



La dépression postpartum et les pleurs du nourrisson

TIM F. OBERLANDER, MD, FRCPC

University of British Columbia, CANADA

(Publication sur Internet le 21 décembre 2005)

Thème

Pleurs

Introduction

Les pleurs excessifs du nourrisson peuvent être pénibles pour les parents et les intervenants de la santé, même s'ils sont en grande partie tout à fait bénins pour le poupon.¹ Cependant, dans le contexte de la dépression postpartum (DPP), ces pleurs peuvent être problématiques s'ils ne réussissent pas à provoquer les réactions maternelles appropriées. Ceci peut avoir des conséquences négatives substantielles et durables pour le développement. Cet article tentera de comprendre l'impact des pleurs du nourrisson dans un environnement de DPP et les implications pour les interventions qui favorisent les services visant le développement sain de l'enfant.

Sujet

Il est opportun et urgent de comprendre le développement social et affectif du nourrisson dans le contexte de la santé mentale de la mère. La dépression postpartum est courante, et affecte 10 à 20 % de toutes les mères dans les premiers mois du postpartum.^{2,3} Les données de plus en plus nombreuses montrent que la dépression maternelle influence négativement certains aspects du développement du nourrisson et de son comportement,^{4,5} surtout les difficultés à s'apaiser, l'irritabilité (c'est-à-dire un changement de la régulation de l'état comportemental) et les pleurs.⁶ Les pleurs excessifs du nourrisson sont sans doute un signal qui demande une réponse. Par conséquent, ils peuvent être une cible utile dans les interventions auprès des mères dépressives pour améliorer le devenir des nourrissons et de leurs mères.

Problèmes

Il y a plusieurs raisons de croire que le ciblage des pleurs du nourrisson est une façon efficace d'améliorer le développement de ceux dont les mères sont dépressives.

- Il peut s'agir d'un « drapeau rouge » indiquant un risque développemental.
- La DPP peut interférer avec la capacité du nourrisson à utiliser les pleurs comme signal afin de communiquer avec sa mère dépressive, compromettant ainsi le développement social et affectif.
- Il y a eu peu de recherche sur a) la façon dont les mères dépressives interprètent ou comprennent les caractéristiques des pleurs de leur nourrisson, et b) le lien entre ces caractéristiques et le développement.

- Bien que les interventions visant la DPP aient généralement amélioré l'humeur maternelle, peu d'interventions ont réussi à maintenir l'amélioration du développement de l'enfant.⁷

Contexte de la recherche

La durée et l'intensité des pleurs de l'enfant culminent pendant les trois premiers mois. Tous les enfants en santé et à faible risque pleurent pendant des périodes prolongées, sans raison apparente et qui n'est généralement pas associée à une étiologie ou à une pathologie identifiée, bien que 20 % pleurent tellement qu'on considère parfois qu'ils ont des « coliques ».

De plus, dans ces circonstances, les pleurs du nourrisson sont un signal clé qui fait réagir les mères et qui peut donc contribuer au développement social et affectif émergent du nourrisson. Cette période de trois mois correspond aussi au point culminant de l'incidence de la dépression postpartum. Quand le signal du pleur est ignoré ou mal interprété par la mère dépressive, qu'est-ce que cela signifie pour le nourrisson qui se développe?

La dépression postpartum a des conséquences négatives importantes pour les mères et pour leurs nourrissons par le biais de mécanismes biologiques directs (c'est-à-dire l'exposition à la médication, les facteurs maternels génétiques) et environnementaux (c'est-à-dire la vie avec une mère dépressive).^{8,9} Depuis la naissance, les nourrissons sont très sensibles aux états affectifs de leur mère et des autres donneurs de soins.^{10,11} Le comportement et l'humeur maternels semblent compromettre le fonctionnement social, affectif et cognitif du nourrisson.^{11,12,13,14,15} En grandissant, l'impact de la santé mentale maternelle se traduit chez l'enfant par une compromission cognitive, un attachement insécurisant et des difficultés comportementales pendant la période préscolaire et scolaire.^{5,16,17,18,19}

La sensibilité maternelle adéquate et opportune envers le comportement du nourrisson est une composante centrale des relations mère-enfant et du développement social et affectif sain.^{20,21} La dépression maternelle peut perturber cette relation,⁷ contribuer à l'échec de la mère à réagir adéquatement aux signaux de l'enfant²² et conduire à des attachements insécurisants.²³ L'incapacité de la mère de répondre aux pleurs du nourrisson peut avoir des conséquences immédiates et durables importantes sur le développement de ce dernier.

