



Dépression maternelle

Mise à jour : Juin 2024

Table des matières

Synthèse	4
La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants	7
¹ E. MARK CUMMINGS, PH.D., ² CHRYSTYNA D. KOUROS, PH.D., ³ JACQUELINE FIDELLOW, B.A., DÉCEMBRE 2023	
La dépression de la mère et l'adaptation de l'enfant durant la petite enfance	19
SUSAN B. CAMPBELL, PH.D., MARS 2010	
Incidence de la dépression périnatale sur le développement des enfants : une perspective développementale	25
SHERRYL H. GOODMAN, PH.D., JANVIER 2024	
La dépression maternelle	36
¹ ANDREW J. ROSS, M.A., ¹ SHEREE L. TOTH, PH.D., ² JACK PELTZ, PH.D., OCTOBRE 2023	
Traitement de la dépression post-partum	48
PETER COOPER, D.PHIL., LYNNE MURRAY, PH.D., SARAH HALLIGAN, D.PHIL., MAI 2010	
Dépression maternelle : commentaires sur Cummings & Kouros; Campbell, Goodman & Rouse; Toth & Peltz et Cooper, Murray & Halligan	55
THOMAS G. O'CONNOR, PH.D., ANNE S. BURKE, B.A., DÉCEMBRE 2010	

Synthèse

Est-ce important?

Les soins attentifs et affectueux d'une mère sont d'une importance cruciale pour le bon développement de l'enfant. Pourtant, à l'échelle mondiale, la prévalence de la dépression après la naissance d'un enfant est estimée à 17,7 %. La proportion est plus élevée dans les pays en développement et encore plus élevée parmi les femmes qui ont connu au moins un épisode de dépression majeure avant leur première grossesse. La dépression maternelle, aussi connue sous le nom de dépression périnatale, englobe divers troubles de l'humeur qui se manifestent pendant la grossesse et après l'accouchement. La mère dépressive est plus susceptible que celle qui ne l'est pas de se montrer inconstante, permissive et indifférente à l'égard de son enfant. Cette forme dysfonctionnelle de conduites parentales est particulièrement préoccupante pendant les premières années de vie, qui sont celles où l'enfant dépend le plus de sa mère pour être stimulé. Les pratiques parentales de la mère dépressive pourraient prédisposer l'enfant à divers problèmes du développement ou contribuer à les faire surgir. La dépression maternelle est maintenant considérée comme une grande préoccupation sociétale, et il est nécessaire d'intervenir pour prévenir ou diminuer les effets négatifs de cet état mental sur le développement de l'enfant. Certaines recherches examinent aussi les tendances, les effets et le traitement de la dépression maternelle en prenant en compte les dimensions raciale et ethnique.

Que savons-nous?

En général, on s'entend pour dire qu'il existe un lien entre la dépression maternelle et les problèmes de développement de l'enfant, y compris les troubles socioaffectifs, cognitifs et comportementaux.

Fonctionnement socioaffectif

Les enfants de mères dépressives sont plus susceptibles : 1) d'exprimer un affect négatif; 2) d'avoir de la difficulté à maîtriser leur colère; 3) d'établir des liens d'attachement non sécurisants; 4) d'avoir de moins bonnes habiletés interpersonnelles; 5) de ressentir un niveau élevé de stress.

Fonctionnement cognitif

En outre, de façon générale, les enfants de mères dépressives : 1) sont moins avancés sur le plan du langage; 2) réussissent moins bien à l'école; 3) ont une moins bonne estime de soi que leurs pairs; 4) manifestent d'autres processus cognitifs qui les rendent plus vulnérables à la dépression ou à d'autres troubles.

Fonctionnement comportemental

Sur le plan comportemental, les enfants de mères dépressives ont tendance : 1) à avoir plus de problèmes de sommeil; 2) à être moins coopératifs; 3) à avoir de la difficulté à contrôler leur agressivité; 4) à être inactifs. Ils courent également un risque plus élevé que les enfants de mères non dépressives de développer des comportements d'intériorisation (p. ex., la dépression) et d'externalisation (p. ex., des comportements agressifs).

Les problèmes du développement susmentionnés se manifestent à des degrés divers d'un enfant à l'autre. Le contexte familial et les influences bidirectionnelles, comme l'état de santé et le tempérament de l'enfant, peuvent diminuer ou empirer l'incidence de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant. À titre d'exemple, l'engagement paternel peut réduire l'effet négatif de la dépression maternelle sur les comportements d'intériorisation de l'enfant. Inversement, les conflits parentaux sont des facteurs qui permettent de prédire des problèmes d'adaptation chez les enfants de mères souffrant de dépression.

Cohésion familiale

Lorsque les pères montrent une plus grande sensibilité, sont moins intrusifs, mais s'impliquent davantage envers les enfants, les effets de la dépression maternelle sur la cohésion familiale semblent s'atténuer.

Que peut-on faire?

Pour améliorer les conditions de développement des enfants, les mesures de prévention et d'intervention envisagées doivent viser à améliorer les interactions entre la mère et le nourrisson, mais aussi les processus familiaux sous-jacents.

À titre de mesure préventive, il faudrait sensibiliser les parents (surtout les nouveaux parents) aux bienfaits d'une grossesse saine. Afin que le père et la mère soient mieux préparés à leur rôle de parents, il importe de mettre l'accent sur les compétences efficaces, les pratiques à suivre pour

bien élever ses enfants et la discipline. Les interventions préventives pourraient s'avérer particulièrement bénéfiques pour les femmes ayant des antécédents de dépression et qui envisagent d'avoir un enfant, car elles pourraient aider à réduire les risques de dépression périnatale.

À l'heure actuelle, les résultats d'études axées sur l'amélioration de la qualité des interactions entre la mère et son nourrisson appuient surtout les interventions qui renforcent la compétence parentales. Les données semblent indiquer que les visites à domicile de travailleurs ou d'infirmières communautaires ont pour effet d'améliorer le lien d'attachement qui unit l'enfant à la mère ainsi que la faculté de celle-ci à percevoir ce qui se passe chez son enfant et à adopter une réponse adéquate. En outre, comme l'implication du père peut réduire les répercussions de la dépression maternelle sur le fonctionnement de l'enfant, les autres membres de la famille devraient aussi soutenir et encourager la mère.

Bien que les méthodes d'intervention aient permis de noter des améliorations en ce qui concerne le développement des enfants, il importe de garder en tête que les effets observés diffèrent beaucoup d'un enfant (touché par la dépression maternelle) à l'autre. Aucune des interventions (p. ex., les visites à domicile ou la thérapie familiale) ne donne les mêmes résultats chez tous les enfants. C'est pourquoi les décideurs politiques devraient reconnaître l'importance de la souplesse en matière de traitement et dans l'élaboration de politiques.

La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants

¹E. Mark Cummings, Ph.D., ²Chrystyna D. Kouros, Ph.D., ²Jacqueline Fidellow, B.A.

¹University of Notre Dame, États-Unis, ²Southern Methodist University, États-Unis

Décembre 2023, Éd. rév.

Introduction

La dépression est l'un des troubles de santé mentale les plus répandus, surtout pendant les années de fécondité de la femme.¹⁻⁴ Par exemple, une femme sur dix aux États-Unis a déclaré avoir souffert de symptômes dépressifs au cours des 12 derniers mois.⁵ À l'échelle mondiale, la prévalence de la dépression après la naissance d'un enfant a été estimée à 17,7 %.⁶ La dépression de la mère a des répercussions sur les enfants dès la naissance et peut se poursuivre au cours des périodes de développement subséquentes. Ainsi, elle constitue un facteur de risque important et relativement commun pendant la petite enfance. En effet, les enfants qui sont exposés à la dépression de leur mère, en particulier avant l'âge de cinq ans, sont plus susceptibles de présenter au moins une vulnérabilité sur le plan du développement par rapport à leurs pairs non exposés.⁷ Certains chercheurs ont même affirmé que le taux de prévalence de la dépression maternelle et ses effets sur le développement de l'enfant ont atteint une telle gravité que cela constitue une crise de santé publique.⁸ Par conséquent, les chercheurs doivent absolument s'efforcer de comprendre les trajectoires et les processus développementaux qui sous-tendent le lien entre la dépression de la mère et le développement de l'enfant.

Sujet

Il est prouvé que la dépression maternelle contribue à de multiples problèmes de développement chez le jeune enfant, notamment à une altération fonctionnelle sur les plans cognitif, social et scolaire.^{3,7,9-13} Par exemple, les enfants dont la mère souffre de dépression sont au moins de deux à trois fois plus à risque de connaître des problèmes d'adaptation, y compris des troubles de l'humeur.^{9,13} Même les bébés de mère dépressive sont plus capricieux et inactifs, répondent moins aux expressions du visage et de la voix et ont un taux d'hormones de stress plus élevé que les enfants de mères non dépressives.¹⁴⁻¹⁶ C'est pourquoi l'étude du développement de l'enfant dans le contexte de la dépression maternelle constitue une grande préoccupation sociétale et

représente depuis quelques décennies un axe de recherche important pour les spécialistes du développement dans la petite enfance.

Problèmes

Même si la relation entre la dépression maternelle et les problèmes d'adaptation des enfants est bien documentée, de nombreuses questions subsistent quant aux mécanismes qui la sous-tendent. Ces questions sont au cœur de toutes les répercussions cliniques possibles de la recherche dans ce domaine, y compris la prévention et le traitement. Par exemple, comment et pourquoi la dépression maternelle influence-t-elle sur le développement et l'adaptation des enfants? Pourquoi certains enfants de mère dépressive présentent-ils des symptômes de psychopathologie ou de dysfonctionnement alors que d'autres n'en ont pas? Quels processus les interventions doivent-elles cibler pour réduire le plus efficacement possible la dépression maternelle et ses conséquences possiblement néfastes sur le développement de l'enfant?

De nombreuses difficultés entourent l'identification et la vérification des processus causaux : il faut, notamment, veiller à ce que les modèles et les plans de recherche soient suffisamment élaborés pour guider l'étude de processus multiples et souvent interdépendants. Par ailleurs, assurer une conceptualisation, une quantification et une évaluation adéquates peut comporter des pièges et des limites et exiger, entre autres, une recherche longitudinale pour la vérification optimale des hypothèses causales, ainsi que l'élaboration d'essais cliniques randomisés (ECR) destinés à tester l'efficacité des interventions. Reconnaître les limites de la conception des recherches est également important lors de l'évaluation des résultats des travaux de recherche, dans la mesure où les hypothèses causales portant sur les mécanismes ne sont pas suffisamment étayées par des données corrélationnelles.

Les chercheurs ont relevé ces défis en proposant des modèles de risque à plusieurs variables. Ainsi, Goodman et Gotlib ont avancé qu'il existait plusieurs classes de mécanismes interreliés, dont a) l'hérédité, b) l'exposition à des facteurs stressants du milieu, y compris un dysfonctionnement familial accru, c) l'influence des processus cognitifs, des comportements et des affects négatifs de la mère et, d) le dysfonctionnement des mécanismes neurorégulateurs.¹⁷ Pour illustrer l'une de ces voies, mentionnons le cas des femmes enceintes dépressives dont le système neuroendocrinien peut présenter des anomalies (p. ex., une augmentation des hormones du stress ou une réduction du flux sanguin vers le fœtus) susceptibles de conduire à un dysfonctionnement des mécanismes neurorégulateurs chez les nourrissons et d'augmenter ainsi

chez eux le risque de dépression ou d'autres troubles. Au cours des dernières décennies, l'un des objectifs des équipes de recherche qui se sont intéressées à la dépression maternelle a été de fournir des preuves empiriques qui viendraient corroborer les voies de développement proposées dans les modèles théoriques. Un autre enjeu consiste à traduire les découvertes issues de la recherche en programmes de prévention et d'intervention qui soient à la fois efficaces pour réduire la dépression maternelle ou ses conséquences négatives sur le développement de l'enfant, tout en imposant des contraintes de participation faibles ou minimales qui permettraient aux mères de s'engager de manière optimale dans les programmes.

Contexte de la recherche

Dans le contexte des études sur le développement des jeunes enfants, l'analyse des perturbations du fonctionnement parental et familial comme facteur contribuant à déterminer les facteurs influençant les résultats du développement des jeunes enfants est apparue comme domaine de recherche primordial. Même lorsque les études se limitent à l'influence des processus familiaux, les modèles de risque à plusieurs variables trouvent des appuis.¹⁷⁻²⁰ Par exemple, Cummings et Davies²¹ ont présenté un cadre de travail montrant comment les multiples perturbations du fonctionnement des enfants et des familles ainsi que les contextes dans lesquels elles surviennent (relations parents-enfants problématiques, conflits conjugaux, exposition des enfants à la dépression parentale et difficultés connexes dans les processus familiaux) sont liés aux associations entre la dépression maternelle et l'adaptation des jeunes enfants.^{4,18,19} Ce modèle de processus familial est principalement axé sur la détermination et la distinction des processus réactionnels propres à l'enfant (p. ex., le sentiment d'insécurité et les réactions particulières sur les plans émotif, cognitif, comportemental et physiologique) qui, avec le temps, conduisent soit à un développement normal, soit à l'apparition d'une psychopathologie.^{4,18,22} Compte tenu de l'augmentation de la prévalence des problèmes de santé mentale liée à la récente pandémie de COVID-19, la recherche doit également tenir compte des répercussions de cette dernière sur les taux de dépression maternelle et de sa corrélation avec la santé mentale des enfants.³

Questions clés pour la recherche

À ce stade-ci, de nombreuses questions fondamentales de recherche doivent être abordées dans l'étude des relations longitudinales entre la dépression maternelle, les processus réactionnels hypothétiques de la famille et de l'enfant et les résultats quant à la façon dont les facteurs influencent les résultats du développement des jeunes enfants.²³⁻²⁴ Les tests peuvent comporter

des analyses des modèles expliquant les processus ou des études portant sur les trajectoires de développement que pourraient prendre l'enfant. Les objectifs comprennent la mise en lumière des processus sous-jacents qui, dans la famille et chez l'enfant, relient la dépression de la mère au développement de l'enfant, la compréhension de la façon dont ces processus évoluent ensemble avec le temps, les différences constatées au niveau des effets selon le sexe de l'enfant ainsi que le rôle des caractéristiques de ce dernier.^{27,28,39}

Résultats récents de la recherche

Les rapports parents-enfants sont depuis longtemps le point central de la recherche sur les processus familiaux qui peuvent contribuer à la manière dont les enfants se débrouillent dans la vie. Maintes études ont montré que la dépression maternelle va de pair avec des relations parents-enfants peu harmonieuses et un attachement mère-enfant peu solide.^{4,11,22,25,26} Les mères dépressives ont tendance à être instables, insouciantes, renfermées ou au contraire envahissantes, inefficaces dans leur rôle parental et incapables de discipliner leurs enfants. Un rôle parental inadéquat et des rapports parents-enfants de piètre qualité sont, quant à eux, associés à un risque accru d'inadaptation chez les enfants.

