusieurs mois. En effet, ces femmes peuvent être fragilisées, le travail psychique de la grossesse n'ayant pas pu aboutir.

Les mères ayant accouché prématurément présentent un sentiment de culpabilité et peuvent être blessées sur le plan narcissique.

Les interactions mère-enfant sont appauvries par l'hospitalisation et par les soins médicaux qu'un prématuré nécessite. La mise en place de ces liens affectifs est donc mise à l'épreuve lors d'une naissance prématurée (7).

Dans notre étude, 28,95 % (n = 22) des mères risquent de développer une dépression du post-partum. Ce taux est supérieur au taux de dépression postnatale que l'on peut retrouver dans la littérature (10 à 20 %) (3). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'un score à l'EPDS supérieur ou égal à 11, place les mères dans un groupe à risque mais ne signifie pas obligatoirement qu'elles vont développer une dépression du post-partum ultérieurement. Cela reste en effet un facteur de risque prédictif d'une dépression mais en aucun cas ce score ne pose le diagnostic définitif d'une dépression du post-partum.

Teissedre F. et Chabrol H., ne retrouvent à J3 du post-partum, que 19 % de femmes avec un score supérieur à 11. Le fait que les femmes ayant des difficultés psychologiques, ou ayant des enfants avec des problèmes de santé importants aient été exclues peut expliquer cette différence avec notre étude. Cette étude sur 859 femmes a montré que l'EPDS était utilisable dans le post-partum immédiat, avec une bonne valeur prédictive positive. Ils ont de plus observé une corrélation significative entre les scores obtenus à J3 et ceux obtenus entre 4 et 6 semaines du post-partum (15). Meunier S. a observé que sur 285 femmes évaluées par l'EPDS, en moyenne cinq mois après l'accouchement, 83 présentaient un EPDS positifs, soit 27,95 % des EPDS exploités dans son étude, soit une proportion de scores positifs quasiment similaire à notre étude (24).

Nous avons pu constater que la proportion de femmes qui présentent des scores supérieurs aux seuils (EPDS > 11 ou MIB > 2) augmente en fonction du degré de la prématurité mais de manière non significative ($p = 0,51$ pour le MIB ; $p = 0,52$ pour l'EPDS). Parmi les femmes qui ont accouché avant 28 SA, 57,14 % (n = 4) avaient un score élevé à l'EPDS. En revanche parmi les femmes qui ont accouché entre 34 SA et 37 SA (n = 18), seulement 33,33 % (n = 6) présentaient un risque de dépression post-natale.

Dans la littérature, une étude a montré que pour la moyenne, la grande et l'extrême prématurités les mères avaient obtenu des scores quasiment similaires de risque de dépression (20 %, 22 % et 18 % respectivement) un mois après la sortie de néonatalogie. Dans cette même étude, les mères avec un antécédent de trouble de la santé mentale et une perception négative de soi et de l'enfant étaient plus à risque, de développer une dépression post-natale et cela indépendamment de l'âge gestationnel à la naissance (25).

Au contraire, Muller Nix et al, ont mis en évidence la dimension traumatique du vécu des parents lors d'une naissance prématurée. Ce stress post-traumatique maternel joue un rôle essentiel sur les interactions et le lien dans la dyade mère-enfant. La gravité de la prématurité joue également un rôle important dans cette relation dyadique (26).

Une psychothérapie en cours de grossesse est plus fréquente chez les femmes qui accouchent prématurément dans notre étude ($p < 0,05$). Ce lien pourrait être lié au fait qu'il existe une prise en charge psychologique adaptée pour les femmes hospitalisées pour MAP car elles représentent 52,63 % ($n = 20$) des femmes qui ont accouché prématurément.

Cependant d'après la littérature, le stress, les perturbations psychologiques et l'anxiété peuvent augmenter le risque d'accouchement prématuré mais la prise en charge psychosociale n'est pas associée à une diminution du risque de survenue d'un accouchement prématuré (27).

