

Contexte

Devenir parents, suite à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, lors de l'arrivée du premier enfant ou des suivants, entraîne de nombreux changements qui peuvent avoir une incidence sur la santé* des parents: modifications physiologiques liées à la grossesse, changement de statut des différents membres de la famille, nouvelles responsabilités, acquisition de nouvelles pratiques, changements émotionnels, augmentation des tâches à assumer... Faire face à ces défis demande de mettre en place des stratégies d'adaptation à la parentalité** pour trouver un nouvel équilibre.

*Définition de la santé selon l'OMS :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

**Définition de la parentalité selon le dictionnaire Larousse :

Fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel.

1. Objectif de santé

Diminuer chez les parents l'incidence des troubles de santé liés à la parentalité.

2. Objectifs intermédiaires

- Accompagner les parents pour leur permettre de s'exprimer au sujet de leur état de santé et d'identifier les éléments qui pourraient l'influencer ;
- Valoriser les compétences des parents pour qu'ils puissent mobiliser les ressources afin de préserver leur santé.

3. Contexte de l'intervention des IPE-VD

Offre	Pour tous systématique (A)	✓
	Pour tous selon demande (B)	
	Pour certains selon contexte (C)	
Cadre de l'interaction	Individuelle – par téléphone	XX
	Individuelle – à domicile	XXX
	Individuelle – en consultation	XX
	Groupe – discussions	X
	Groupe – conférences	
	Communautaire – quartier, commune	X
	Communautaire – lieux de vie de l'enfant	
Période de vie de l'enfant	<1 mois	✓
	1-4 mois	✓
	5-9 mois	✓
	10-18 mois	✓
	19-24 mois	✓
	2-5 ans	✓
Fréquence minimale		1
Moyens – support	Brochures/documents	
	Site internet	Association Dépression Postpartale Suisse Campagne santé mentale et parentalité sur le site <u>santepsy.ch</u>

Lien avec le réseau PE	Pédiatres – Gynécologues – SF – ProFa – Psychiatres – Pédopsychiatres- Appartenance – infirmières en psychiatrie et aides familiales du CMS - ...	+
-------------------------------	--	---

4. Contenu de l'intervention des IPE-VD

Les publications de différents centres d'expertise en santé nationaux et internationaux et d'autres sources de données probantes ont été retenus pour définir le contenu de cette grille (1-39).

Messages clé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les exigences physiques, émotionnelles et sociétales associées au rôle de parent peuvent affecter la santé des deux parents. ▪ Chaque parent peut s'investir à sa façon et à son rythme dans son rôle parental (positionnement personnel et/ou influence culturelle). ▪ Un bon état de santé chez les parents favorise la qualité du lien avec leur bébé.
Contenu	<p>Généralités</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la grande majorité des parents, l'arrivée d'un enfant s'accompagne de nombreux bouleversements dans leur quotidien, y compris lors d'une adoption. Une période d'adaptation, pouvant aller de quelques semaines à plusieurs années, sera nécessaire pour retrouver un niveau de bien-être favorisant la santé des parents. ▪ Certains facteurs peuvent faciliter l'adaptation à la parentalité et ainsi contribuer à la prévention des troubles de santé chez les parents, dont : <ul style="list-style-type: none"> - Une bonne communication entre les parents ; - Un partage des responsabilités familiales ; - Un réseau social présent et soutenant (famille, amis) ; - Les échanges entre pairs ; - Le soutien des professionnels (SFI, IPE par exemple). ▪ A l'inverse, certains facteurs sont susceptibles de rendre l'adaptation à la parentalité plus difficile et d'avoir un impact négatif sur l'état de santé des parents, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - L'âge des enfants ; - L'absence d'un des parents ; - Une situation socio-économique précaire ; - Une surcharge de travail ; - Des tensions dans le couple parental ; - La concomitance avec des événements imprévus (maladie, chômage, deuil...). <p>Les atteintes de santé les plus fréquentes chez les parents</p> <p>A. Santé physique des parents</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suites gynéco-obstétricales : douleurs (accouchement, accouchement traumatique, césarienne), complications gynécologiques (Hémorragie postnatale, infection des voies génitales, incontinence urinaire ou anale), problèmes liés à l'allaitement (douleurs, crevasses, engorgement, mastite... voir grille de référence Allaitement) ▪ Fatigue, voire épuisement pouvant toucher les deux parents (diminution de la qualité et du temps de sommeil, augmentation de la charge de travail occasionnée par l'arrivée du bébé) ▪ Troubles somatiques dus à la fatigue, au stress, etc. (mal de dos, problèmes de peau, diminution des défenses immunitaires, ...) <p>B. Santé psychique des parents*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le baby blues <ul style="list-style-type: none"> - Le baby blues et/ou le « daddy blues » (pour les pères) sont en lien avec la fatigue, les émotions, les modifications hormonales et la nouvelle vie de parent. C'est un épisode transitoire non pathologique survenant entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour du post-partum. Il dure d'une à deux semaines et régresse totalement.