Bien que les conflits conjugaux soient depuis longtemps liés à la dépression maternelle, l'étude de la question demeure relativement négligée. Par ailleurs, de récents éléments probants continuent d'appuyer la thèse selon laquelle la mésentente entre les parents influe fortement sur la façon dont les enfants s'en tireront dans la vie, même lorsque la comparaison est faite au sein d'échantillons d'une même communauté.²⁷ Des recherches poussées montrent qu'il existe des liens entre les conflits conjugaux et l'inadaptation des enfants dans les familles dont la mère souffre de dépression. Dans de tels contextes, la mésentente entre les époux se caractérise par un comportement verbal moins positif, un affect marqué par la tristesse, un recours accru à des tactiques conflictuelles destructrices et la faible probabilité d'arriver à résoudre des conflits.^{28,29} Les frictions entre parents sont un prédicteur fiable du fonctionnement des enfants dans de multiples domaines, notamment sur les plans socioaffectif, cognitif et scolaire.^{4,30,31}

Des études analysent explicitement les processus familiaux, y compris les conflits parentaux, comme des médiateurs ou modérateurs entre la dépression maternelle et la façon dont les enfants se développent et se débrouillent dans la vie. Leurs résultats révèlent qu'il existe un lien entre la dépression chez la mère et une mésentente conjugale accrue, une plus grande insécurité dans la relation, davantage de conflits au sein de la famille et la dynamique familiale dans son

ensemble. Par ailleurs, les perturbations des processus familiaux sont associées à une détresse psychologique élevée et à une plus grande difficulté d'adaptation chez l'enfant.³²⁻³⁸ Les chercheurs examinent également le rôle des caractéristiques de l'enfant, notamment son tempérament et ses réactions physiologiques au stress, dans l'association entre le développement de l'enfant et la dépression chez la mère.^{3,11,31,39} Les évaluations cognitives des enfants vis-à-vis de la dépression de leur mère ont également fait l'objet de recherches.²² Par exemple, les symptômes dépressifs chez la mère sont plus fortement liés à l'internalisation des symptômes par l'enfant lorsque ce dernier s'attribue la responsabilité de l'humeur dépressive de sa mère.⁴⁰ Cette attention portée aux caractéristiques de l'enfant qui accroissent sa vulnérabilité face à la dépression maternelle fournit des pistes supplémentaires pour les interventions préventives.

Lacunes de la recherche

Il reste de nombreuses lacunes à combler. Premièrement, il faut se pencher davantage sur la part qui revient aux frictions parentales dans les effets associés à la dépression maternelle et notamment établir une distinction entre les différentes formes de conflit. Par exemple, il a été constaté que les conflits parentaux constructifs, destructifs et dépressifs avaient des effets très variés sur les enfants.⁴¹ Deuxièmement, une étude longitudinale portant sur différentes périodes du développement est nécessaire à la compréhension des conséquences à court et à long terme de la dépression maternelle pour le fonctionnement de la famille et le développement des enfants. Troisièmement, il importe, dans la recherche, de distinguer les niveaux clinique et subclinique de la dépression maternelle.¹⁸ De même, l'incidence des caractéristiques de la dépression maternelle exige une analyse plus poussée : la dépression est un trouble hétérogène, et le moment ainsi que la fréquence des épisodes de dépression maternelle ou encore la chronicité de la maladie peuvent influencer sur les relations entre la dépression maternelle et l'adaptation de l'enfant. Quatrièmement, bien que la recherche ait porté essentiellement sur la dépression maternelle, il vaut également la peine de s'intéresser aux effets de la dépression paternelle et d'examiner les conséquences de la dépression lorsqu'elle touche les deux parents à la fois.¹¹ Des recherches récentes suggèrent que la dépression paternelle présente des effets prédictifs sans pareil sur la capacité d'adaptation de ses enfants, et ce même en tenant compte de la dépression maternelle.³¹ Cinquièmement, plus de recherches doivent être faites concernant les caractéristiques de l'enfant, comme le tempérament, le sexe, l'hérédité, la régulation physiologique et les évaluations cognitives de la dépression maternelle, qui méritent d'être considérés. Sixièmement, la recherche devrait se faire plus précise en ce qui concerne les

perspectives du développement des enfants. Par exemple, pourquoi certains enfants dont la mère est dépressive ont-ils des aptitudes sociales déficientes et d'autres en viennent à présenter eux aussi les symptômes de la dépression? Septièmement, il est nécessaire de réaliser davantage d'essais cliniques randomisés portant sur la dépression parentale, mais également sur l'efficacité des programmes d'intervention pour les enfants et les familles.⁴² Pour conclure, ces recherches devraient être étendues à des échantillons plus diversifiés du point de vue ethnique, racial et économique.

Conclusions

La dépression maternelle influe de façons fort diverses sur la manière dont les enfants s'en tirent dans la vie et ses effets se font sentir de la naissance à l'âge adulte. Les enfants de mère dépressive sont de deux à trois fois plus à risque de connaître des troubles de l'humeur, de mal fonctionner dans de multiples domaines, notamment sur les plans cognitif, social et scolaire, et d'être en mauvaise santé physique. Parallèlement, de nombreux enfants de mère dépressive se développent tout à fait normalement. Par conséquent, l'objectif fondamental de la recherche est de comprendre les voies et les processus par lesquels la dépression chez la mère retentit sur les enfants. Les perturbations du fonctionnement familial, notamment les problèmes d'éducation des enfants et les conflits parentaux, sont considérées comme des canaux par lesquels la dépression maternelle atteint les enfants. Les données probantes établissant que la dynamique familiale peut expliquer les liens entre la dépression maternelle et le développement de l'enfant sont prometteuses sur le plan du traitement et de l'intervention, car les mécanismes en cause peuvent être plus facilement ciblés et modifiés que d'autres processus médiateurs comme l'hérédité. Des données probantes issues d'études d'intervention récentes pourraient s'avérer utiles afin de traduire avec succès les découvertes mises au jour par les travaux de recherche en interventions fondées sur des preuves qui ciblent non seulement la dépression maternelle, mais aussi les processus familiaux sous-jacents pour en atténuer les éventuelles conséquences néfastes sur le développement de l'enfant.⁴³

Implications pour les parents, les services et la politique

Les décideurs politiques et les cliniciens devraient travailler ensemble à faciliter l'accès aux services, notamment au dépistage pour les femmes enceintes et les mères disponibles et intéressées à le devenir.^{12,13} Les programmes visant à réduire les perturbations du fonctionnement familial sont un moyen de diminuer le risque de psychopathologie chez les enfants. Parents,

cliniciens et décideurs politiques devraient être sensibles au fait que des programmes généraux sont nécessaires non seulement pour traiter la dépression chez les mères mais aussi pour offrir des services familiaux. Par exemple, les mères dépressives pourraient avoir accès à des cours où elles acquerraient des compétences parentales efficaces et apprendraient les pratiques exemplaires sur l'éducation et la discipline des enfants. Les familles dont l'un des parents est dépressif pourraient se joindre à des groupes où on leur enseignerait des façons constructives de gérer les conflits, c'est-à-dire des méthodes favorisant la résolution de problèmes et de différends. À mesure que la recherche sur les facteurs modérateurs sera menée, les efforts pour prévenir et mieux traiter les personnes les plus à risque seront mieux ciblés. De tels efforts globaux faisant intervenir les mères, les enfants et les proches auront certainement des répercussions durables et importantes sur le développement des enfants.

Références

1. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders* 2003;74(1):5-13.
2. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York, NY: Free Press; 1978.
3. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal depression: Challenges and opportunities. *Journal of Women's Health* 2021;30(2):154-159.
4. Beardslee WR, Gladstone TRG, O'Connor EE. Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011;50(11):1098-1109.
5. Ertel KA, Rich-Edwards JW, Koenen KC. Maternal depression in the United States: Nationally representative rates and risks. *Journal of Women's Health* 2011;20(11):1609-1617.
6. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychology* 2018;8:248.

7. Wall-Wieler E, Roos LL, Gotlib IH. Maternal depression in early childhood and developmental vulnerability at school entry. *Pediatrics* 2020;146(3):e20200794.
8. Goeglein SK, Yatchmink YE. Maternal depression is a public health crisis: The time to act is now. *Pediatrics* 2020;146(3):e2020010413.
9. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37(11):1134-1141.
10. Downey G., Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 1990;108(1):50-76.
11. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.
12. Goodman SH, Tully EC. Depression in women who are mothers: An integrative model of risk for the development of psychopathology in their sons and daughters. In: Keyes CLM, Goodman SH, eds. *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*. New York, NY: Cambridge University Press; 2006:241-282.
13. Weiss SJ, Leung C. Maternal depressive symptoms, poverty, and young motherhood increase the odds of early depressive and anxiety disorders for children born prematurely. *Infant Mental Health Journal* 2021;42(4):586-602.
14. Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development* 1983;54(1):185-193.
15. Field TM. Prenatal effects of maternal depression. In: Goodman SH, Gotlib IH, eds. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002:59-88.
16. Lefkovich E, Baji I, Rigó J. Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal* 2014;35(4):354-365.

17. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
18. Cummings EM, DeArth-Pendley G, Du Rocher Schudlich TD, Smith DA. Parental depression and family functioning: Toward a process-oriented model of children's adjustment. In: Beach SR, ed. *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001:89-110.
19. Emery RE. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin* 1982;92(2):310-330.
20. Hops H, Sherman L, Biglan A. Maternal depression, marital discord, and children's behavior: A developmental perspective. In: Patterson GR, ed. *Depression and aggression in family interaction*. Hillsdale, NJ: Erlbaum;1990:185-208.
21. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(1):73-112.
22. Goodman SH, Tully E, Connell AM, Hartman CL, Huh M. Measuring children's perceptions of their mother's depression: The children's perceptions of others' depression scale-mother version. *Journal of Family Psychology* 2011;25(2):163-173.
23. Cummings EM, Cheung RYM, Koss KJ, Davies P. Parental depressive symptoms and adolescent adjustment: A prospective test of an explanatory model for the role of marital conflict. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2014;42:1153-1166.
24. Kouros CD, Papp LM, Goeke-Morey MC, Cummings, EM. Spillover between marital quality and parent-child relationship quality: Parental depressive symptoms as moderators. *Journal of Family Psychology* 2014;28(3):315-325.
25. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2000;20(5):561-592.

26. McCary CA, McMahon RJ, Conduct Problems Prevention Research Group. Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of Family Psychology* 2003;17(4):545-556.
27. Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(5):479-489.
28. Du Rocher Schudlich TD, Papp LM, Cummings EM. Relations of husbands' and wives' dysphoria to marital conflict resolution strategies. *Journal of Family Psychology* 2004;18(1):171-183.
29. Gotlib IH, Whiffen VE. Depression and marital functioning: An examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology* 1989;98(1):23-30.
30. Cummings EM, Davies PT. Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43(1):31-63.
31. Sweeney S, MacBeth A. The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2016;205:44-59.
32. Cummings EM, Schermerhorn AC, Keller PS, Davies PT. Parental depressive symptoms, children's representations of family relationships, and child adjustment. *Social Development* 2008;17(2):278-305.
33. Davies PT, Windle M. Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology* 1997;33(4):657-668.
34. Du Rocher Schudlich TD, Cummings EM. Parental dysphoria and children's internalizing symptoms: Marital conflict styles as mediators of risk. *Child Development* 2003;74(6):1663-1681.

35. Du Rocher Schudlich TD, Youngstrom EA, Calabrese JR, Findling RL. The role of family functioning in bipolar disorder in families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008;36(6):849-863.
36. Luningham JM, Wentz B, Merrilees CE, Taylor LK, Goeke-Morey M, Shirlow STP, Cummings EM. Bidirectional effects between maternal mental health and adolescent internalizing problems across six years in Northern Ireland. *Journal of Child Psychology and Psychiatry Advances* 2022;2(2):e12078.
37. Murray S, Wang L, Cummings EM, Braungart-Rieker J. Infant externalizing behavior and parent depressive symptoms: Prospective predictors of parental pandemic related distress. *Infancy*. In press.
38. Shelton KH, Harold GT. Interparental conflict, negative parenting, and children's adjustment: Bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *Journal of Family Psychology* 2008;22(5):712-724.
39. Cummings EM, El-Sheikh M, Kouros CD, Keller PS. Children's skin conductance reactivity as a mechanism of risk in the context of parental depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48(5):436-445.
40. Kouros CD, Wee SE, Carson CN, Ekas NV. Children's self-blame appraisals about their mothers' depressive symptoms and risk for internalizing symptoms. *Journal of Family Psychology* 2020; 34(5):534-543.
41. Cummings EM, Davies, PT. *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York, NY: Guilford Press; 2010.
42. Bergman KN, Downey AL, Cummings JS, Gedek HM, Cummings EM. Examining the role of depression in program efficacy: A program to improve communication in community families. *Family Court Review* 2018;56(2):269-280.
43. Goodman SH, Garber J. Evidence-based interventions for depressed mothers and their young children. *Child Development* 2017;88(2):368-377.

La dépression de la mère et l'adaptation de l'enfant durant la petite enfance

Susan B. Campbell, Ph.D.