En cas d'hospitalisation, cette prise en charge est envisagée quand les soignants estiment cela nécessaire. La proposer à toutes ces femmes serait intéressant à envisager étant donné que, dans cette étude, plus d'une femme sur deux ayant accouché prématurément avait été hospitalisée pour MAP.

Une approche qualitative à l'aide d'entretiens pourrait apporter un complément sur les émotions ressenties et le comportement des mères à la suite d'un accouchement prématuré comme dans l'étude réalisé par Nix et al, en 2009 (28) (26). De plus, devenir mère exige un réaménagement des liens avec sa propre mère et de surmonter les éventuelles difficultés d'attachement rencontrées dans l'enfance (24). Un entretien semi-directif avec les patientes en complément de la distribution de questionnaires paraît intéressant pour obtenir une approche globale de l'état psychique des mères (les liens familiaux, la relation avec le conjoint, les traumatismes dans l'enfance, etc.).

Les sages-femmes étant les premières interlocutrices des femmes, elles sont les mieux placées pour informer chaque patiente avant sa sortie de la maternité. Les femmes recevant une quantité importante d'information lors de leur séjour en maternité, il semblerait intéressant d'élaborer un fascicule informatif sur la dépression du post-partum, qui serait remis aux patientes avant leur retour à domicile.

Il existe déjà différents moyens mis en place afin d'aider et d'informer les femmes en détresse psychologique à la suite d'une naissance, comme l'association « Maman blues » qui soutient les mères et leur explique les difficultés qu'une femme peut rencontrer en devenant mère (29).

En amont, il faudrait effectuer un travail de sensibilisation auprès des soignants de la maternité mais également dans le domaine du libéral (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, PMI) afin qu'ils puissent considérer cet outil comme une aide dans une démarche de prévention ayant un réel impact.

Dans une enquête réalisée auprès de 52 médecins généralistes de Haute-Normandie en 2012, deux médecins sur trois pensent manquer d'information sur la DPN et seuls 25 % des médecins interrogés connaissent la prévalence de la DPN. La majorité sous-estime sa fréquence et ne la différencie pas du *baby-blues*. Dans cette étude, 62,5 % des médecins pensent qu'un dépistage systématique de la DPN par l'EPDS serait souhaitable entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaines après l'accouchement (24).

De manière similaire, une étude réalisée en 2007 auprès de 200 médecins généralistes, confirme leur méconnaissance globale quant à la fréquence, la date d'apparition et aux caractéristiques symptomatiques des dépressions du post-partum (30). Il semblerait donc nécessaire de former les professionnels de santé et leur faire prendre conscience de la sous-estimation des dépressions postnatales.

Au CHU de Poitiers, la psychologue de pédiatrie, propose systématiquement aux parents d'enfants hospitalisés, un entretien psychologique dans une perspective de prévention des troubles de la parentalité induits par une naissance prématurée. Cet entretien peut être refusé par les parents, il peut être ponctuel ou se poursuivre sous forme d'un suivi au-delà même de la durée d'hospitalisation de l'enfant.

Il pourrait être intéressant d'évaluer les effets de cette pratique à quelques mois de vie des enfants et de comparer les résultats de cette méthode à ceux d'autres CHU où les prise en charge sont uniquement proposées par les sages-femmes ou gynécologues en fonction de l'évaluation du vécu psychologique des mères et des facteurs de risque qu'elles présentent. Cet entretien n'est pas proposé systématiquement aux femmes ayant accouché à terme, c'est pourquoi l'idée d'informer toutes les mères sur le sujet de la dépression post-natale semble être judicieux.

Au cours de la grossesse, l'entretien prénatal précoce est un moyen de dépistage de des troubles psychiques de la grossesse. Le plan périnatalité de 2005-2007 a souligné l'importance de cette consultation du 4^{ème} mois de grossesse, permettant le repérage précoce des situations à risque (31). En effet, 20 à 40 % des dépressions du postpartum seraient la prolongation ou la récurrence d'une dépression déjà présente au cours de la grossesse. L'anxiété importante au cours de la grossesse est également reconnue comme facteur de risque de dépression post-natale (23). D'après Josefsson et al, la détection des femmes à risques de développer une dépression post-natale peut être faite durant la fin de la grossesse (23). L'EPDS a souvent été étudiée dans la période prénatale et peut aider à repérer les états dépressifs débutant dès la grossesse (32).