- Les symptômes les plus courants sont des sautes d'humeur, des crises de larmes, de la tristesse, irritabilité, anxiété, perte d'appétit, troubles du sommeil, difficulté de concentration, sentiment de dévalorisation.
- Le fait de parler, de pleurer, d'exprimer des sentiments, d'être rassurés, permet aux parents de vivre le moins mal possible ce baby blues.
- Si les symptômes s'intensifient et persistent au-delà de deux semaines, le baby blues peut évoluer vers une dépression. La dépression n'est pas toujours précédée de baby blues.

▪ **Dépression du post-partum**

- Elle survient entre 2 semaines et quelques mois après l'accouchement et touche 10-20 % des mères. On retrouve des symptômes dépressifs et anxieux avec parfois une multiplication des consultations pédiatriques pour des motifs variés (difficultés alimentaires de l'enfant, troubles de sommeil de l'enfant).
- Signes : angoisses importantes, obsession du passé, difficulté à se sentir mère ou impression d'être une mauvaise mère. Inquiétude constante et sans raison objective pour l'enfant ou soi-même. Sentiment d'abattement, de solitude, troubles du sommeil.
- Il est important de diagnostiquer et de traiter les dépressions maternelles car elles entraînent des relations précoces mère-enfant pathologiques pouvant altérer le développement du nourrisson. Les femmes à plus hauts risques sont celles qui ont déjà souffert de dépression ou qui ont connu une grossesse difficile avec des problèmes affectifs ou qui vivent des situations familiales ou conjugales difficiles, des situations psychosociales complexes.
- Cette dépression peut récidiver à l'occasion de grossesses futures et être inaugurale d'un trouble dépressif récurrent.
- Les mères tentent souvent de cacher leur état dépressif à leur entourage, elles ont peur de passer pour de mauvaises mères. Les traitements de soutien sont importants tels que l'aide à domicile et l'accompagnement de la mère dans sa relation avec l'enfant. Un traitement psychothérapeutique et des antidépresseurs s'avèrent souvent indispensables. Le pronostic est bon pour la plupart des femmes traitées. Il est important que les professionnels dépistent les mères susceptibles de faire une dépression afin de les aider au mieux et au plus vite
- Pour les hommes, l'arrivée d'un enfant est aussi une période de bouleversements à la fois physiques et psychologiques. Le fait de devenir père peut aussi être vécu comme une expérience anxiogène. Comme les pères ont souvent davantage de difficultés à exprimer leurs sentiments et leurs émotions, il est plus compliqué d'identifier un état dépressif.
- Chez les pères les symptômes d'un état dépressif sont généralement moins apparents que chez les mères. Cela peut se traduire par un retrait social, une indécision, une peur et/ou une irritabilité importante. L'abus d'alcool, la consommation de drogue, l'augmentation des conflits conjugaux et la violence au sein du couple peuvent constituer également des signes de dépression paternelle. La dépression maternelle est l'un des facteurs de risque principaux de la dépression paternelle.

▪ **Le stress et le syndrome de burnout ou d'épuisement parental**

Il est important de distinguer stress et burnout, même si les deux concepts sont étroitement liés, le burnout étant une conséquence directe du stress.

1)Le stress

- Définition :
« Ensemble des modifications biopsychologiques qui émergent chaque fois que l'individu a l'impression que ses ressources (temps, capacités, ...) sont insuffisantes pour faire face aux demandes de l'environnement. » (22)
- Tout agent stressant ne génère pas forcément du stress. Il ne le devient que s'il est perçu par l'individu comme dépassant les ressources dont il dispose et mettant ainsi en danger son bien-être. Les ressentis sont différents selon les personnes et les moments de stress, et sont majorés par un manque de sommeil.
- « Le stress peut être décrit comme un sentiment que « l'élastique est en train de lâcher », entraînant des répercussions psychologiques mais aussi physiques (sécrétion cortisol, adrénaline, diminution de la réponse immunitaire...) et peut entraîner indirectement le développement de maladies/problèmes de santé. »

- Quelques signes de stress :
 - Signes physiques : Maux de tête, nausées, troubles du sommeil, etc. ;
 - Manifestations émotionnelles et comportementales : Réduction de la productivité, propension à la colère, impulsivité, crises de larmes, sensibilité accrue, etc. ;
 - Symptômes cognitifs : hypersensibilité, isolement détachement émotionnel, perturbation de la concentration, etc.