L'insensibilité maternelle et l'indisponibilité affective influencent la capacité du nourrisson à développer sa capacité à réguler le processus d'activation-désactivation.²⁴ Le comportement maternel insensible se traduit par une augmentation de la colère, de la détresse et des pleurs qui ensemble peuvent refléter une faible régulation de ce processus chez le nourrisson.²⁵ La DPP modifie aussi la capacité à réguler l'interaction réciproque entre les mères et leur nourrisson par le biais de deux modèles : intrusif et en retrait. Les mères dépressives ont des perceptions plus négatives du comportement de leur nourrisson et sont moins susceptibles de les stimuler.^{26,27,28} Cette moindre stimulation peut conduire à des perturbations de l'apprentissage pendant les tâches non sociales. La dépression semble amener la mère à ignorer activement ou à mal interpréter le signal de pleur du

nourrisson, aggravant ainsi les dommages de la dépression maternelle. De plus, dans un rapport individuel, les pleurs du nourrisson peuvent exacerber ou provoquer la dépression maternelle, augmentant ainsi le risque développemental.⁵

Les programmes communautaires d'intervention précoce⁷ et le dépistage maternel de la DPP²⁹ ont tenté d'améliorer le développement. À ce jour, ils ont produit des résultats inégaux.⁷ Les interventions psychothérapeutiques brèves, à domicile, semblent améliorer l'humeur maternelle et l'interaction mère-nourrisson à court terme. Cependant, on ne sait pas si ceci entraîne une amélioration soutenue du développement de l'enfant.^{30,31,32} Certaines interventions visant à améliorer l'humeur maternelle et les soutiens maritaux ont rapporté un effet sur le comportement du nourrisson,³³ mais pas sur son développement affectif.^{7,34}

La compréhension de l'échec maternel à réagir de façon appropriée peut être un élément clé de l'élaboration d'interventions qui favorisent un développement sain du nourrisson et de l'enfant dans le cas d'une dépression postpartum. Cependant, peu de travaux décrivent à quel point les mères sont capables de faire preuve de bon jugement ou d'éviter de se tromper. Ainsi, la question demeure, à savoir si en améliorant la réaction maternelle face aux pleurs du nourrisson, on soutient le développement sain du nourrisson dans ce contexte.

Questions clés pour la recherche

La recherche doit se pencher sur les questions suivantes :

1. Quelles sont les preuves qui indiquent que les pleurs du nourrisson peuvent être différentes dans le cas de dépression postpartum?
2. Comment les mères dépressives réagissent-elles à leurs nourrissons qui pleurent?
3. Existe-t-il un lien de cause à effet entre les pleurs excessifs et la dépression postpartum?
4. Que savons-nous de la perception maternelle des pleurs du nourrisson dans ce contexte?
5. Quels sont les impacts de la modification de la sensibilité maternelle envers les pleurs du nourrisson (associée à l'humeur dépressive) sur le développement du nourrisson et du jeune enfant? Comment l'absence d'une réponse significative appropriée influence-t-elle les pleurs du nourrisson?
6. Comment utiliser les réponses aux questions précédentes pour mettre au point des interventions qui se servent des pleurs du nourrisson pour promouvoir une meilleure interaction entre lui et sa mère et favoriser le développement de l'enfant en général? Existe-t-il des services qui ciblent les pleurs des nourrissons des mères dépressives, qui favorisent la sensibilité maternelle aux pleurs et qui conduisent à un meilleur développement socio-affectif précoce dans un environnement où les pleurs sont mal perçus?