University of Pittsburgh, États-Unis

Mars 2010

Introduction

Pour favoriser le développement optimal du jeune enfant, les parents doivent se montrer sensibles et attentifs à ses besoins. Durant les premiers mois, les parents veillent avant tout à combler les besoins essentiels du nourrisson, c'est-à-dire le nourrir, le protéger, assurer son bien-être, interagir avec lui et le stimuler; plus tard, lorsque l'enfant commence à parler et à marcher, les parents doivent aussi établir des limites à son exploration en fonction de son âge tout en favorisant son développement sur les plans cognitif, social et langagier.¹ Les difficultés qu'éprouvent les parents de jeunes enfants peuvent être surmontées plus facilement lorsque la mère reçoit une aide et un soutien affectif adéquats pour prendre soin de l'enfant et que son état émotif est stable. Toutefois, une assez grande proportion de jeunes femmes en âge d'avoir un enfant ressentent des symptômes de dépression suffisamment graves pour nuire à leur capacité de prendre soin de leur enfant.^{2,3}

Sujet

La dépression, qui se traduit par une tristesse persistante et un sentiment de découragement, est associée à des interactions où le parent se montre moins engagé et moins proactif envers son enfant et le stimule moins. Elle entraîne aussi une série de problèmes d'ordre social et cognitif chez le jeune enfant à divers stades de la petite enfance (nourrisson, tout-petit et âge préscolaire).⁴ Comme le jeune enfant dépend beaucoup de sa mère pour être stimulé sur le plan cognitif et avoir des interactions sociales, il est plus susceptible d'être touché par les effets de la dépression maternelle que ne le serait un enfant d'âge scolaire ou un adolescent.

Problèmes

Bon nombre de femmes ressentent le « baby blues » ou syndrome du troisième jour tout de suite après l'accouchement, en raison des changements hormonaux et physiques qui se manifestent

pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période tout de suite après l'accouchement.³ Toutefois, chez certaines nouvelles mamans, la dépression persiste au-delà de la période post-partum ou survient au moment où elles commencent à connaître leur bébé. Les épisodes de dépression graves et prolongés qui ont lieu pendant les premières années de vie de l'enfant sont une source de préoccupation lorsqu'ils nuisent à la capacité de la mère de s'occuper de son enfant.^{2,3,4}

La dépression maternelle peut être associée à des antécédents personnels de dépression, à la pauvreté, à la monoparentalité, à des difficultés conjugales ou à un pauvre soutien social.^{4,5,6} Des complications pendant la grossesse ou l'accouchement, les problèmes de santé du nourrisson, ses coliques ou son irritabilité peuvent aussi déclencher des symptômes de dépression chez les femmes vulnérables.⁶ C'est souvent le jeune enfant qui fait les frais de la dépression de la mère, et lorsqu'à celle-ci s'ajoutent un stress au sein du couple et un soutien social insuffisant, les effets de la maladie de la mère sur l'enfant peuvent être exacerbés. De plus, certains nourrissons et jeunes enfants sont plus vulnérables que d'autres aux effets de la dépression maternelle à cause de leur tempérament, de leur état de santé ou de la disponibilité d'autres adultes en mesure de s'occuper d'eux.^{4,5}

Contexte de la recherche

Bon nombre d'études ont porté sur des mères de jeunes enfants qui souffraient de dépression clinique ainsi que sur de vastes échantillons de mères qui disaient avoir des symptômes de dépression sévère. Les chercheurs de ces études longitudinales ont suivi l'évolution de la dépression maternelle en s'appuyant sur des entrevues et les comptes rendus des mères. Ils ont ainsi évalué certains aspects précis des interventions parentales et des interactions entre la mère et l'enfant au moyen de méthodes d'observation et ont pu mesurer les effets de la maladie sur le développement socio-affectif et cognitif des enfants, leur état de préparation à l'école et leur niveau global d'adaptation.⁴

Questions clés pour la recherche

Les questions pouvant faire l'objet de recherches futures sont axées sur la nécessité de cerner les facteurs qui expliquent les liens entre la dépression maternelle et les problèmes d'adaptation des enfants. Par exemple, dans quelle mesure les difficultés d'adaptation d'un enfant sont-elles dues à des facteurs biologiques, aux interventions parentales de la mère, à d'autres facteurs liés à la

famille ou à une combinaison de ceux-ci? ^{4,5}

Comme ce ne sont pas tous les enfants dont la mère est dépressive qui éprouveront des problèmes plus tard, les chercheurs doivent également examiner les facteurs susceptibles de protéger l'enfant ou de le rendre vulnérable qui sont associés à divers scénarios de développement et d'adaptation chez les enfants en bas âge.^{4,5} Par exemple, les enfants dont la mère a des antécédents familiaux de dépression ou était dépressive avant ou pendant la grossesse sont-ils plus à risque que les autres d'avoir des difficultés d'adaptation? Le moment où survient la dépression maternelle au cours des premières années de la vie de l'enfant a-t-il une importance? Dans les familles biparentales, un père attentionné peut-il protéger le jeune enfant des effets potentiellement dommageables de la dépression de la mère? Lorsque le père offre un soutien insuffisant, est-ce que d'autres adultes peuvent fournir le soutien dont la mère et l'enfant ont besoin et réduire ainsi les effets négatifs de la dépression maternelle? Pourquoi certaines mères arrivent-elles à se montrer attentives et réceptives en dépit de leur dépression? Les caractéristiques de la dépression et du contexte familial peuvent aider à détecter certains enfants qui courent un risque plus élevé que les autres d'éprouver des difficultés d'adaptation lorsque leur mère souffre de dépression.

Les caractéristiques de l'enfant et de la famille peuvent aussi avoir un effet les unes sur les autres, ce qui pourrait favoriser l'adaptation de l'enfant ou lui nuire. Ainsi, le nourrisson irritable ou qui a connu des complications pendant l'accouchement ou des problèmes de santé à la naissance est possiblement plus vulnérable aux effets de la dépression maternelle. De plus, le fait d'être préoccupée par un enfant malade ou difficile peut avoir une incidence sur l'humeur de la mère, ce qui peut faire empirer les symptômes de la dépression maternelle et les problèmes du bébé, particulièrement lorsque la mère se sent moins compétente pour en prendre soin. Inversement, la mère qui a un bébé « facile » peut avoir une plus grande confiance en elle et en ses compétences en tant que mère, et si elle reçoit l'appui de son partenaire, elle peut se montrer attentive aux besoins de son bébé malgré sa dépression. Ces questions qui portent sur les facteurs de risque ou de protection ont également des répercussions sur les interventions précoces auprès des mères dépressives et de leurs jeunes enfants et sur les programmes de prévention destinés aux femmes très susceptibles de souffrir de dépression pendant les premières années de vie de leur enfant.^{4,5,6,7}

Résultats d'études récentes

Les études révèlent que les mères dépressives, surtout celles qui souffrent de dépression chronique, sont moins affectueuses avec leurs nourrissons et jeunes enfants, jouent et parlent moins avec eux, leur donnent moins de soutien, n'insistent pas autant sur la discipline et ne leur imposent pas autant de limites adaptées à leur âge que les mères qui ne souffrent pas de dépression.^{4,8,9} Lorsque les symptômes signalés par la mère sont sévères et chroniques, les enfants sont plus susceptibles de développer un lien d'attachement non sécurisant avec leur mère, de se développer plus lentement sur les plans langagier et cognitif, de se montrer moins coopératifs et d'avoir plus de difficulté à maîtriser leur colère et leur agressivité.^{8,9} Le fait que la mère soit moins attentive et moins engagée peut expliquer en partie ces constatations. Toutefois, les interventions parentales empreintes de sensibilité peuvent avoir un effet protecteur pour l'enfant lorsque la mère souffre de dépression.^{8,9} Lorsque la dépression survient en même temps que des difficultés financières et d'autres événements qui occasionnent beaucoup de stress, les effets sur les enfants peuvent être graves et dévastateurs.^{8,10}

Lacunes de la recherche

Nous en savons beaucoup sur les facteurs de risque qui sont associés à la dépression maternelle et aux difficultés d'adaptation de l'enfant. Les recherches futures devront mettre l'accent sur des approches psychosociales qui visent à prévenir la dépression chez les femmes à risque élevé et à fournir aux mères dépressives et à leur famille les soins dont ils ont besoin.^{4,7,11} La plupart des études qui portent sur le traitement sont davantage axées sur la dépression de la mère, qu'on tente d'enrayer par la médication et la psychothérapie individuelle,¹² au lieu de s'attarder à l'ensemble des besoins de la mère, y compris son lien avec son bébé et le soutien affectif et l'aide concrète du père (ou d'un autre adulte responsable) pour prendre soin de l'enfant. Des études fondées sur l'intervention et l'observation en milieu naturel sont donc nécessaires afin de pouvoir fournir des recommandations plus précises sur les facteurs qui aident la mère à ne pas sombrer dans la dépression et qui protègent les jeunes enfants des effets de la dépression maternelle.

Les démarches comportant des interventions, comme les visites à domicile par une infirmière, qui ont connu du succès dans d'autres contextes présentant des risques élevés,¹³ pourraient s'avérer efficaces auprès des mères qui viennent d'accoucher. Les femmes qui ont des antécédents de dépression ou qui souffrent de stress attribuable à de multiples facteurs psychosociaux ou liés à la santé pourraient particulièrement bénéficier des visites à domicile. Les interventions qui ciblent à la fois la dépression de la mère et la relation entre la mère et l'enfant⁷ pourraient aussi avoir un effet salubre pendant les premiers mois de vie du bébé, mais surtout un peu plus tard, lorsque

l'enfant devient plus « difficile » à mesure qu'il développe son autonomie et son identité.

Conclusions

La dépression est assez courante chez les femmes enceintes et, lorsqu'elle persiste et présente des symptômes sévères, elle peut avoir des conséquences sur la relation entre la mère et l'enfant ainsi que sur le développement social, affectif et cognitif du jeune enfant. Une dépression grave et chronique chez la mère est souvent associée à une série d'autres facteurs de risque, comme des antécédents dépressifs personnels et familiaux, du stress lié à la relation de couple, à la situation financière ou à la santé ou encore des problèmes liés à l'accouchement, à la santé du bébé ou à son développement. Toutefois, lorsque la mère dépressive peut compter sur un soutien social adéquat et qu'elle parvient à accorder son attention à son bébé, l'enfant peut être protégé des effets dommageables de la dépression maternelle.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Les décideurs politiques et les intervenants de première ligne, surtout les pédiatres, le personnel infirmier et les obstétriciens, doivent être sensibilisés aux conséquences de la dépression post-partum et autres formes de cette maladie chez les mères de jeunes enfants. Les programmes qui aident les mères et les pères à se préparer à leur rôle de parents, surtout lorsqu'il s'agit de leur premier enfant, et qui fournissent un soutien et des encouragements aux nouveaux parents pourraient prévenir l'apparition de la dépression ou en réduire les symptômes. Par ailleurs, même si la participation des pères a augmenté au cours des 15 dernières années, les programmes qui encouragent les pères à s'investir davantage dans les soins et l'éducation de leurs enfants pourraient encore être nécessaires dans certains milieux. Il faut aussi rendre plus accessibles les programmes de traitement, y compris les visites à domicile par des infirmières et les interventions qui ciblent non seulement la dépression de la mère, mais aussi l'enfant et la famille. En même temps, il est important de rassurer les mères qui ressentent de brefs symptômes dépressifs post-partum tout de suite après l'accouchement et de leur fournir un soutien puisque, dans la plupart des cas, les symptômes ne seront que passagers. C'est pourquoi les intervenants doivent bien connaître l'évolution des premiers symptômes de la dépression maternelle et être en mesure de suggérer des interventions pertinentes lorsqu'elles sont nécessaires.

Références

1. Campbell SB. *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.

2. Kessler RC. The epidemiology of depression among women. In: Keyes CL, Goodman SH, eds. *Women and depression: A handbook for the social, behavior, and biomedical sciences*. New York: Cambridge University Press; 2006:22-37.
3. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37-54.
4. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.
5. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
6. Howell EA, Mora PA, DiBonaventura MD, Leventhal H. Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health* 2009;12(2):113-120
7. Clark R, Tluczek A, Brown R. A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(5):514-536.
8. NICHD Early Child Care Research Network. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child outcomes at 36 months. *Developmental Psychology* 1999;35(5):1297-1310.
9. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology* 2004;16(2):231-252.
10. Dawson G, Ashman SB, Panagiotides H, Hessel D, Self J, Yamada E, Embry L. Preschool outcomes of children of depressed mothers: Role of maternal behavior, contextual risk, and children's brain activity. *Child Development* 2003;74(4):1158-1175.
11. Goodman JH. Influence of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal* 2008;29(6):624-643.
12. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical Practice: Postpartum depression. *New England Journal of Medicine* 2002;347(3):194-199.
13. Olds D, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children* 1999;9(1):44-65.

Incidence de la dépression périnatale sur le développement des enfants : une perspective développementale

Sherryl H. Goodman, Ph.D.

Université Emory, États-Unis

Janvier 2024, Éd. rév.

Introduction

La dépression périnatale chez les mères, c'est-à-dire la dépression qui se manifeste pendant la grossesse ou après l'accouchement, parmi les personnes qui s'identifient comme des femmes, constitue une préoccupation pour toutes les personnes en relation avec des familles qui en sont touchées. En effet, elle est une source d'inquiétude puisqu'il est reconnu qu'une grossesse saine et des soins affectueux et attentifs prodigués par la mère après la naissance jouent un rôle essentiel dans le développement du fœtus et du nourrisson et que la dépression maternelle peut lui nuire. De plus en plus d'études révèlent les liens entre la dépression périnatale de la mère et le développement psychologique du nourrisson et du jeune enfant. La recherche s'est concentrée sur les résultats qui sont préoccupants en eux-mêmes et sur les vulnérabilités de développer des troubles psychiques plus tard ainsi que les mécanismes probables de la transmission intergénérationnelle de la dépression. Même s'il reste beaucoup de questions à élucider, il est malgré tout possible de tirer des conclusions concernant les effets de la dépression périnatale sur le développement de l'enfant et les implications pour les parents, les fournisseurs de services et les décideurs politiques.

Sujet

La dépression est fréquente, surtout chez les femmes. Pendant la grossesse, les taux d'épisodes de dépression majeure, tels qu'ils sont définis dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (le DSM 5), ainsi que les taux de symptômes dépressifs d'importance considérable d'un point de vue clinique et fondés sur les scores d'échelles d'évaluation psychométriques, varient de 10 à 25 %.¹ Ces chiffres sont plus élevés dans les études portant sur des femmes originaires de pays à revenu faible ou intermédiaire. Parmi les femmes qui ont connu au moins un épisode de dépression majeure avant leur première grossesse, la

proportion est encore plus élevée (77 %).² Les taux de dépression prénatale et postnatale sont semblables. Enfin, comme la dépression prénatale est l'un des facteurs prédictifs les plus fiables de la dépression postnatale, c'est-à-dire que la dépression périnatale commence souvent pendant la grossesse ou avant la conception,^{3,4} de nombreux enfants y sont exposés à la fois pendant leur développement intra-utérin et au stade de nourrisson.