2) Le burnout parental

Il existe encore peu de publications sur ce sujet. Pour le moment, seul le burnout professionnel est reconnu par l'OMS (2019).

- Définition :
Syndrome touchant tous les parents exposés à un stress parental chronique. Le burnout peut se manifester par les signes suivants :
 - Un épuisement physique (fatigue), émotionnel (sentiment de ne plus en pouvoir) et cognitif (ne plus arriver à réfléchir) ;
 - Une distance affective avec les enfants : mécanisme de défense vis-à-vis de l'épuisement. Le parent prête moins d'attention aux émotions de l'enfant et à ce qu'il vit, fait le minimum (trajets, repas, couchers) mais n'arrive pas à en faire davantage (réponse aux besoins primaires) ;
 - Une perte d'efficacité, d'épanouissement dans son rôle de parent. Le parent trouve ce rôle trop lourd, ne le supporte plus. L'image même de l'identité parentale est en cause (et pas forcément l'enfant en tant que tel) ;
 - Une prise de conscience d'un changement de comportement (effet de contraste) : le parent ne se reconnaît plus. Il y a un « avant » (parent idéalisé auquel il a voulu ressembler) et un « après » (parent distant et épuisé qu'il est devenu) ;
 - Chaque histoire de parent est singulière et un parent peut être en burnout parental sans forcément présenter l'ensemble de ces manifestations.
- Conséquences potentielles du burnout parental
 - Sur le parent : problème de santé, addictions, idées suicidaires, envie de fuir, etc. et répercussions sur le couple avec irritabilité, augmentation des conflits, etc. ;
 - Sur le lien parent-enfant : augmentation du risque de négligences et violences envers l'enfant. Le parent culpabilise car son attitude envers son enfant a changé.
- Quelques pistes pour accompagner et orienter le parent épuisé :
 - L'accompagner vers une prise de conscience de son état d'épuisement ;
 - Accueillir de façon bienveillante ses émotions ;
 - Faire émerger ses attentes et ses forces ;
 - Le rendre attentif à l'importance de prendre soin de soi ;
 - L'encourager à mobiliser les ressources actuelles et identifier des stratégies possibles à venir afin de créer de « véritables bulles d'oxygène » ;
 - Le soutenir, si besoin, dans une démarche d'orientation ciblée vers d'autres professionnels.

■ La psychose puerpérale

- C'est une complication rare. Son début est brutal et sa symptomatologie intense.
- Les symptômes apparaissent généralement dès les premières semaines du post-partum mais peuvent être perçus plus tardivement. Le tableau clinique est souvent polymorphe associant des symptômes confusionnels, dépressifs, des idées délirantes labiles, hallucinations, altération fonctionnelle.
- Les risques majeurs sont le suicide et l'infanticide.
- C'est l'indication à une intervention psychiatrique aiguë et intensive voire d'une hospitalisation en unité mère-bébé. L'évolution est en général bonne sous traitement.
- La mère doit être prévenue du risque de récurrence de 20 % lors d'une prochaine naissance.
- Certains médicaments sont compatibles avec l'allaitement. Les traitements ne sont donc pas forcément une contre-indication à l'allaitement.
-

*Tableau de synthèse dans les informations complémentaires au point c)

	<p>NB : Les personnes traitées pour une pathologie psychiatrique avant d'être parents peuvent souffrir de décompensations lors de la grossesse ou à l'arrivée de l'enfant.</p> <p>C. Santé du couple</p> <p>L'arrivée d'un enfant peut influencer sur la santé du couple. Chaque parent a besoin de trouver sa place dans la nouvelle configuration familiale.</p> <p>Les relations au sein du couple peuvent souffrir d'un manque de disponibilité des partenaires dû à l'augmentation de la charge de travail et de la charge émotionnelle suite à l'arrivée d'un enfant.</p> <p>La communication dans le couple doit être soignée afin d'aborder des sujets tels que la sexualité, la contraception, la répartition des tâches et des responsabilités, etc.</p>
Savoir-être / savoir-faire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors de nos contacts avec les parents, explorer comment ils se sentent sur le plan physique et psychique par des questions ouvertes (état de fatigue, appétit, état émotionnel, etc.) ▪ Accompagner les parents pour leur permettre d'identifier leurs compétences ▪ Faire émerger les ressources potentielles : entourage, famille, professionnels, etc. avec une écocarte, par exemple ▪ Encourager les parents à mettre en place des stratégies pour retrouver un équilibre dans la vie quotidienne ▪ Etre attentif-ve à donner sa place à chaque parent ▪ Orienter les parents en cas de difficultés physiques ou psychiques