Récents résultats de recherche

De multiples sources de données indiquent des liens entre les pleurs excessifs et le développement social et affectif à long terme,³⁵ ainsi que l'impact de la dépression maternelle. Dans une étude individuelle, Miller et Bar³⁶ ont découvert une relation entre

l'augmentation des pleurs du nourrisson dans les six mois suivant le postpartum et celle des symptômes dépressifs chez la mère. Bien que cette découverte ne suggère pas de relation causale entre les pleurs et l'humeur maternelle, elle souligne l'importance de comprendre que les pleurs du nourrisson peuvent refléter une relation affligée ou tendue entre lui et sa mère. Cependant, à ce jour, aucune recherche n'a examiné l'utilisation des pleurs du nourrisson dans ce contexte sous l'angle d'une intervention visant à promouvoir une amélioration du développement social et affectif. Les données laissent entendre que des stratégies d'intervention pourraient être élaborées.

Bien que la capacité à s'apaiser (c'est-à-dire à réguler son comportement) et par prolongement les pleurs (durée, moment et fréquence fondamentale), puissent être différents chez les nourrissons de mères dépressives,³⁷ on en sait peu sur les pleurs du nourrisson dans le contexte de la dépression postpartum. On en sait encore moins sur la façon d'intervenir dans ce contexte pour favoriser un développement optimal. Cependant, dans une étude individuelle, Milgrom³⁸ et coll. ont comparé les pleurs des nourrissons de mères dépressives et non dépressives à trois et six mois. Selon les enregistrements quotidiens effectués pendant une semaine, les variations de modèles de pleurs étaient similaires quel que soit le groupe ou l'âge (c'est-à-dire que les pleurs culminaient l'après-midi et au début de la soirée et que la quantité de pleurs totale par semaine diminuait vers six mois). Cependant, les nourrissons de mères dépressives pleuraient au total significativement davantage par jour que ceux des mères non dépressives à trois mois. Il est intéressant de noter que les mères dépressives ne considéraient pas leur nourrisson plus difficile, ce qui suggère que le tempérament n'explique pas les différences de quantité de pleurs. Vers l'âge de six mois, la dépression maternelle avait diminué et les différences entre les groupes d'enfants avaient disparu. Milgrom spécule que ce changement reflétait le fait que les nourrissons avaient appris que les pleurs ne constituaient pas une stratégie efficace pour chercher du réconfort, et qu'ils avaient donc diminué le recours à ce mode de communication.

Selon les données convergentes provenant d'études qui examinent d'autres aspects du comportement du nourrisson dans ce contexte, les nourrissons de mères dépressives sont plus susceptibles de pleurer davantage. Ces mères regardent moins leur poupon, le bercent moins, sont moins actives et réagissent moins à lui.³⁹ Ces derniers peuvent être plus somnolents, plus malheureux et tatillons, regarder moins leur mère et entreprendre moins d'activités autodirigées.⁴⁰

La dépression peut affecter la réponse de la mère parce que sa sensibilité envers les signaux de son nourrisson est modifiée.⁴¹ Schuetze et Zeskind⁴¹ montrent que la perception des pleurs de l'enfant varie selon le niveau de dépression maternelle : plus il est élevé, moins les pleurs sont perçus comme urgents ou comme un signe de maladie (c'est-à-dire moins aversives et moins alarmantes).

Donovan a utilisé la théorie de détection de signal pour examiner à quel point les facteurs maternels psychosociaux affectaient la sensibilité des mères aux réactions envers les pleurs. On a demandé aux mères d'enfants de quatre à six mois si elles pouvaient détecter les différences entre un pleur normal et les variations de fréquence de ce pleur. Les mères

plus dépressives ont rapporté qu'elles percevaient leur nourrisson comme plus difficile et qu'elles étaient moins sensibles aux changements de fréquence des pleurs. Il est aussi important de noter que le bonheur marital et le conflit entre le travail et la famille affectaient aussi la sensibilité maternelle. Il semble que la nature des pleurs du nourrisson et la perception qu'en a la mère soient différentes quand les mères sont dépressives.