En France, la Haute Autorité de Santé recommande depuis 2004 de rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum dès le début de la grossesse, en particulier chez les femmes ayant déjà présenté une dépression lors d'une grossesse précédente, en utilisant si besoin l'outil « EPDS » (33).

L'étude de Michel C. en 2015 a permis d'étudier le vécu psychologique du père face à la prématurité. Il serait en effet intéressant de comparer le ressenti de ces pères à ceux qui vivent une naissance à terme en se basant sur la méthode employée dans notre étude (34). Ansermet, en 1999, a montré que toute l'histoire psychique parentale peut alors s'engouffrer dans la brèche de la souffrance ouverte par la naissance prématurée (35).

Conclusion

Une naissance prématurée peut affecter les parents dans leur capacité à investir leur rôle et les soins médicaux nécessaires à la survie de leur enfant peuvent créer une distance physique et psychique. Nous avons voulu savoir si la prématurité augmentait le risque de dépression postnatale et impactait le processus d'attachement mère-enfant.

Nos résultats ont montré qu'une naissance prématurée et la séparation mère-enfant qui y est associée augmentent effectivement le risque de développer une dépression du post-partum et de présenter un trouble du lien mère-enfant.

Les deux questionnaires que nous avons utilisés dans cette étude, l'EPDS et le MIB, placent les patientes dans un groupe à risque mais cela ne signifie pas obligatoirement qu'elles vont développer ultérieurement une dépression du post-partum. En effet, l'étude se déroulant au 3^{ème} jour du post-partum, ces scores (EPDS > 11 ; MIB > 2) ne posent en aucun cas le diagnostic définitif d'une dépression du post-partum.

Les résultats obtenus dans cette étude prouvent que le dépistage de la dépression du post-partum ainsi que les liens mère-enfant doivent être au centre de la préoccupation des professionnels de santé. Elle permet de renforcer la conviction qu'il est indispensable de sensibiliser tous les soignants au rôle fondamental qu'est le leur d'accompagnement et de soutien des mères de nouveau-nés prématurés.

Une information systématique délivrée à toutes les mères au sujet de la dépression post-natale paraît être une bonne mesure de prévention afin qu'elles soient prises en charge de manière optimale.

Bibliographie

1. Guedeney A, Allilaire JF. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris : Masson ; 2001
2. Goutaudier N, Séjourné N, Bui É, Cazenave N, Chabrol H. L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* nov 2014;42(11):749- 54.
3. Dayan J, Yoshida K. Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* oct 2007;36(6):530- 48.
4. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.*1996.8:37-54
5. Bowlby J. Attachement et perte. Volume 1, L'attachement. Paris, France: Presses universitaires de France.
6. Tomasinelli L, Chauvin A, Burgy C. Les apports de l'hospitalisation conjointe à temps plein pour la prise en charge de la dyade mère-enfant dans un contexte de dépression postnatale. Mémoire : sage-femme : Strasbourg : 2015
7. Cremoux C. Etre et devenir : les liens d'attachement dans le contexte de la prématurité. Médecine humaine et pathologie. 2013.
8. Garel M, Bahaud M, Blondel B. Conséquences pour la famille d'une naissance très prématurée deux mois après le retour à la maison. Résultats de l'enquête qualitative d'EPIPAGE. *Archives de Pédiatrie.* nov 2004;11(11):1299- 307.
9. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* nov 1996;37(8):927-35.
10. Bales M. Difficultés psychologiques périnatales : facteurs de risque et développement d'un modèle multifactoriel en population générale. Résultats de l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE). [Internet] Université de Bordeaux ; 2015 [cité 26 avril 2017]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01274059/document>
11. Bienfait M, Maury M, Haquet A, Faillie J-L, Franc N, Combes C, et al. Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. *Early Hum Dev.* avr 2011;87(4):281-7.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* juin 1987;150:782-6.

13. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1998;13(2):83- 9.
14. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *BJPsych Int*. 1992;160(6):777-80.
15. Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*. sept 2004;30(4):376- 81.
16. Lenseele U, Lemaître V. Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant: étude d'une « grille d'évaluation de la qualité des premiers liens » à la maternité Jeanne de Flandres. Mémoire : orthophonie : Lille ; 2011.
17. Servantie M, Millasseau F. La dépression du post-partum: l'auto-questionnaire d'Edimbourg : un outil efficient dans le dépistage précoce des femmes à risque en suites de couches ? Mémoire : sage-femme Nantes, France ; 2016.
18. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health*. mai 2005;8(1):45-51.
19. Wittkowski A, Wieck A, Mann S. An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(4):171- 5.
20. Kumar R. Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson. *L'enfant de n'importe qui*. Devenir. 2001; 14 : 47-75.
21. Sutter-Dallay A-L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois M, Verdoux H. Impact of early maternal postnatal depression on infant cognitive development: A 2 years prospective study. *Devenir*. 2008;20(1):47- 63.
22. R Korja et al., The Effects of Preterm Birth on Mother-Infant Interaction and Attachment During the Infant's First Two Years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91 (2), 2012
23. Dayan J, Les dépressions périnatales, évaluer et traiter. Ed Masson collection Médecine et Psychothérapie, Paris, 2008
24. Meunier S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil. *Médecine humaine et pathologie*. oct 2012;96.
25. Hawes K, McGowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B. Social Emotional Factors Increase Risk of Postpartum Depression in Mothers of Preterm Infants. *J Pediatr*. déc 2016;179:61- 7.

26. Muller Nix, Carole, et al. Prématurité, vécu parental et relations parents/enfant : éléments cliniques et données de recherche. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. vol. 52, no. 2, 2009, pp. 423-450.
27. Vendittelli F, Lachcar P. Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature. *Gynecol Obstet Fertil*. juin 2002;30(6):503-13.
28. Lorentz J, Merg-Essadi D. Lien mère-enfant lors d'une naissance prématurée. Mémoire: Ecole de sages-femmes de Strasbourg; 2013.
29. Maman Blues - le site de la Difficulté maternelle - Les signes de l'effondrement [Internet]. Disponible sur: <http://www.maman-blues.fr/la-difficult%C3%A9-maternelle/les-signes-de-l-effondrement.html>
30. Keromnes-Charreau A. Connaissances, difficultés et attentes des généralistes du Finistère face à la dépression du post-partum: enquête quantitative réalisée en 2007 auprès de 200 médecins généralistes finistériens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2008.
31. Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité, http://www.perinatfrance.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat2005_2007.pdf 1.
32. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G, Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001; 80 (3): 251-5
33. Haute Autorité de Santé – recommandations professionnelles, Préparation à la naissance et la parentalité. Novembre 2005, France. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
34. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Kumar RC. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J Affect Disord*. déc 2000;61(1-2):107- 12.
35. Michel C. Le père et l'épreuve de la prématurité : étude du vécu lors de naissances après 30 semaines d'aménorrhées. Mémoire : sages-femmes : juin 2015.

Annexe I

FICHE D'INFORMATION

N° DE LA PATIENTE :

Bonjour Madame,

Je me présente : je suis Alexandra FRAISE, étudiante en 5^{ème} année à l'Ecole de Sages-femmes de POITIERS.

Je réalise une enquête concernant le ressenti d'une mère après l'accouchement, que ce soit un accouchement à terme ou prématuré, en vue de l'obtention de mon Diplôme d'Etat.

Je vous invite donc à participer à celle-ci afin d'améliorer nos pratiques dans le secteur de la maternité.

Je vous propose de remplir, par vous-mêmes, deux questionnaires simples et rapides.