Problèmes

Du point de vue du développement, il est important d'examiner le moment où l'enfant est exposé à la dépression maternelle, surtout lorsque celle-ci présente des risques précis pour le développement et de vérifier les mécanismes par lesquels ils peuvent se concrétiser ainsi que les facteurs de résilience qui permettent aux enfants plus âgés de se prémunir contre eux. Il est particulièrement inquiétant de savoir que les enfants de mères dépressives peuvent acquérir très tôt une prédisposition à la dépression ou à d'autres problèmes qui surgiront plus tard. La dépression prénatale peut non seulement modifier le développement des systèmes biologiques associés au stress chez le fœtus, mais aussi accroître le risque de complications pendant la grossesse et l'accouchement.⁵ La dépression postnatale peut devenir un facteur de stress en début de vie car il est établi que la mère qui en souffre est moins portée à prodiguer à son nourrisson les soins attentifs et chaleureux dont il a besoin pour créer des liens d'attachement sains, développer les aptitudes nécessaires à la maîtrise des émotions, ainsi qu'acquérir des habiletés sociales et des mécanismes régulateurs du stress.^{6,7} Les facteurs de stress présents tôt dans la vie, comme ceux qui sont liés à la dépression maternelle, peuvent avoir une incidence sur le développement du cerveau, lequel se poursuit à une vitesse accélérée pendant plusieurs années après la naissance.^{8,9} Les problèmes touchant l'un ou l'autre des aspects du développement susmentionnés peuvent nuire au développement socioaffectif et cognitif dans les premiers stades de l'enfance, ce qui peut rendre l'enfant sujet à la dépression et à d'autres troubles plus tard.

Contexte de la recherche

La recherche sur le développement des enfants exposés à la dépression périnatale découle et bénéficie d'un ensemble de travaux qui portent sur le contexte global dans lequel s'inscrit la dépression périnatale, y compris les affections comorbides (p. ex., l'anxiété et la toxicomanie), les problèmes corrélatifs (p. ex., les troubles conjugaux) et les difficultés associées au milieu élargi (p. ex., les facteurs de stress d'ordre économique).^{10,11}

Questions clés pour la recherche

Des chercheurs ont axé leurs études sur les effets de la dépression prénatale ou postnatale sur le développement de l'enfant au stade du nourrisson et de l'enfant et aux stades ultérieurs. D'autres ont examiné surtout sur les effets combinés de la dépression avant et après la naissance.

Certaines questions importantes ont fait l'objet de recherches, notamment : a) les effets de la dépression maternelle sur le développement au stade de nourrisson et aux stades ultérieurs selon que l'enfant est exposé à la maladie avant, après ou avant et après sa naissance, b) les principaux mécanismes ou médiateurs qui permettent d'expliquer ces effets, c) les modérateurs de ces associations, comme le fait que certains enfants sont plus à risque que d'autres, notamment en tenant compte des qualités des parents, des enfants et de l'environnement. Le modèle intégratif de Goodman et Gotlib a servi de cadre organisationnel pour la plupart de ces travaux.^{12,13}

Résultats récents de la recherche

Conformément aux mécanismes théoriques, la dépression prénatale est liée à l'accouchement prématuré, à la régulation du comportement neurologique des nourrissons, y compris leur aptitude à prêter attention à des stimuli visuels et auditifs et leur niveau général de vivacité intellectuelle, qui ont été évalués au moyen de l'échelle d'évaluation du comportement néonatal.

¹⁴⁻¹⁷ Au-delà de la période néonatale, d'autres effets négatifs notés chez la progéniture évaluée se trouvent de l'agitation, des pleurs et des troubles du sommeil (ceux-ci persistant au-delà de 18 à 30 mois¹⁸) plus marqués, une plus grande asymétrie dans le tracé des électroencéphalogrammes (EEG) dans la région frontale,^{19,20} des taux de cortisol plus élevés,²¹ une plus faible variabilité de la fréquence cardiaque fœtale et une plus faible autorégulation chez le nourrisson âgé de trois mois,²² ainsi que divers aspects liés à son développement cérébral.²³⁻²⁶ Enfin, la dépression prénatale est associée à une augmentation des problèmes émotionnels et comportementaux à l'âge de 8 ou 9 ans.²⁷

La dépression post-partum a été associée à une série de problèmes de développement chez les nourrissons et les jeunes enfants,²⁸ dont un tempérament difficile chez le nourrisson, notamment une affectivité négative,²⁹ un attachement insécurisant,³⁰ des difficultés liées au développement cognitif et langagier,³¹ une faible estime de soi et d'autres lacunes sur le plan cognitif, de même que la dépression chez des enfants de cinq ans³² et de mauvaises relations avec les pairs pendant la petite enfance.³³

Même si beaucoup de théories ont été élaborées à partir d'études sur les animaux qui soutiennent que le cortisol agit comme médiateur dans la relation entre la dépression prénatale et ce qui est observé chez le nourrisson ou l'enfant, les données à cet égard ne sont pas convergentes et ont été obtenues principalement de façon indirecte. D'abord, les tests d'association entre la dépression et le cortisol pendant la grossesse ont généré des résultats mitigés ou insuffisants.³⁴ Toutefois, une étude récente portant sur une cohorte de naissance a révélé de fortes corrélations entre les niveaux de cortisol capillaire à l'accouchement et une dépression prénatale systématiquement marquée, révélant ainsi que des indices cumulatifs ou de trajectoire associés à la dépression prénatale jouent un rôle important.³⁵ Ensuite, les études qui ont porté soit sur le lien direct entre le taux de cortisol maternel pendant la grossesse et les éléments observés chez les nourrissons et les enfants, soit sur le rôle du cortisol durant la période prénatale en tant que médiateur entre la dépression avant la grossesse et les effets subséquents constatés ont donné des résultats variés, bien qu'ils aient bénéficié récemment d'un certain soutien.^{36,37} À l'inverse, de plus en plus de données mettent en évidence le rôle de médiateur que jouent certaines caractéristiques de la progéniture dans la transmission intergénérationnelle du risque de dépression chez la mère, et notamment de la dépression prénatale. Par exemple, des symptômes de dépression élevés chez les femmes enceintes ont été associés à une maturation neuronale moindre dans la région pariétale du nourrisson âgé de 4 mois (régions qui assurent les fonctions sociocognitives). Ceci a par la suite été associé à un tempérament d'affectivité négative plus important chez le nourrisson.³⁸

Les principaux mécanismes qui jouent un rôle dans le rapport entre la dépression postnatale et le développement des jeunes enfants sont les problèmes de conduites parentales et le niveau élevé de stress, deux éléments étroitement liés à la dépression chez la femme. Des études de plus en plus nombreuses montrent que les habiletés parentales et le stress ou l'adversité sont des médiateurs de l'association entre la dépression postnatale et les problèmes de développement de l'enfant.^{7,39,40} La dépression mine les habiletés parentales reconnues comme étant liées au bon développement des nourrissons et des jeunes enfants, puisqu'elle est associée à un style de conduites parentales fort probablement stressant pour les enfants (p. ex., indifférence/désengagement, hostilité/critique ou imprévisibilité).⁴¹ Les conflits de couple⁶ sont d'autres mécanismes qui ont fait l'objet de recherches empiriques concluantes. Des tests de plus en plus nombreux sur les mécanismes de transmission intergénérationnelle de la dépression révèlent la complexité des modèles prédictifs. En guise d'exemple, Sellers et coll.⁴² ont prouvé de façon empirique que l'hostilité et la tendresse manifestées par la mère constituent des

médiateurs de l'association entre la gravité de la dépression de celle-ci et le risque de troubles psychologiques chez son enfant, ce risque étant atténué par la présence de symptômes de comportement antisocial cooccurrents chez la mère.

Étant donné que les femmes souffrant de dépression prénatale sont fréquemment aussi touchées par la dépression postnatale, beaucoup d'enfants sont doublement exposés à cette affection. Cette exposition répétée au cours de la grossesse et après l'accouchement est plus nuisible que l'une ou l'autre des expositions considérées de façon isolée.⁴³ De façon plus générale, la chronicité est associée à des résultats plus négatifs.^{43,44}

Lacunes de la recherche

Bien que la dépression périnatale et ses répercussions sur les enfants soient de mieux en mieux comprises, de nombreuses questions restent encore sans réponse. Il convient de mener des études longitudinales pour tester les mécanismes particuliers susceptibles d'expliquer ces associations et les voies par lesquelles la dépression, qui commence pendant la grossesse, en vient à être associée à des résultats néfastes chez les enfants. Des plans d'étude et des approches d'analyse de plus en plus élaborés permettent de tester la façon dont ces mécanismes sont susceptibles d'interagir, et ce, de différentes manières, à diverses étapes du développement.

De plus, d'autres études sont nécessaires pour déterminer les enfants de parents atteints de dépression périnatale qui sont plus, ou moins, susceptibles de connaître des difficultés, que ce soit en raison de leurs propres caractéristiques, comme le sexe, de celles de leurs parents, comme la gravité de la dépression ou des affections comorbides, ou de facteurs liés au milieu, comme la pauvreté. Il importe également d'étudier en tant qu'éventuels modérateurs les gènes **polymorphes** qui sont impliqués dans la dépression. La méthode de l'appariement des coefficients de propension semble prometteuse en vue de mettre en évidence les différences entre les mères dépressives et celles qui ne le sont pas, différences qui ont une incidence sur les enfants.⁴⁵ Nous devons donc accorder une plus grande attention à la variabilité, en commençant par la caractérisation de nos échantillons de mères dépressives en ce qui concerne les comorbidités, les corrélats et l'évolution de la maladie. De façon générale, il faut mener plus d'études d'un point de vue développemental comportant plusieurs évaluations de la dépression périnatale, à divers intervalles, qui permettra d'évaluer par un processus transactionnel la façon dont les facteurs liés à l'enfant peuvent contribuer au développement et à la persistance de la dépression chez la mère.⁴⁶ En outre, il est indispensable de reconnaître et d'inclure dans nos études les personnes transgenres et celles dont le genre est expansif pendant la grossesse et la période postnatale.

Conclusions

La dépression périnatale est liée à divers problèmes touchant de nombreux aspects du fonctionnement chez les nourrissons et les jeunes enfants, ce qui accroît chez eux le risque de dépression ou d'autres troubles plus tard. Il peut s'agir aussi bien de dysfonctionnement affectif et interpersonnel que d'anomalies **neuroendocrines** et de l'asymétrie frontale dans le tracé d'EEG. Même si, jusqu'ici, la plupart des études sur la dépression périnatale ont davantage porté sur la dépression postnatale, certaines qui ont également évalué la dépression prénatale révélant que cette dernière est au moins en partie la cause de certains des effets antérieurement attribués à la dépression postnatale. La qualité des conduites parentales et les milieux stressants sont des mécanismes qui jouent un rôle, du moins en partie, dans le rapport entre la dépression postnatale et les problèmes de développement du jeune enfant. Des mécanismes commencent à apparaître pour expliquer les associations entre la dépression prénatale et les problèmes des jeunes enfants. Les processus transactionnels aident à expliquer les nombreux effets négatifs successifs, comme le fait qu'une mère souffrant de dépression pendant sa grossesse mette au monde un bébé difficile qui lui donnera du fil à retordre alors qu'elle est déjà fragile, ce qui pourra la conduire à sombrer de nouveau dans la dépression. Bien qu'il n'en ait pas été question ici, il est bien souvent possible de prévenir et de soigner la dépression, y compris la dépression périnatale.

Implications : parents, services et politiques

Les résultats présentés sont importants pour les parents, car ils peuvent les aider à comprendre que la dépression périnatale doit être prise au sérieux, évaluée et soignée. Les femmes qui ont des antécédents de dépression pourraient bénéficier d'interventions préventives lorsqu'elles tombent enceintes ou envisagent de le devenir, ce qui pourrait réduire les risques qu'elles souffrent de dépression périnatale. Les membres de la famille peuvent aider en reconnaissant les premiers signes de la dépression périnatale, en fournissant du soutien et en réduisant au minimum les obstacles qui empêchent de recevoir des soins, y compris ceux d'ordre pratique ainsi que les préjugés. Les prestataires de services qui travaillent auprès de femmes enceintes ou ayant nouvellement accouché jouent un rôle clé, non seulement parce qu'ils peuvent aider à dépister la dépression périnatale, mais aussi parce qu'ils peuvent faciliter l'accès rapide à des soins efficaces et suivre le développement des nourrissons. De nombreux traitements existent. Un rapport du National Research Council et de l'Institute of Medicine of the National Academies comporte de nombreuses recommandations à l'intention des décideurs politiques.⁴⁷

Références

1. Roddy Mitchell A, Gordon H, Lindquist A, et al. Prevalence of perinatal depression in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2023;80(5):425-431.
2. Kiewa J, Meltzer-Brody S, Milgrom J, et al. Lifetime prevalence and correlates of perinatal depression in a case-cohort study of depression. *BMJ Open* 2022;12(8):e059300.
3. Johansen SL, Stenhaug BA, Robakis TK, Williams KE, Cullen MR. Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: a nationwide cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2020;81(1):19m12929.
4. Wilcox M, McGee BA, Ionescu DF, et al. Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum period: results from a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health* 2020;24(1):119-131.
5. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health* 2020;20(1):173.
6. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet* 2014;384(9956):1800-1819.
7. Goodman SH, Simon HFM, Shamblaw AL, Kim CY. Parenting as a mediator of associations between depression in mothers and children's functioning: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2020;23(4):427-460.
8. Wu Y, Espinosa KM, Barnett SD, et al. Association of elevated maternal psychological distress, altered fetal brain, and offspring cognitive and social-emotional outcomes at 18 months. *JAMA Network Open* 2022;5(4):e229244-e229244.
9. Sethna V, Siew J, Gudbrandsen M, et al. Maternal depression during pregnancy alters infant subcortical and midbrain volumes. *Journal of Affective Disorders* 2021;291:163-170.
10. Pelham WE, West SG, Lemery-Chalfant K, et al. Depression in mothers and the externalizing and internalizing behavior of children: An attempt to go beyond association. *Journal of Abnormal Psychology* 2021;130(1):60-77.
11. Goodman SH, Tully EC. Recurrence of depression during pregnancy: Psychosocial and personal functioning correlates. *Depression and Anxiety* 2009;26(6):557-567.

12. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
13. Goodman SH. Intergenerational transmission of depression. *Annual Review of Clinical Psychology* 2020;16:213-238.
14. Brazelton TB. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Philadelphia, PA: Lippincott; 1984.
15. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M. Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior and Development* 2005;28(2):155-164.
16. Goodman SH, Rouse MH, Long Q, Ji S, Brand SR. Deconstructing antenatal depression: What is it that matters for neonatal behavioral functioning? *Infant Mental Health Journal* 2011;32(3):339-361.
17. Smith A, Twynstra J, Seabrook JA. Antenatal depression and offspring health outcomes. *Obstetric Medicine* 2020;13(2):55-61.
18. O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, et al. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development* 2007;83(7):451-458.
19. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal predictors of maternal and newborn EEG. *Infant Behavior and Development* 2004;27(4):533-536.
20. Goodman SH, Liu R, Lusby CM, et al. Consistency of EEG asymmetry patterns in infants of depressed mothers. *Developmental Psychobiology* 2021;63(4):768-781.
21. Peterson GF, Espel EV, Davis EP, Sandman CA, Glynn LM. Characterizing prenatal maternal distress with unique prenatal cortisol trajectories. *Health Psychology* 2020;39(11):1013-1019.
22. Pinto TM, Nogueira-Silva C, Figueiredo B. Fetal heart rate variability and infant self-regulation: The impact of mother's prenatal depressive symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2023. doi:10.1080/02646838.2023.2257730
23. Hashempour N, Tuulari JJ, Merisaari H, et al. Prenatal maternal depressive symptoms are associated with neonatal left amygdala microstructure in a sex-dependent way. *European Journal of Neuroscience* 2023;57(10):1671-1688.
24. Rotem-Kohavi N, Virji-Babul N, Oberlander TF. Prenatal exposure to maternal depression is related to the functional connectivity organization underlying emotion perception in 8-10-

month-old infants—Preliminary findings. *Infant Behavior & Development* 2021;63:101545.

25. Acosta H, Tuulari Jj, Scheinin Nm, et al. Prenatal maternal depressive symptoms are associated with smaller amygdalar volumes of four-year-old children. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2020;304:111153.
26. Lee A, Poh JS, Wen DJ, et al. Long-term influences of prenatal maternal depressive symptoms on the amygdala-prefrontal circuitry of the offspring from birth to childhood. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging* 2019;4(11):940-947.
27. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(12):1367-1374.
28. Murray L, Halligan S, Cooper P. Postnatal depression and young children's development. In: Zeanah C, ed. *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford Publications; 2018:172-186.
29. Spry EA, Aarsman SR, Youssef GJ, et al. Maternal and paternal depression and anxiety and offspring infant negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Review* 2020;58:100934.
30. Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E. The effect of maternal depression on infant attachment: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(8):2675.
31. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child & Family Psychology Review* 2006;9(1):65-83.
32. Murray L, Woolgar M, Cooper P, Hipwell A. Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):891-899.
33. Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999;40(8):1259-1271.
34. Orta OR, Gelaye B, Bain PA, Williams MA. The association between maternal cortisol and depression during pregnancy, a systematic review. *Archives of Women's Mental Health* 2018;21(1):43-53.

35. Mustonen P, Karlsson L, Kataja EL, et al. Maternal prenatal hair cortisol is associated with prenatal depressive symptom trajectories. *Psychoneuroendocrinology* 2019;109:104383.
36. Osborne S, Biaggi A, Chua TE, et al. Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through increased maternal inflammation and cortisol in pregnancy: The Psychiatry Research and Motherhood–Depression (PRAM-D) Study. *Psychoneuroendocrinology* 2018;98:211-221.
37. Graham AM, Rasmussen JM, Entringer S, et al. Maternal cortisol concentrations during pregnancy and sex-specific associations with neonatal amygdala connectivity and emerging internalizing behaviors. *Biological Psychiatry* 2019;85(2):172-181.
38. Kling JL, Mistry-Patel S, Peoples SG, Caldera DR, Brooker RJ. Prenatal maternal depression predicts neural maturation and negative emotion in infants. *Infant Behavior and Development* 2023;70:101802.
39. Cummings EM, Cheung RYM, and Davies PT. Prospective relations between parental depression, negative expressiveness, emotional insecurity, and children’s internalizing symptoms. *Child Psychiatry and Human Development* 2013;44(6):698-708.
40. Sullivan ADW, Forehand R, Vreeland A, Compas BE. Does parenting explain the link between cumulative ses risk and child problems in the context of parental depression? *Child Psychiatry & Human Development* 2022;53(2):330-341.
41. Hazell Raine K, Nath S, Howard LM, et al. Associations between prenatal maternal mental health indices and mother–infant relationship quality 6 to 18 months’ postpartum: A systematic review. *Infant Mental Health Journal* 2020;41(1):24-39.
42. Sellers R, Harold GT, Elam K, et al. Maternal depression and co-occurring antisocial behaviour: testing maternal hostility and warmth as mediators of risk for offspring psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2014;55(2):112-120.
43. Morgan JE, Channon S, Penny H, Waters CS. Longitudinal studies examining the impact of prenatal and subsequent episodes of maternal depression on offspring antisocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2021;30(1):5-40.
44. Morales MF, Girard LC, Raouna A, MacBeth A. The association of different presentations of maternal depression with children’s socio-emotional development: A systematic review. *PLOS Global Public Health* 2023;3(2):e0001649.

45. Joyner B, Beaver KM. Maternal depression and child and adolescent problem behaviors: a propensity score matching approach. *Psychiatric Quarterly* 2021;92(2):655-674.
46. Goodman SH. Depression in family relationships. In: Overall NC, Simpson JA, Lavner JA, eds. *Research handbook on couple and family relationships*. Camberley Surrey, UK: Edward Elgar Publishing Limited; 2024.
47. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children, England MJ, Sim LJ, eds. *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.

La dépression maternelle

¹Andrew J. Ross, M.A., ¹Sheree L. Toth, Ph.D., ²Jack Peltz, Ph.D.

¹Mt. Hope Family Center, University of Rochester, États-Unis, ²SUNY Brockport, États-Unis

Octobre 2023, Éd. rév.

Introduction

La dépression maternelle représente un lourd fardeau tant pour la personne qui en souffre que pour les gens qui l'entourent.^{1,2,3,4} Lorsqu'une mère est atteinte de dépression, ses proches sont également plus vulnérables. En effet, des études ont recensé les effets pernicioeux de la dépression maternelle sur les rapports conjugaux,^{5,6} le rôle parental^{7,8,9} et la relation mère-enfant.^{10,11,12} Qui plus est, ces effets se répercutent au-delà de la période de dépression de la mère. À long terme, ils peuvent influencer sur la manière dont les enfants s'en tirent dans la vie,^{13,14} être une cause de divorce,¹⁵ voire entraîner la perpétuation de ce cycle chez les générations futures.^{16,17} Comme la dépression est un trouble à forte récurrence qui est particulièrement fréquent pendant les années de fécondité de la femme, il importe, du point de vue de la santé publique, de bien comprendre la dépression maternelle et de la traiter de manière appropriée.

Sujet

Environ 33 % des femmes souffriront de dépression avant l'âge de 65 ans.¹⁸ Les mères qui en sont atteintes sont ainsi plus à risque de développer un attachement non sécurisant avec leurs enfants^{19,20,21} et d'avoir des rapports parents-enfants dysfonctionnels,^{7,8} tandis que leurs enfants sont davantage susceptibles de présenter des problèmes comportementaux d'intériorisation ou d'extériorisation.^{22,23} Or, même si ces risques existent, il importe de souligner que la dépression maternelle ne va pas nécessairement engendrer des conséquences néfastes chez les enfants. Plusieurs ont d'ailleurs affiché un développement positif manifeste, y compris un lien d'attachement sécurisant avec leur mère dépressive.²⁴

Problèmes

La recherche portant sur la dépression maternelle et ses répercussions sur les proches continue de se heurter à de nombreuses difficultés.

- Les questions liées à la dépression maternelle et à l'adaptation des enfants n'ont pas toujours été au cœur de la recherche. Cependant, des recherches approfondies ont démontré en quoi certains facteurs spécifiques liés à la dépression maternelle (par exemple le moment du développement de l'enfant où celle-ci apparaît^{25,26} ou bien sa gravité²⁷) peuvent avoir des répercussions vraiment différentes sur l'enfant.
- Depuis longtemps, les principaux modèles d'effets qui tentent simplement de déterminer si des conséquences néfastes se manifestent chez les enfants et dans quels domaines de leur développement elles apparaissent sont le point central de la recherche. L'étude des processus et des mécanismes qui sous-tendent ces effets est moins courante.
- Comme les répercussions négatives qui découlent de la dépression maternelle ne sont pas uniques à ce phénomène, il faut se demander si c'est la dépression en soi qui contribue au développement négatif de l'enfant ou si ce sont plutôt certaines caractéristiques particulières du comportement parental.
- Les chercheurs se sont beaucoup moins penchés sur les influences bidirectionnelles qui peuvent prolonger ou exacerber la dépression maternelle. Par exemple, si l'enfant souffre d'un trouble émotionnel ou d'une maladie, la dépression de la mère peut être plus difficile à traiter.²⁸
- Bien qu'il y ait des exceptions,^{29,30} trop peu d'efforts sont faits pour prévenir les répercussions négatives de la dépression maternelle sur l'enfant.

Contexte de la recherche

En raison des nombreux effets de la dépression maternelle, la recherche sur ce phénomène doit porter sur de multiples domaines. Au-delà des études sur les répercussions directes de la dépression maternelle sur le rôle parental, les rapports conjugaux et la manière dont les enfants s'en tirent dans la vie, de nombreux travaux axés sur les processus ont examiné, par exemple, la manière dont la dépression maternelle influe sur l'interaction mère-enfant ou sur le développement d'un attachement sécurisant entre la mère et le nourrisson.³¹ De récentes études sur la dépression maternelle ont également traité de l'interaction entre le génotype de l'enfant et l'influence du milieu pour cerner les mécanismes possibles par l'intermédiaire desquels les proches de la mère dépressive sont touchés.³⁴ De plus, des études d'intervention ont mis en lumière des traitements efficaces contre la dépression maternelle et ses séquelles.³² Elles ont aussi permis de comprendre dans leur intégralité les mécanismes par lesquels la dépression

maternelle a une incidence sur les autres membres de la famille. Il importe de souligner qu'un nombre croissant d'études sur la dépression maternelle ont tenu compte des pères afin de mieux comprendre tous les processus dynamiques qui agissent simultanément avec la dépression de la mère.³⁴

Questions clés pour la recherche

Étant donné la diversité des mécanismes et des modérateurs qui contribuent à engendrer des répercussions variées chez les enfants exposés à la dépression maternelle, il est de plus en plus important que la recherche fasse intervenir plusieurs niveaux d'analyse pour comprendre les effets de cette dépression chez les enfants.³⁵ Une telle approche devrait tenir compte de facteurs psychologiques, neurobiologiques, génétiques et contextuels. Comme le taux de comorbidité entre la dépression maternelle et d'autres troubles mentaux est élevé, des efforts accrus doivent être déployés pour comprendre l'influence de ce phénomène chez les enfants de mères dépressives. En outre, des modèles d'intervention et des méthodes permettant d'en évaluer l'efficacité doivent être élaborés en fonction des disparités entre les populations sur les plans économique, racial et ethnique. Il faut également examiner les relations complexes qui interviennent entre les divers systèmes du milieu environnant (individuel, familial, scolaire, communautaire) et qui contribuent à l'adaptation ou aux difficultés d'adaptation chez les enfants de mères dépressives.

Résultats récents de la recherche

De plus en plus, la recherche sur la dépression maternelle tient compte de l'influence paternelle sur les conséquences du trouble en question. Étant donné le peu de recherches cliniques à s'être penchées sur les pères,³⁶ la prise en considération de cette facette permettrait de broser un tableau plus complet de la manière dont la dépression maternelle influe sur le système familial. Des recherches méta analytiques sur la psychopathologie des mères par rapport à celle des pères indiquent que la dépression maternelle serait plus étroitement liée à des problèmes d'intériorisation chez l'enfant, et non d'extériorisation, que lorsque ce sont les pères qui souffrent de dépression.³⁷ De plus, lorsque le père présente une psychopathologie, la dépression maternelle est liée de façon significative à des problèmes comportementaux d'intériorisation et d'extériorisation chez le jeune enfant.³⁸ À l'inverse, l'engagement du père au cours de la petite enfance atténuerait la relation entre la dépression maternelle et le comportement d'intériorisation chez l'enfant.³⁵ Plus récemment, il a été montré que l'implication du père au sein de la cellule

familiale permet de modérer les effets de la dépression maternelle sur la cohésion de la famille. En particulier, lorsque les pères montrent une plus grande sensibilité, sont moins intrusifs, mais s'impliquent davantage envers les enfants, les effets de la dépression maternelle sur la cohésion familiale semblent s'atténuer.³⁴

De récentes études ont examiné les mécanismes par lesquels la dépression maternelle touche les proches.^{9,39} En tenant compte de la relation d'attachement fondamentale qui existe entre le jeune enfant et la personne qui lui prodigue des soins, les données indiquent que l'attachement sécurisant modifie légèrement le rapport entre les symptômes dépressifs et les représentations parentales négatives.⁴⁰ En outre, la dépression maternelle atténuerait le lien entre l'attachement non sécurisant et les effets des programmes à domicile à l'intention des mères et des jeunes enfants à risque.⁴¹

D'autres récentes études ont aussi démontré les conséquences possibles de la dépression maternelle sur le comportement de l'enfant. Il a été constaté que l'atténuation de la dépression maternelle à la suite d'une intervention entraînait une amélioration des problèmes comportementaux d'intériorisation et d'extériorisation chez l'enfant, en tenant compte des effets médiateurs probables découlant d'un rôle parental positif.⁴² D'autres études encore plus récentes ont également révélé les effets transactionnels de la dépression maternelle, mettant au jour une relation bidirectionnelle entre la dépression maternelle et l'irritabilité⁴³ et le comportement oppositionnel de l'enfant,⁴⁴ cette relation étant médiée par le contrôle inhibiteur de l'enfant. En outre, il a été montré que la dépression maternelle influe sur la physiologie de l'enfant.^{45,46}