Conclusions

La recension des connaissances sur les pleurs du nourrisson et sur la dépression postpartum apportent plus de questions que de réponses. On en sait peu sur la nature des pleurs chez les nourrissons de mères dépressives. Cependant, selon des études préliminaires, la fréquence des pleurs est plus élevée et la DPP peut diminuer la capacité maternelle à traiter les signaux du nourrisson (c'est-à-dire les pleurs), ce qui interfère avec le développement social et affectif. Les pleurs du nourrisson peuvent avoir des répercussions négatives sur l'humeur maternelle.

Selon ces découvertes, nous pourrions cibler les pleurs dans des interventions qui modifient le comportement du nourrisson et la perception maternelle de ces pleurs afin d'améliorer la sensibilité de la mère et le développement de son bébé. Pour le moment, on ne sait pas si les pleurs excessifs du nourrisson dans le cas de la dépression postpartum ne sont qu'une « fenêtre » sur une relation dyadique perturbée et un reflet du risque développemental, ou une « porte » à travers laquelle nous pouvons passer pour intervenir afin d'améliorer le développement et la santé mentale. Dans ce sens, les pleurs du nourrisson peuvent aussi être un « signal par procuration » suscitant de l'aide de la part de la mère dépressive. Les services qui se développent, qui favorisent et ciblent les pleurs du nourrisson pendant les premières 4 à 6 semaines peuvent offrir des façons d'intervenir et d'améliorer la dyade mère dépressive-nourrisson.

Implications

Les pleurs du nourrisson peuvent être un pas important vers le traitement de la santé mentale maternelle et des conséquences sur le développement. Nous devons répondre à plusieurs questions : est-ce que la qualité et la nature des pleurs sont importantes dans ce contexte? Quel est le rôle des perceptions maternelles des pleurs? Quel est l'effet des antidépresseurs (exposition lors de l'utilisation pendant la période prénatale et l'allaitement maternel), et quelles sont les relations particulières entre les pleurs et le développement? Enfin, comment les facteurs contextuels (variables familiales, sociales et économiques) influencent-ils le développement de l'enfant dans ce contexte?

Deuxièmement, si les pleurs sont un « comportement cible » significatif pour l'intervention auprès des mères dépressives, nous devons savoir comment l'identifier, quel aspect de sa nature est significatif et qui l'intervention doit cibler : le nourrisson qui pleure ou la mère qui interprète le signal (soit la mère par opposition au nourrisson). Donovan³⁷ spécule qu'une intervention qui augmente la capacité maternelle à *s'occuper* des pleurs (c'est-à-dire une amélioration de la capacité à reconnaître les aspects significatifs ou pertinents des pleurs) serait bénéfique. De la même façon, un centrage sur la compréhension maternelle des raisons associées aux pleurs (c'est-à-dire : « le bébé ne pleure pas pour vous embêter ») pourrait conduire à des réactions appropriées envers ce

PLEURS

dernier. Enfin, peut-on améliorer l'humeur maternelle et le développement en ciblant la durée des pleurs ou par une meilleure réaction maternelle?

En fin de compte, la focalisation sur les pleurs associés à la maladie mentale ne devrait pas être écartée du contexte dans lequel l'enfant se développe. Les pleurs excessifs peuvent n'être qu'un « drapeau rouge » signifiant la détresse, et par là même refléter des éléments co-existants du contexte dans lequel ils se produisent, comme le rôle du père, les facteurs socio-économiques et le contexte communautaire.

RÉFÉRENCES

1. St. James-Roberts I, Plewis I. Individual differences, daily fluctuations, and developmental changes in amounts of infant waking, fussing, crying, feeding, and sleeping. *Child Development* 1996;67(5):2527-2540.
2. Chaudron LH. Postpartum depression: What pediatricians need to know. *Pediatrics in Review* 2003;24(5):154-161.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS, National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2003;289(23):3095-3105.
4. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1996;37(8):927-935.
5. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcomes. *Child Development* 1996;67(5):2512-2526.
6. Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendell D, Shanberg S, Zimmerman EA, Kuhn C. Infants of depressed mothers show depressed behaviour even with nondepressed adults. *Child Development* 1988;59(6):1569-1579.
7. 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;182:420-427.
8. Field T, Sandberg D, Garcia R, Vegalahr N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology* 1985;21(6):1152-1156.
9. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behaviour and Development* 2004;27(2):216-229.
10. Tronick EZ, Gianino AF. The transmission of maternal disturbance to the infant. *New Directions for Child Development* 1986;34:5-11.
11. Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998;59(Suppl 2):53-61.
12. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine* 1997;27(2):253-260.
13. Cohn JF, Campbell SB, Matias R, Hopkins J. Face-to-face interaction of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology* 1990;26(1):15-23.
14. Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M. Behaviour –state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology* 1990;26(1):7-14.
15. Cohn JF, Tronick E. Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28(2):242-248.

16. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1992;33(3):543-561.
17. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU, Botein S. Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development* 1990;61(1):85-98.
18. Teti DM, Messinger DS, Gelfand DM, Isabella R. Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology* 1995;31(3):346-376.
19. Crowell JA O'Connor E. Wollmers G, Sprafkin J, Rao U. Mothers' conceptualizations of parent-child relationships: Relation to mother-child interaction and child behaviour problems. *Development and Psychopathology* 1991;3(4):431-444.
20. Leavitt LA. Mothers' sensitivity to infant signals. *Pediatrics* 1998;102(5 Suppl E):1247-1249.
21. Ainsworth MD, Bell SM, Stayton DF. Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards MP, ed. *The integration of a child into a social world*. New York, NY: Cambridge University Press; 1974:99-135.
22. Bettes BA. Maternal depression and motherese: temporal and intonational features. *Child Development* 1988;59(4):1089-1096.
23. Teti DM, Gelfand DM, Pompa J. Depressed mothers' behavioural competence with their infants: Demographic and psychosocial correlates. *Development and Psychopathology* 1990;2(3):259-270.
24. Tronick EZ. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist* 1989;44(2):112-119.
25. Field TM. Affective and interactive disturbances in infants. In: Osofsky JD, ed. *Handbook of infant development*. 2nd ed. Oxford, England: John Wiley and Sons; 1987:972-1005.
26. Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connell D, Lyons-Ruth K. Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New Directions for Child Development* 1986;34:31-45.
27. Field TM, Morrow C, Adlestein D. Depressed mothers' perceptions of infant behaviour. *Infant Behaviour and Development* 1993;16(1):99-108.
28. Field TM, Estroff DB, Yando R, del Valle C, Malphurs J, Hart S. "Depressed" mothers' perceptions of infant vulnerability are related to later development. *Child Psychiatry and Human Development* 1996;27(1):43-53.
29. McLennan JD, Offord DR. Should postpartum depression be targeted to improve child mental health? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(1):28-35.
30. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry* 2000;57(11):1039-1045.
31. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders* 1996;39(3):209-216.

32. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Roge B, Mullet E. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine* 2002;32(6):1039-1047.
33. Teti DM, Gelfand DM. Behavioural competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development* 1991;62(5):918-929.
34. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology* 2002;41(Pt 4):405-409.
35. St James-Robert I. Services efficaces pour gérer les troubles des pleurs des nourrissons et leur impact sur le développement social et émotif des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/StJames-RobertFRxp.pdf>. Page consultée le 20 décembre 2005.
36. Miller AR, Barr RG, Eaton WO. Crying and motor behaviour of six-week-old infants and postpartum maternal mood. *Pediatrics* 1993;92(4):551-558.
37. Donovan WL, Leavitt LA, Walsh RO. Conflict and depression predict maternal sensitivity to infant cries. *Infant Behaviour and Development* 1998;21(3):505-517.
38. Milgrom J, Westley DT, McCloud PI. Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health* 1995;31(3):218-221.
39. Field T, Diego MA, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Depressed withdrawn and intrusive mothers' effects on their fetuses and neonates. *Infant Behaviour and Development* 2001;24(1):27-39.
40. Cox AD. Maternal depression and impact on children's development. *Archives of Disease in Childhood* 1988;63(1):90-95.
41. Schuetze P, Zeskind PS. Relations between women's depressive symptoms and perceptions of infant distress signals varying in pitch. *Infancy* 2001;2(4):483-499.

Pour citer ce document :

Oberlander TF. La dépression postpartum et les pleurs du nourrisson. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OberlanderFRxp.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005