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 Peltz[1] mettent l'accent sur la nécessité de tenir compte de multiples facteurs biologiques caractéristique des protocoles de recherche actuels; Goodman et Rouse[2] 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 Campbell[3] 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 Kouros[4] 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 collègues[5] 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 hommes[10] 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 établit 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 parentaux[15] 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 influer 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, Ellhammer 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.