À la lumière des recherches en cours, qui mettent en évidence les disparités d'ordre racial et ethnique vis-à-vis des difficultés sur le plan de la santé mentale et de l'accès aux soins,^{47,48} il existe un sous-groupe de recherche sur la dépression maternelle qui examine les tendances, les effets et le traitement de la dépression maternelle en prenant en compte les dimensions raciale et ethnique. En particulier, il a été démontré que les familles de couleur sont bien plus confrontées à certaines situations que les familles blanches, qu'il s'agisse de discrimination,⁴⁹ de racisme,⁵⁰ de pauvreté,⁵¹ d'un accès plus limité aux soins de santé⁵² ou encore de dépression pendant la grossesse.⁵³ Cependant, dans le contexte bien particulier de la dépression maternelle, les résultats relatifs au risque de dépression parmi les mères de différents groupes raciaux ou ethniques sont mitigés. En effet, certaines études suggèrent que les mères noires et hispaniques ont moins de risque d'être sujettes à la dépression que les mères blanches.⁵⁴ À l'inverse, d'autres études empiriques ont montré que les taux de dépression étaient plus élevés chez les mères issues de

minorités raciales et ethniques.^{55,56,57}

Lacunes de la recherche

En dépit des progrès réalisés au cours des dernières années en ce qui a trait à la compréhension des mécanismes et des processus par lesquels la dépression maternelle a une incidence sur les enfants, il reste de nombreuses lacunes à combler. Plus précisément, il faut mener des études axées sur la théorie et le développement qui tiennent compte de la difficulté de saisir les processus par lesquels la dépression maternelle retentit sur les enfants. Plus particulièrement, l'adoption d'approches fondées sur divers niveaux d'analyse permettrait de broser un tableau plus complet du développement des enfants de mères dépressives.³⁷ Le recours à des méthodes de génétique moléculaire, à des techniques de neuroimagerie et à des paradigmes de réactivité au stress, combiné à l'utilisation de variables psychologiques, approfondirait également notre compréhension de l'accroissement des risques et de la résilience chez les enfants de mères dépressives. L'intégration de telles approches dans la conception et l'évaluation des interventions de prévention est particulièrement cruciale, parce que ces méthodes vont non seulement nous aider à mieux cerner les mécanismes d'intervention efficaces, mais également à mettre en lumière les modèles théoriques liés à des répercussions saines ou pathologiques.^{58,59}

Conclusions

En résumé, la dépression maternelle représente un lourd fardeau, non seulement pour la personne qui en souffre, mais également pour ses proches et la société dans son ensemble. Les études actuelles sur le sujet ont élargi leur portée et examinent non plus uniquement les principales répercussions de la dépression maternelle, mais également l'incidence de celle-ci sur la sphère familiale dans son ensemble. Les études d'intervention ont montré que la dépression des mères pouvait être traitée de façon efficace et que ses effets néfastes sur les proches de la personne atteinte, notamment sur ses enfants, pouvaient être atténués, même renversés. À l'heure actuelle, des méthodes de recherche encore plus élaborées sont employées pour examiner la relation entre la vulnérabilité de la mère à la dépression et le milieu au sens large, l'influence de la dépression maternelle sur la neurophysiologie de la mère et sur celle de l'enfant et la résilience des proches, en particulier celle des enfants, face à la dépression de la mère. Compte tenu de la probabilité croissante que les mères fassent une dépression et de la stigmatisation dont elles peuvent être victimes si elles souffrent d'un tel trouble, des études sur le sentiment de stigmatisation des mères et leur accessibilité aux traitements sont essentielles.

Implications pour les parents, les services et la politique

Toutes les études soulignent les effets perniciox que peut engendrer la dépression maternelle tant chez la personne qui en souffre que chez les enfants et les proches ainsi que pour la société dans son ensemble. C'est pourquoi il est essentiel de se pencher sur la stigmatisation qui empêche les femmes de recevoir un diagnostic et des services de santé mentale lorsque la présence d'un trouble dépressif est confirmée.⁶⁰ Souvent, la dépression est dépistée dans des établissements de soins primaires. Il est donc essentiel que les praticiens reconnaissent la gravité du problème et le traitent. Or, trop souvent, lorsque traitement il y a, le contexte global dans lequel s'inscrit la patiente n'est pas pris en compte et il est rare que les autres membres de la famille y prennent part. Des études ont montré que le seul traitement de la dépression maternelle ne suffit pas à empêcher les effets négatifs chez les enfants,⁶¹ ce qui est particulièrement troublant étant donné que des stratégies de prévention efficaces existent.²⁹ Compte tenu des nombreuses recherches qui ont mis en lumière le rôle que jouent les rapports parents-enfants dans le développement de l'enfant, l'évaluation des habiletés parentales et le recours à des interventions ciblées en fonction du niveau de développement de l'enfant pourraient constituer un moyen particulièrement efficace d'atténuer les effets négatifs liés à la dépression maternelle. Enfin, les décideurs politiques et les compagnies d'assurance doivent reconnaître qu'il est avantageux de faire des efforts de prévention auprès des enfants de mères dépressives avant que ceux-ci ne souffrent d'un trouble mental pouvant faire l'objet d'un diagnostic.

Références

1. Goodman SH, Gotlib IH, eds. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
2. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin* 1990;108(1):50-76.
3. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology* 1998;10(2):283-300.
4. Cummings ME, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994;35(1):71-112.
5. Hanington L, Heron J, Stein A, Ramchandani P. Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development* 2012;38(4):520-529.

6. Najman JM, Khatun M, Mamun A, Clavarino A, Williams GM, Scott J, O'Callaghan M, Hayatbakhsh R, Alati R. Does depression experienced by mothers leads to a decline in marital quality: a 21-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2014;49(1): 121-132.
7. Azak S, Raeder S. Trajectories of parenting behavior and maternal depression. *Infant Behavior & Development* 2013;36(3):391-402.
8. Natsuaki MN, Shaw DS, Neiderhiser JM, Ganiban JM, Harold GT, Reiss D, Leve L D. Raised by depressed parents: is it an environmental risk? *Clinical Child and Family Psychology Review* 2014;17(4):357-367.
9. Turney K. Maternal depression and childhood health inequalities. *Journal of Health and Social Behavior* 2011;52(3):314-332.
10. Farmer AY & Lee SK. The effects of parenting stress, perceived mastery, and maternal depression on parent-child interaction. *Journal of Social Service Research* 2011;37(5):516-525.
11. Lefkovich E, Rigó J Jr, Kovács I, Talabér J, Szita B, Kecskeméti, A, Szabó L, Somogyvári Z & Baji I. Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2018;36(4):434-448.
12. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY & Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health (London, England)* 2019;15:1745506519844044.
13. Bagnier DM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR. Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010;49(7):699-707.
14. Kingston D, Tough S. Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. *Maternal and Child Health Journal* 2014;18(7):1728-1741.
15. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry* 1998;155(8):1092-1096.
16. Garber J, Cole DA. Intergenerational transmission of depression: A launch and grow model of change across adolescence. *Development and Psychopathology* 2010;22(4):819-830.

17. Roubinov D, Browne D, LeWinn KZ, Lisha N, Mason WA, Bush NR. Intergenerational transmission of maternal childhood adversity and depression on children's internalizing problems. *Journal of Affective Disorders* 2022;308:205-212.
18. Tam J, Mezuk B, Zivin K, Meza R. US simulation of lifetime major depressive episode prevalence and recall error. *American Journal of Preventive Medicine* 2020;59(2):e39-e47.
19. Badovinac S, Martin J, Guérin-Marion C, O'Neill M, Pillai Riddell R, Bureau JF, Spiegel R. Associations between mother-preschooler attachment and maternal depression symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2018;13(10):e0204374.
20. Gravener JA, Rogosch FA, Oshri A, Narayan AJ, Cicchetti D, Toth SL. The relations among maternal depressive disorder, maternal expressed emotion, and toddler behavior problems and attachment. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2012;40(5):803-813.
21. Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E. The effect of maternal depression on infant attachment: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(8):2675.
22. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM & Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2011;14(1):1-27.
23. Kingston D, Kehler H, Austin MP, Mughal MK, Wajid A, Vermeyden L, Benzies K, Brown S, Stuart S, Giallo R. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PloS One* 2018;13(4):e0195365.
24. Whittenburg PN, Stern JA, Brett BE, Straske MD, Cassidy J. Maternal depressive symptoms and child behavior problems: Attachment security as a protective factor. *Development and Psychopathology* 2023;35(2):678-688.
25. Evans J, Melotti R, Heron J, Ramchandani P, Wiles N, Murray L, Stein A. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 2012;53(6):632-640.
26. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2006;9(1):65-83.

27. Hammen C & Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(3):253-258.
28. Swartz HA, Frank E, Zuckoff A, Cyranowski JL, Houck PR, Cheng Y, Fleming D, Grote NK, Brent DA, Shear MK. Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers who children are receiving psychiatric treatment. *American Journal of Psychiatry* 2008;165(9):1155-1162.
29. Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TR, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology* 2007;21(4):703-713.
30. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Toddler-parent psychotherapy for depressed mothers and their offspring: Implications for attachment theory. In: Atkinson L, Goldberg S, eds. *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2004:229-275.
31. Duggan, AK, Berlin, LJ, Cassidy, J, Burrell, L, Tandon, SD. Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(4):788-799.
32. Araya R, Hu XZ, Heron J, Lewis G, Nutt D, Goldman D. Effects of stressful life events, maternal depression and 5-HTTLPR genotype on emotional symptoms in pre-adolescent children. *American Journal of Medical Genetics Part B-Neuropsychiatric Genetics*. 2009;150B(5):670-682.
33. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development* 1999;1(1):34-66.
34. Vakrat A, Apter-Levy Y & Feldman R. Fathering moderates the effects of maternal depression on the family process. *Development and Psychopathology* 2018;30(1):27-38.
35. Mezulis AH, Hyde JS, Clark R. Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology* 2004;18(4):575-588.
36. Cicchetti D, Dawson G. Editorial: Multiple levels of analysis. *Development and Psychopathology* 2002;14(3):417-420.

37. Phares V, Fields S, Kamboukos D, Lopez E. Still looking for poppa. *American Psychologist* 2005;60(7):735-736.
38. Connell A, Goodman S. The association between child internalizing and externalizing behavior problems and psychopathology in mothers versus fathers: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2002;128(5):746-773.
39. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry* 2007;164(10):1515-1520.
40. Shaw DS, Connell A, Dishion TJ, Wilson MN, Gardner F. Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development and Psychopathology* 2009;21(2):417-439.
41. Gross HE, Shaw DS, Burwell RA, Nagin DS. Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: A longitudinal study from early childhood to adolescence. *Development and Psychopathology*. 2009;21(1):139-156.
42. Herba CM, Glover V, Ramchandani PG, Rondon MB. Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry* 2016;3(10):983-992.
43. Wiggins JL, Mitchell C, Stringaris A, Leibenluft E. Developmental trajectories of irritability and bidirectional associations with maternal depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014;53(11):1191-1205.
44. Choe DE, Shaw DS, Brennan LM, Dishion TJ, Wilson MN. Inhibitory control as a mediator of bidirectional effects between early oppositional behavior and maternal depression. [published correction appears in Dev Psychopathol. 2015 Aug;27(3):943] *Development and Psychopathology* 2014;26(4 Pt 1):1120-1147.
45. Ulmer-Yaniv A, Djalovski A, Priel A, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Maternal depression alters stress and immune biomarkers in mother and child. *Depression and Anxiety* 2018;35(12):1145-1157.
46. Dougherty LR, Tolep MR, Smith VC, Rose S. Early exposure to parental depression and parenting: Associations with young offspring's stress physiology and oppositional behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013;41(8):1299-1310.

47. Cook BL, Trinh NH, Li Z, Hou SSY, Progovac AM. Trends in racial-ethnic disparities in access to mental health care, 2004–2012. *Psychiatric Services* 2017;68(1):9-16.
48. McGuire TG, Miranda J. New evidence regarding racial and ethnic disparities in mental health: Policy implications. *Health Affairs* 2008;27(2):393-403.
49. Sanders-Phillips K. Racial discrimination: A continuum of violence exposure for children of color. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2009;12(2):174-195.
50. Beck AF, Edwards EM, Horbar JD, Howell EA, McCormick MC, Pursley DM. The color of health: how racism, segregation, and inequality affect the health and well-being of preterm infants and their families. *Pediatric Research* 2020;87(2):227-234.
51. Roschelle AR. Our lives matter: The racialized violence of poverty among homeless mothers of color. *Sociological Forum* 2017;32(S1):998-1017.
52. González MJ. Access to mental health services: The struggle of poverty affected urban children of color. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2005;22:245-256.
53. Orr ST, Blazer DG, James SA. Racial disparities in elevated prenatal depressive symptoms among black and white women in eastern North Carolina. *Annals of Epidemiology* 2006;16(6):463-468.
54. Ertel KA, Rich-Edwards JW, Koenen KC. Maternal depression in the United States: Nationally representative rates and risks. *Journal of Women's Health* 2011;20(11):1609-1617.
55. Holloway K, Varner F. Maternal race-related stressors and African American adolescents' academic and behavioral outcomes. *Family Relations* 2021;70(2):603-618.
56. Wagner KM, Valdez CR. The relationship between maternal depression, externalizing and internalizing problems in children, and caregiving burden in urban low-income ethnic and racial minority families. *Child Psychiatry & Human Development* 2020;51(3):390-398.
57. Gump BB, Reihman J, Stewart P, Lonky E, Darvill T, Granger DA, Matthews KA. Trajectories of maternal depressive symptoms over her child's life span: Relation to adrenocortical, cardiovascular, and emotional functioning in children. *Development and Psychopathology* 2009;21(1):207-225.
58. Cicchetti D, Toth SL. Developmental psychopathology and preventive intervention. In: Damon W, Lerner RM, eds. *Handbook of child psychology*. 6th ed. New York, NY: J. Wiley; 2006: 497-547. Siegel IE, Renninger AK, eds. *Child psychology in practice*. vol 4.

59. Cicchetti D, Hinshaw SP. Editorial: Prevention and intervention science: Contributions for developmental theory. *Development and Psychopathology* 2002;14(4):667-671.
60. Hinshaw SP. *The Mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
61. O'Hara M, Gorman LL. Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry* 2004;11(3):42-47.

Traitement de la dépression post-partum

Peter Cooper, D.Phil., Lynne Murray, Ph.D., Sarah Halligan, D.Phil.