Pour recueillir les informations nécessaires à mon étude, il vous suffit d'entourer ou cocher les réponses qui correspondent à vos sentiments aujourd'hui.

Avec votre accord, j'utiliserai vos réponses dans mon mémoire de façon confidentielle et dans l'anonymat le plus complet.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous remercie de bien vouloir remplir le formulaire de consentement ci-joint.

Je réalise ce mémoire sous la direction de Madame BOINARD Sophy, psychologue du service de pédiatrie du CHU de Poitiers, et le tutorat de Madame GUINOT Sylvie, directrice de l'école de Sage-Femme.

Je vous remercie, également, d'avoir pris le temps de lire cette information.

Bien cordialement,

Alexandra FRAISE

Pour tout autre renseignement concernant l'étude, n'hésitez pas à me contacter, soit par téléphone au 06.47.13.94.07, soit par mail : alexandra.fraise@etu-univ-poitiers.fr

Annexe II

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

N° DE LA PATIENTE :

- Je confirme avoir lu le formulaire ci-joint et avoir reçu des explications suffisantes concernant l'étude en elle-même et ses modalités de réalisation.
- Je confirme avoir reçu un exemplaire signé du formulaire de consentement.
- En cochant la case ci-dessous, je donne mon accord pour participer à l'étude.
- Je suis informée que mes réponses resteront strictement anonymes et confidentielles.
- J'ai bien pris connaissance des différentes possibilités d'accès gratuit à une prise en charge psychologique.

Date :

J'accepte de participer à cette étude :

Annexe III

Questionnaire 1 : MIB

- Ces questions concernent vos sentiments pour votre enfant depuis qu'il est né.
- Entourez ou cochez la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie depuis la naissance.

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé	0	1	2	3
Sentiment d'en vouloir à mon bébé	3	2	1	0
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion	3	2	1	0
Joie	0	1	2	3
Sentiment de ne pas être attirée par mon bébé	3	2	1	0
Protectrice	0	1	2	3
Déçue	3	2	1	0
Agressive	3	2	1	0

Annexe IV

Questionnaire 2 : EPDS

- Cochez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

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 raison, 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 évènements.

	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

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

En vous remerciant pour votre participation à mon étude,
Vous pouvez remettre le feuillet à une sage-femme du service ou à moi-même.

Bonne continuation,

Alexandra Fraise.

Pour tout autre renseignement concernant l'étude, n'hésitez pas à me contacter, soit par téléphone au 06.47.13.94.07, soit par mail : alexandra.fraise@etu-univ-poitiers.fr

Annexe V

Coordonnées des psychologues

- Mme Sophy BOINARD, Psychologue en Néonatalogie et Réanimation au CHU
Tel : 05 49 44 44 44 Poste 42976
- PMI (Protection Maternelle Infantile) :
Vous pourrez joindre et consulter un professionnel du service PMI au sein des Maisons Départementales de la Solidarité.
Service de Protection Maternelle et Infantile 39 rue de Beaulieu
86034 Poitiers cedex
- Tél. : 05 49 45 90 45
- Site web <http://www.lavienne86.fr/121-les-maisons-departementales.htm>

Annexe V

Renseignements recueillis

Numéro patient					
Terme en SA					
Age					
Parité					
Gestité					
Mode de vie					
Précarité sociale					
Niveau d'études					
Profession					
IMC					
ATCD Accouchement prématuré					
ATCD IVG					
ATCD IMG					
ATCD FCS					
ATCD GEU					
ATCD MAP					
ATCD CESARIENNE					
ATCD MFIU					
ATCD dépression PP					
ATCD dépression					
ATCD psychose puerpérale					
ATCD décès d'un enfant					
ATCD Violences					
Durée de la grossesse					
Stérilité précédent la grossesse					
PEC PMA					
PEC DAN					
Tabac avant la grossesse					
Tabac pendant la grossesse					
Nombre de cigarettes par jour					
Toxiques pendant la grossesse					
Psychotropes pendant la grossesse					
Psychoses chroniques					
Psychothérapie pendant la grossesse					
Déni de grossesse					
Décès proche pendant la grossesse					
Violence conjugale actuelle					
Enfant(s) placé(s)					
Hospitalisation pour MAP					
Info pédiatrique reçue					
Type d'accouchement					
Anesthésie					
Sexe de l'enfant					
Séparation du couple (grossesse)					
Père présent à l'accouchement					
Enfant hospitalisé : type de lieu					
Anomalie de croissance in utéro					
Poids de naissance					
Type d'allaitement					
Type d'accouchement					
Présentation					
Type de début de travail					
Grossesse sous thérapeutique					