Winnicott Research Unit, University of Reading, Royaume-Uni

Mai 2010

Introduction

La dépression postnatale (DPN) est fréquente chez les mères, sa prévalence s'élevant à environ 13 %¹ dans les pays développés et étant encore plus forte dans certains milieux en développement.^{2,3,4} Une quantité considérable de données appuient le fait que la DPN réduit la capacité de la mère d'interagir de façon positive avec son bébé et plusieurs études révèlent que la DPN nuit au développement cognitif, comportemental et affectif de l'enfant.⁵ Il s'est avéré difficile de prédire la DPN avant la naissance de l'enfant⁶ et, quoi qu'il en soit, les interventions préventives ont été en grande partie inefficaces.⁷ Les chercheurs et les cliniciens se sont par conséquent tournés vers le traitement des symptômes manifestes de la DPN.

Sujet

La DPN est maintenant reconnue comme un important problème de santé publique en raison de la souffrance qu'elle inflige aux mères de même que des répercussions nocives générales qu'elle a sur la famille. C'est pourquoi on s'est beaucoup intéressé, ces dernières années, à l'élaboration et à l'évaluation de traitements contre la DPN, et plusieurs essais cliniques aléatoires ont été effectués. Il est important d'examiner attentivement les résultats de ces études afin de déterminer les services à offrir aux mères souffrant de DPN et à leurs enfants ainsi que de comprendre les processus causaux de la maladie.

Problèmes

La plupart des études sur le traitement de la DPN portent sur l'incidence de ce traitement sur l'humeur de la mère. De ce fait, peu de recherches ont examiné l'effet du traitement sur la relation mère-enfant et les risques concomitants sur le développement de l'enfant. Il est donc difficile d'évaluer la valeur clinique des résultats de recherche pour toute autre préoccupation qui ne se rapporte pas à l'humeur de la mère.

Contexte de la recherche

Il existe plusieurs bonnes études d'observation naturaliste qui portent sur l'incidence de la DPN sur la relation entre la mère et l'enfant, et l'architecture des problèmes de compétences parentales dans ce contexte est maintenant bien comprise; de même, les données qui font ressortir les répercussions de la DPN sur le développement de l'enfant sont détaillées et fiables.⁵ Plusieurs essais cliniques aléatoires visant à déterminer l'incidence du traitement sur la DPN ont également eu lieu.^{7,8} Toutefois, ils étaient principalement axés sur les effets du traitement sur l'humeur de la mère plutôt que sur la qualité de la relation entre la mère et l'enfant, ou sur le développement de l'enfant et peu d'entre eux ont fait l'objet d'un suivi.

Questions clés pour la recherche

1. L'administration d'un traitement particulier contre la DPN donne-t-elle de meilleurs résultats en ce qui concerne l'humeur de la mère que l'absence de traitement ou le traitement habituel?
2. Certains traitements contre la DPN sont-ils plus efficaces que d'autres pour améliorer l'humeur de la mère?
3. Les traitements contre la DPN améliorent-ils la qualité de la relation mère-enfant?
4. Les traitements contre la DPN favorisent-ils le développement de l'enfant (et dans l'affirmative, est-ce parce qu'ils améliorent la relation entre la mère et l'enfant)?

Résultats d'études récentes

La majorité des études sur le traitement sont surtout axées sur l'efficacité des *interventions de psychothérapie*. Un examen de divers essais cliniques aléatoires⁹ a permis de conclure que les traitements psychologiques précis tout comme les interventions psychosociales générales ne sont que moyennement efficaces pour améliorer l'humeur de la mère, et les deux types d'interventions apportent des bienfaits comparables. Une méta-analyse récente des interventions psychothérapeutiques contre la DPN (y compris le soutien social, la psychothérapie non dirigée et les thérapies cognitivo-comportementale (TCC), interpersonnelle (TIP) et psychanalytique) a également révélé que ces formes de traitement étaient toutes modérément efficaces.⁸ Les deux examens ont fait ressortir la nature « court terme » de la plupart des essais et les suivis limités effectués.

Il existe peu de données sur le rôle des *interventions pharmacologiques*. Les chercheurs d'une étude réalisée au Royaume-Uni il y a quelques années¹⁰ ont constaté que le traitement par fluoxétine, un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine ou ISRS, le counseling ou la combinaison de ces deux méthodes donnaient tous des résultats semblables. Fait remarquable, plus de la moitié des femmes à qui on a demandé de participer à cette étude ont refusé de le faire principalement parce qu'elles étaient réticentes à prendre des médicaments. Les auteurs d'une étude canadienne de petite envergure sur le traitement de la DPN accompagnée d'anxiété¹¹ ont trouvé que le traitement par un autre ISRS (paroxétine) ou par une combinaison du médicament et de la TCC entraînait des améliorations comparables dans les deux cas. Il y a lieu d'évaluer plus en profondeur le rôle des antidépresseurs dans le traitement de la DPN¹², surtout lorsque la maladie devient chronique. La possibilité que le nourrisson absorbe le médicament par l'intermédiaire du lait maternel constitue une source de préoccupation.¹³

La mesure dans laquelle les effets du traitement se traduisent par des *améliorations de la relation mère-enfant et du développement de l'enfant* représente une question cruciale en ce qui concerne le traitement de la DPN. Peu d'études portent précisément sur cette question.^{14,15} Un essai clinique aléatoire de grande envergure dans lequel on comparait la TCC, le counseling et la thérapie psychanalytique avec les soins réguliers a révélé que, même si tous les traitements actifs avaient un effet modéré sur le soulagement de la dépression et comportaient des bienfaits à court terme concernant la qualité de la relation mère-enfant, peu de données prouvaient que ceux-ci avaient une incidence bénéfique sur le développement de l'enfant; de plus, ces bienfaits (y compris ceux touchant l'humeur de la mère) n'étaient plus apparents au moment des suivis.^{16,17} Dans le même ordre d'idées, un essai clinique aléatoire récent a fait ressortir que, même si la psychothérapie interpersonnelle était efficace pour traiter la dépression maternelle, aucun effet bénéfique n'a été noté sur les interactions mère-enfant, les difficultés affectives du nourrisson ou l'attachement sécurisant de celui-ci.¹⁸

Une autre forme d'intervention mise plus directement sur l'*amélioration des compétences parentales*. Par exemple, Cicchetti et coll.^{19,20} ont examiné l'incidence d'une psychothérapie prolongée (d'une durée moyenne de 57 semaines) offerte aux mères dépressives, dont l'objet était de favoriser un modèle positif d'attachement maternel et d'améliorer les interactions entre la mère et le nourrisson. Ils ont constaté des effets bénéfiques sur l'attachement et le développement cognitif de l'enfant. D'autres études ont aussi porté sur des interventions plus brèves durant la période suivant l'accouchement et visaient à améliorer les interactions entre la

mère et le nourrisson. Des effets bénéfiques ont été constatés à la suite d'un accompagnement (coaching) interactif²¹ et de massages pour nourrissons.^{22,23} De plus, une intervention visant à faciliter la relation mère-enfant, dans le cadre de laquelle la mère devait évaluer son nourrisson au moyen d'une échelle d'évaluation du comportement néonatal, a permis d'observer une amélioration de la qualité de la communication et de l'organisation des états d'éveil du bébé à un mois.²⁴ Une intervention à long terme offerte dans le cadre d'un essai clinique aléatoire de grande envergure réalisé dans une collectivité périurbaine d'Afrique du Sud et au cours de laquelle des travailleurs communautaires effectuaient des visites à domicile en vue d'aider les mères à devenir plus attentionnées a eu pour effet d'améliorer grandement les aptitudes parentales; les suivis ont de plus permis de constater une hausse du taux d'attachement sécurisant chez les enfants.²⁵ Récemment, une intervention à domicile utilisant la rétroaction par vidéo pour intervenir auprès des mères dépressives²⁶ a eu des effets positifs, tant sur la qualité du lien entre la mère et le nourrisson que sur l'attachement de l'enfant. Bien que ces données soient encourageantes, il n'en demeure pas moins qu'aucune étude n'a pu démontrer dans quelle mesure l'amélioration de la relation mère-enfant entraîne des effets bénéfiques à long terme pour l'enfant.

Lacunes de la recherche

Même si diverses formes d'interventions se sont avérées bénéfiques dans le traitement de la DPN maternelle, aucune d'entre elles n'a permis d'observer des effets durables sur l'humeur de la mère et peu de données probantes montrent que les interventions améliorent à long terme le développement de l'enfant. Il reste à déterminer laquelle des formes de traitement est la meilleure bien que, selon les données disponibles actuellement, il semble que les interventions axées sur l'amélioration des compétences parentales soient les plus prometteuses. En outre, même s'il existe des formes distinctes de manquements sur le plan des compétences parentales dans un contexte de DPN, lesquels entraînent des problèmes distincts chez l'enfant, aucun chercheur n'a encore tenté de vérifier, au moyen d'études empiriques, si des interventions ciblées sur des caractéristiques précises du lien entre la mère et le nourrisson pourraient avoir un effet bénéfique sur certains des effets observés chez l'enfant. De plus, bien que les enfants soient plus gravement touchés lorsque leur mère souffre de DPN chronique, aucune étude visant ces mères n'a à ce jour été réalisée pour déterminer si une intervention pouvait améliorer leur humeur et réduire les effets négatifs de cet état chronique sur leur enfant.

Conclusions

Un certain nombre de traitements se sont avérés efficaces pour aider les mères souffrant de DPN à soigner leur trouble de l'humeur, mais aucun d'entre eux ne s'est encore montré supérieur aux autres et il n'y a aucune preuve de leurs bienfaits à long terme sur l'humeur de la mère. Certaines améliorations ont été observées dans la qualité des interactions entre la mère et son nourrisson lorsque les interventions visaient les difficultés de conduites parentales, malgré la courte durée de la plupart des études et des suivis. Bien que les effets à long terme de ces interventions parentales ne soient pas connus, de nouvelles données probantes semblent indiquer que certaines d'entre elles pourraient aider à prévenir les répercussions indésirables à court terme de la DPN sur les enfants. Comme les effets néfastes de la DPN sur l'enfant sont plus susceptibles de se produire lorsque la dépression maternelle est chronique ou récurrente, il est particulièrement important de repérer les mères qui en sont touchées et d'intervenir auprès d'elles.

Implications pour les parents, les services et la politique

Compte tenu de la forte prévalence de la DPN et de ses effets défavorables sur la relation entre la mère et son enfant et sur le développement de ce dernier, il est important que des services communautaires soient en place pour favoriser le dépistage précoce et le traitement de la DPN. Il est crucial que les traitements visent de façon particulière la relation mère-enfant et que des mesures thérapeutiques précises soient mises en place pour aider les mères à interagir avec leurs nourrissons de la manière la plus bénéfique. Dans les milieux à risque élevé, là où la dépression risque d'être prolongée ou récurrente, il est essentiel d'instaurer des mesures de surveillance à long terme pour offrir le soutien nécessaire lorsque le besoin se manifeste et de façon régulière.

Références

1. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37-54.
2. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry* 1999;175:554-558.
3. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a Study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry* 2002;159(1):43-47.
4. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine* 2003;33(7):1161-1167.
5. Murray L, Halligan SL, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development. In: Wachs T, Bremner G, eds. *Handbook of Infant Development*. Malden, MA : Wiley-Blackwell. In press.
6. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine* 1996;26(3):627-634.

7. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;4:1-72
8. Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 2008;64(1):103-118.
9. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;4:1-49.
10. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* 1997;314(7085):932-936
11. Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(9):1236-1241.
12. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant drug treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;2:1-15.
13. Berle JO, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. Breastfeeding During Maternal Antidepressant Treatment With Serotonin Reuptake Inhibitors: Infant Exposure, Clinical Symptoms, and Cytochrome P450 Genotypes. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(9):1288-1234.
14. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 191(4):378-386.
15. Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal* 2006;27(4):327-343.
16. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(5):412-419.
17. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression, 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(5):420-427.
18. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology* 2007;19(2):585-602.
19. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment & Human Development* 1999;1(1):34-66.
20. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000;28(2):135-148.
21. Horowitz JA, Bell M, Trybulski J, Munro BH, Moser D, Hartz SA, McCordic L, Sokol ES. Promoting responsiveness between mothers with depressive symptoms and their infants. *Journal of Nursing Scholarship* 2001;33(4):323-329.
22. Glover V, Onozawa K, Hodgkinson A. Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Seminars in Neonatology* 2002;7(6):495-500.
23. Onozawa K, Glover V, Adams D, Modi N, Kumar RC. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2001;63(1-3):201-207.
24. Hart S, Field T, Nearing G. Depressed mothers' neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *Journal of Pediatric Psychology* 1998;23(6):351-356.
25. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A, McPherson K, Murray L. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2009;338(7701):b974.

26. van Doesum KTM, Riksen-Waraven JM., Hosman CMH, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development* 2008;79(3):547-561.

Dépression maternelle : commentaires sur Cummings & Kouros; Campbell, Goodman & Rouse; Toth & Peltz et Cooper, Murray & Halligan

Thomas G. O'Connor, Ph.D., Anne S. Burke, B.A.

University of Rochester Medical Center, États-Unis

Décembre 2010

Introduction

Des chercheurs renommés ont rédigé des articles de référence présentant de façon concise et documentée les résultats clés des recherches portant sur la dépression maternelle. Ils démontrent de quelle façon ces résultats peuvent influencer les politiques et la pratique. Pour ce faire, ces derniers proposent un éventail de questions précises portant sur la recherche clinique et ses résultats dont les implications sont majeures pour les individus et familles concernés ainsi que pour la société dans son ensemble. Les auteurs de ces études s'entendent pour reconnaître quelles sont les données connues et celles que les chercheurs doivent éclaircir. En outre, ils s'accordent sur la manière de conceptualiser la compréhension de l'impact de la dépression maternelle et la façon dont les chercheurs spécialisés dans d'autres domaines des sciences comportementales se débattent pour comprendre l'impact des risques courus. Par conséquent, si nous parvenons à résoudre certaines questions d'ordre pratique et stratégique parmi celles qu'ont soulevées ces études – dont préciser la source des différences individuelles d'exposition aux risques, intégrer les mesures et les modèles biologiques et psychologiques, traduire la compréhension scientifique pour permettre de mieux détecter et traiter la dépression maternelle – alors nous aurons fait une avancée qui se généralisera sur d'autres problèmes cliniques à causes multiples.

Recherches et conclusions

Ces rapports décrivent peu de constatations avec lesquelles nous pourrions être en désaccord; ils mettent plutôt en évidence des leçons importantes plus spécifiquement dans le domaine de la dépression maternelle et plus globalement pour l'ensemble de la recherche en psychologie développementale. Toth et Peltz¹ mettent l'accent sur la nécessité de tenir compte de multiples facteurs biologiques caractéristique des protocoles de recherche actuels; Goodman et Rouse²

s'attardent aux questions et aux mécanismes du rythme d'apparition de l'exposition aux risques qui est caractéristique des principaux programmes de recherche sur de nombreux thèmes; les recherches de Campbell³ portent sur l'art d'être parent (partagé par d'autres auteurs) et soulignent la nécessité pratique d'intervenir sur les plans théorique et clinique afin de déterminer quels sont les médiateurs propres à l'exposition aux risques; Cummings et Kouros⁴ documentent la tendance des études de recherche à trop focaliser sur un risque particulier pour le développement de l'enfant sans tenir compte du contexte familial dans son ensemble; Cooper et ses collègues⁵ soulignent les avantages qu'offrent les études sur le traitement par rapport aux études de recherche observationnelles et décrivent comment les résultats des études de traitement posent d'autres défis sur les plans méthodologique et théorique.

Les études identifient des résultats qui méritent d'être recommandés et mis de l'avant, à savoir, a) le concept du rythme développemental, b) les défis de conclure à des connexions causales, c) la nécessité d'incorporer des modèles biologiques.

- a. *Le rythme développemental.* Il est nécessaire d'examiner de façon plus approfondie le résultat révélant que l'effet (ou l'effet présumé) de la dépression maternelle sur l'enfant est manifeste même chez les nourrissons. Ce résultat pourrait être dû à des effets précoces déterminés génétiquement (voir plus bas). Cependant, que des facteurs génétiques soient en cause ou non, cette observation suppose que des études de recherche exhaustives doivent commencer au tout début du développement de l'enfant. Ces études pourraient, par exemple, permettre de suivre le déploiement du dialogue entre parent et enfant qui survient au cours du développement, phénomène dont chaque auteur discute ou auquel il fait allusion. De plus, des études qui porteraient sur la période de la prime enfance et l'enfance permettraient d'analyser si les nourrissons sont ou ne sont pas particulièrement sensibles aux effets d'une perturbation des soins prodigués, telle que celle qui accompagne fréquemment la dépression maternelle. Des études expérimentales ont démontré que c'est le cas chez les animaux.⁶ Il existe donc un besoin fondé d'examiner si cela l'est aussi chez les êtres humains. Il est important de noter que les études qui commencent tôt dans la prime enfance ne le font pas pour la raison évidente que la dépression maternelle aurait des effets particuliers durant cette période mais plutôt pour examiner cette possibilité. Par exemple, il est loin d'être certain que le fait d'être exposé en bas âge à la dépression postpartum de sa mère ait un impact particulier.^{7,8}

En fait, plusieurs problèmes proviennent du fait que nous n'en savons pas assez sur le rôle du rythme développemental – l'hypothèse que l'enfant soit particulièrement vulnérable à l'impact de la dépression de sa mère durant certaines périodes de son développement. De

nombreuses études contribuent à des constatations troublantes mais ne parviennent pas à résoudre le débat. Par exemple, s'il est possible d'observer les effets de la dépression maternelle au cours des premiers mois des nourrissons, on pourrait alors se demander si la qualité des soins parentaux pourrait être un facteur causal (c.-à-d., est-il probable que les soins parentaux aient pris le contrôle du développement de l'enfant à ce stade? Nous ne le savons pas encore.). L'application pratique de cette question scientifique est de savoir s'il y a ou non des périodes optimales pour intervenir. Par exemple, le fait que des mères dépressives ayant de jeunes enfants reçoivent des interventions pourraient améliorer le lien d'attachement entre l'enfant et sa mère.⁹ Actuellement, il ne semble pas encore y avoir de période (p. ex., l'âge de l'enfant) permettant de prouver que les interventions portant sur les relations parent-enfant ou sur le développement de l'enfant sont manifestement inefficaces.

- b. *Les inférences causales.* Être exposé à la dépression maternelle implique presque assurément d'être exposé à une panoplie de facteurs qui compromettront aussi le développement de l'enfant (même si ces facteurs n'étaient pas associés à la dépression maternelle); plusieurs d'entre eux sont cités dans les articles relevés. Par conséquent, il est possible de conceptualiser la dépression maternelle en tant que variable de substitution, comme c'est le cas avec la pauvreté, le divorce/le remariage des parents et plusieurs autres risques que la recherche sur le développement et la psychopathologie de l'enfant permettent d'expliquer. En effet, étant donné que par sa nature la dépression maternelle augmente le risque d'adversités (et résulte elle-même de d'autres adversités), le fait de considérer que la dépression maternelle exerce un effet particulier est réducteur. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas poursuivre les recherches sur la dépression maternelle ou qu'il ne faut pas la traiter, mais plutôt que les études observationnelles ne sont simplement pas assez poussées pour démêler des effets qui sont fondamentalement compliqués.

La dépression paternelle en est un exemple. Les études portent à croire que ce sujet a été ignoré; les conséquences de cet oubli pourraient d'ailleurs être graves. Il est reconnu que les personnes ayant des troubles psychiatriques ont tendance à se marier – les femmes ayant des troubles psychologiques ont tendance à former des couples avec des hommes qui ont des troubles psychologiques et vice-versa – et cela introduit un biais dans les recherches et les efforts cliniques qui ne se concentrent que sur l'un des partenaires. De plus, une étude récente a montré que le risque de faire une dépression est élevé chez les hommes¹⁰ même pendant la période suivant l'accouchement qui est une période de risques classiquement attribuée seulement aux femmes. Une autre étude a montré que la dépression postpartum du père prédisait des difficultés d'adaptation chez l'enfant, indépendamment de la dépression postpartum de la mère.¹¹ Néanmoins, la plupart des études qui portent sur la

dépression postpartum de la mère ne mentionnent pas celle du père ou considèrent le milieu familial au sens large.

Le modèle des études d'intervention devrait être considéré comme particulièrement précieux car il offre bien plus d'avantages pour tester les hypothèses causales. Par exemple, plusieurs études^{12,13} suggèrent que des modifications de la dépression maternelle (obtenues grâce à l'intervention) ont des effets positifs « en aval » sur le développement de l'enfant; ce qui suppose un lien bien plus solide que les associations obtenues à partir des études observationnelles.

- c. *Les modèles biologiques.* Plusieurs collaborateurs ont noté que le fait de se concentrer exclusivement sur les effets de la dépression parentale sur les comportements de l'enfant est limitant. S'il existe des effets comportementaux, il doit donc aussi y avoir des effets biologiques. Actuellement, il n'existe pas de modèle organisationnel convaincant qui expliquerait, par des recherches axées sur le plan biologique, l'impact de la dépression maternelle, mais plusieurs modèles existent, comme nous l'avons souligné. Récemment, une étude longitudinale remarquable a permis de développer la recherche et de se centrer sur les symptômes maternels bien au-delà des effets comportementaux et de leurs causes sous-jacentes. Cette étude a établi un lien entre les symptômes maternels, la maladie et des marqueurs spécifiques du fonctionnement du système immunitaire chez l'enfant.¹⁴ Si la dépression parentale était liée de façon causale à la santé cardiovasculaire ou immunologique de l'enfant (et nous n'en sommes pas encore là), alors son impact sur la santé publique serait considérable et le fait de s'occuper de la dépression parentale serait alors vu comme un objectif principal par tous les prestataires de soins de santé et non uniquement par ceux qui œuvrent en santé mentale.

Étant donné la concision des rapports, il est probablement inévitable que certaines caractéristiques importantes soient omises ou insuffisamment développées. La plus évidente demeure la génétique. Plusieurs collaborateurs mentionnent des facteurs génétiques, mais l'application pratique de ces facteurs n'est pas simple. Les études basées sur des jumeaux ou des cas d'adoption fournissent des arguments supplémentaires pour détecter les effets réciproques du génotype et de l'environnement. D'autre part, les études portant sur la génétique moléculaire sont probablement plus faciles et moins onéreuses à réaliser, bien que le défi en ce domaine soit de savoir quel est le risque particulier de l'*allèle*, même si nous parvenons à détecter quelque chose. Nous ne disposons pas encore de données probantes solides prouvant que des facteurs génétiques prédiraient la réponse au traitement. Ces mises en garde importantes devront être considérées lors de futures

recherches. Néanmoins, il est intéressant de savoir que les effets génétiques font partie de manière fiable des études en cours. Des études pertinentes montrent qu'il est possible que des facteurs génétiques soient associés aux comportements parentaux¹⁵ et que les effets qu'exercent les parents sur leurs enfants pourraient dépendre des caractéristiques génétiques des enfants.¹⁶ Ceci complète les nombreuses données probantes qui prouvent que la dépression maternelle est en partie sous contrôle génétique. Il serait étonnant que le rôle envahissant (quoique peut-être non approfondi) de la génétique tel que décrit plus haut ne se manifeste pas dans la chaîne causale qui associe la dépression maternelle au développement de l'enfant.

Implications pour le développement et les politiques

Une des implications parmi les plus importantes mais les plus complexes du point de vue politique concerne les nombreuses différences individuelles dans le développement humain. Par exemple, les enfants répondent au stress de façon extrêmement variée, même lorsqu'on se concentre sur une exposition particulière, telle que la dépression maternelle, et même lorsque cette exposition est extrême, comme dans les cas d'enfants élevés dans des institutions.¹⁷ Ceci peut se constater en consultant la collection d'articles qui font l'objet de ces commentaires, dans les efforts que font les auteurs pour qualifier la plupart des résultats rapportés et mentionner des facteurs tels que le tempérament des enfants, leur sophistication cognitive ou tout autre facteur qui pourrait influencer sur les raisons qui font que la réaction à la dépression maternelle soit pire pour certains enfants que pour d'autres. Même si la dépression maternelle constituait une exposition monolithique – ce qui n'est sûrement pas le cas – elle exercerait des effets divers sur les enfants à cause des vulnérabilités variées de ces derniers sur le plan cognitif, génétique et autre.

Les variations importantes du développement des enfants exposés à un risque particulier sous-entendent une grande variation de leurs réactions à toute intervention particulière fondée sur des données probantes – que l'intervention ait lieu sous forme de thérapie familiale ou de consultation à domicile. Cela explique pourquoi les études d'intervention tentent autant de répondre à la question « qu'est-ce qui fonctionne et pour qui? » ou sur ce que les chercheurs nomment dans les publications scientifiques « les modérateurs » de l'issue des traitements. Le message explicite est qu'aucune intervention particulière ne s'applique à tous; ce ne sont pas tous les participants qui répondront cliniquement aux interventions fondées sur des données probantes. Cela présente un message complexe difficile à transmettre tant au public que sur le plan politique. Nous devons nous préparer à la découverte inévitable qu'une intervention (sur le plan clinique ou politique)

aura certainement des effets variés qui pourrait être remarquable chez certains, non pertinente pour d'autres individus, et possiblement contre-productive chez d'autres. Il est possible que le mouvement vers une médecine individualisée, qui s'est formé naturellement et logiquement à partir des recherches génétiques, fournira un cadre pour cibler et adapter les interventions. Mais nous n'en sommes pas encore là. Le message clé à retenir est le besoin de flexibilité en ce qui concerne la variété d'interventions possibles dans, par exemple, les traitements et les politiques.

Une deuxième implication concerne la nécessité de se centrer sur les estimations du risque et de l'adaptation au niveau de la population, un sujet qui a peu été couvert par ces articles.

Malheureusement, la recherche illustre la difficulté à apporter des changements à grande échelle dans la population, et bien peu d'études informatives se sont portées sur ce sujet.¹⁸ Par ailleurs, malgré plusieurs années d'efforts concertés en recherche, aucun article n'a documenté de réduction des problèmes de dépression maternelle ou d'adaptation des enfants; en revanche, on a prétendu qu'il y aurait une épidémie de dépression chez les enfants, bien que cela ne soit pas fondé sur des preuves valides.¹⁹ Par conséquent, la politique pourrait avoir comme objectif de commander que des efforts soient faits pour comprendre comment les succès des études sur le traitement individuel et les progrès réalisés en recherche ne se traduisent pas par des populations en meilleure santé.

Références

1. Toth SL, Peltz J. Maternal depression. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters R DeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-8. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Toth-PeltzANGxp.pdf>. Accessed June 16, 2010.
2. Goodman SH, Rouse MH. Perinatal depression and children: A developmental perspective. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Goodman-RouseANGxp.pdf>. Accessed June 16, 2010.
3. Campbell SB. Maternal depression and children's adjustment in early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/CampbellSBANGxp.pdf>. Accessed June 16, 2010.
4. Cummings EM, Kouros CD. Maternal depression and its relation to children's development and adjustment. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-6. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Cummings-KourosANGxp.pdf>. Accessed June 16, 2010.
5. Cooper P, Murray L, Halligan S. Treatment of postpartum depression. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-6. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Cooper-Murray-HalliganANGxp.pdf>. Accessed June 16, 2010.

6. Caldji C, Tannenbaum B, Sharma S, Francis D, Plotsky PM, Meaney MJ. Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 1998;95(9):5335-5340.
7. Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(5):623-636.
8. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 2007;97(1-3):145-54.
9. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):1006-1016.
10. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010;303(19):1961-1969.
11. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008;47(4):390-398.
12. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King CA, Cerda G, Sood AB, Alpert JE, Trivedi MH, Rush AJ; STAR*D-Child Team. Remissions in maternal depression and child psychopathology: STAR*D-child report. *JAMA* 2006;295(12):1389-1398.
13. Shaw DS, Connell A, Dishion TJ, Wilson MN, Gardner F. Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development and Psychopathology* 2009;21(2):417-439.
14. Caserta MT, O'Connor TG, Wyman PA, Wang H, Moynihan J, Cross W, Tu X, Jin X. The associations between psychosocial stress and the frequency of illness, and innate and adaptive immune function in children. *Brain, Behavior, and Immunity* 2008;22(6):933-940.
15. Neiderhiser JM, Reiss D, Pedersen NL, Lichtenstein P, Spotts EL, Hansson K, Cederblad M, Elhammer O. Genetic and environmental influences on mothering of adolescents: a comparison of two samples. *Developmental Psychology* 2004;40(3):335-351.
16. Kochanska G, Philibert RA, Barry RA. Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. *J Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50(11):1331-1338.
17. O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner JM. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Child Development* 2000;71(2):376-390.
18. Costello EJ, Erkanli A, Copeland W, Angold A. Association of family income supplements in adolescence with development of psychiatric and substance use disorders in adulthood among an American Indian population. *JAMA* 2010;303(19):1954-1960.
19. Costello JE, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47(12):1263-1271.