Summary

Introduction: Postnatal depression is a public health problem which concerns approximately 10-20 % of women but is often little diagnosed. Does this post-partum pathology increase in the cases of premature birth? Does premature birth increase the risk of developing this pathology as well as difficulty in mother-infant bonding?

Patients and methods: A case-controlled, monocentric, prospective study was carried out in Poitiers Teaching Hospital. 76 women were studied, 38 having had preterm births each matched to a woman having had a term birth. Two questionnaires, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Mother Infant Bonding (MIB) were distributed to them three days after the birth. Upper thresholds of 11 for the EPDS questionnaire and 2 for the MIB questionnaire were retained in order to detect respectively a risk of postnatal depression or difficulty in mother-infant bonding.

Results: This study showed that there was a significantly more important risk of developing post-partum depression $p = 0.02$ (OR = 0.26; IC in 95 % [0.07; 0.84]) and difficulty in mother-infant bonding $p = 0.01$ (OR = 0.12; IC in 95 % [0.01; 0.62]) after a premature delivery. There was no significant correlation between the results of the MIB and the EPDS questionnaires ($p = 0.26$), the degree of correlation was 0.2.

Conclusion: A preterm birth presented risks for developing postnatal depression and mother-infant bonding disorders greater than term births. It would be interesting to complete this study by analysing the mothers' psychological state and mother-infant bonding a few months after the birth.

Keywords: Postpartum depression; mother-infant bonding; prematurity.

Résumé

Introduction : La dépression postnatale est un problème de santé publique, elle concerne environ 10 à 20 % des femmes mais elle est souvent sous diagnostiquée. Une naissance prématurée constitue-t-elle un facteur de risque de développer cette pathologie ainsi que des troubles du lien mère-enfant ?

Matériel et méthode : Dans cette étude cas-témoins prospective monocentrique menée au CHU de Poitiers, 76 femmes ont été analysées, 38 ayant accouché prématurément chacune appariée à une femme ayant accouché à terme. Deux auto-questionnaires, l'Edimbourg postnatal depression scale (EPDS) et le Mother Infant Bonding questionnaire (MIB) leurs ont été distribués trois jours après l'accouchement. Un seuil supérieur à 11 pour l'EPDS et un seuil supérieur à 2 pour le MIB ont été retenus pour dépister respectivement un risque de dépression postnatale ou un trouble du lien mère-enfant.

Résultats : Cette étude a montré qu'il y a un risque significativement plus important de développer une dépression du post-partum $p = 0,02$ (OR = 0,26 ; IC à 95 % [0,07 ; 0,84]) et de présenter des troubles du lien mère-enfant $p = 0,01$ (OR = 0,12 ; IC à 95 % [0,01 ; 0,62]) lors d'un accouchement prématuré. Il n'existait pas de corrélation significative entre les résultats du MIB et de l'EPDS ($p = 0,26$), le degré de corrélation était égal à 0.2.

Conclusion : Les femmes ayant accouché prématurément ont présenté un risque de développer une dépression postnatale et des difficultés du lien mère-enfant plus important que celles qui ont accouché à terme. Il serait donc intéressant de compléter ce travail en évaluant leurs états psychologiques et la relation mère-enfant quelques mois après la date théorique du terme.

Mots clés : Dépression post-partum ; relation mère-enfant ; prématurité.