5. Informations complémentaires

a) Impact des dépressions parentales sur l'enfant

Les dépressions parentales peuvent altérer la qualité du lien avec l'enfant et entraîner différents effets néfastes sur lui. En réaction, il peut développer des symptômes assez importants.

Mécanismes de défenses de l'enfant jeune :

- Evitement du regard et de la voix maternelle.
- Freezing : gel postural, évitement radical de toute stimulation.
- Bébé soumis.
- Auto-agression : retournement de l'agression contre soi et absence de signe de réaction à la douleur.
- Troubles du comportement, agressivité, « hyperactivité », évitement face à l'anxiété d'effondrement.

Conséquences sur l'enfant :

- Désinvestissement pour l'enfant de l'image maternelle.
- Identification au fonctionnement dépressif de la mère.
- Identification à l'objet de deuil de la mère.

À court terme	À moyen/long terme
<ul style="list-style-type: none"> - Troubles relationnels - Troubles alimentaires - Troubles du sommeil - Pleurs et cris excessifs - Négligence, maltraitance 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement moins sécurisé - Déficits cognitifs - Troubles de l'attention - Troubles du langage expressif - Troubles du comportement - Troubles affectifs

b) Le syndrome de couvade chez les pères (38)

« Il s'agit de signes fonctionnels divers qui tendent à apparaître [à la fin du premier trimestre] de grossesse, pour diminuer au second, réapparaître au 3ème pour disparaître à la naissance avec une poursuite possible en post natal. Ces signes n'ont aucune cause organique.

La sphère digestive est concernée en 1er lieu : ballonnements, douleurs abdominales, colites, nausées, vomissements, conduite anorexique ou boulimique (avec variation pondérale objective de plus de 3 kilos au cours de la grossesse).

Les autres symptômes sont des douleurs dentaires, des céphalées, des démangeaisons, une asthénie générale

Les interprétations psychanalytiques pour comprendre ce trouble, sont très variées et dépendent de chaque sujet.

La couvade est définie comme un syndrome transculturel et très ancien. Le recours à une consultation psychiatrique pour ce trouble reste exceptionnel. »

c) Tableau de synthèse des atteintes les plus fréquentes de la santé psychique chez l'adulte en lien avec la parentalité

	Epidémiologie	Apparition	Durée	Signes	Evolution
Baby - blues	Fréquent, 50 - 80% des naissances	Entre le 3 ^{ème} et le 5 ^{ème} jour post natal	Etat transitoire, durée une à deux semaines	Tristesse, irritabilité, anxiété Sautes d'humeur, Crises de larmes, Perte ou changement d'appétit, Troubles du sommeil, Difficulté de concentration Sentiment de dévalorisation Fatigue Peu de plaisir/de motivation	Bonne évolution, en général régression totale. Si persistance : Risque de dépression du post-partum
Dépression du post-partum	10 -20% des mères 10% des pères	Entre 2 semaines et quelques mois post-natals	Plusieurs mois	Idem baby-blues	Nécessite une prise en charge médicale (psychothérapie, éventuellement traitement médicamenteux), possible récurrence à l'occasion de grossesses futures
Stress parental	15% des mères ?? % des pères (pas de chiffre dans la littérature)	Dès la grossesse		Signes physiques : Maux de tête, nausées, troubles du sommeil... Manifestations émotionnelles et comportementales : Réduction de la productivité, propension à la colère, impulsivité, crises de larmes, sensibilité accrue... Symptômes cognitifs : hypersensibilité, isolement, détachement émotionnel, perturbation de la concentration...	
Burnout parental	5% des parents			Idem stress parental + Distance affective avec les enfants Perte d'efficacité /d'épanouissement dans le rôle de parent Contraste-> Changement de comportement du parent	
Psychose puerpérale	1 à 2 pour 1000 naissances	Dès les premières semaines, apparition de façon soudaine		Symptômes confusionnels, dépressifs, idées délirantes labiles, hallucinations, altération fonctionnelle. Risques majeurs d'homicides et infanticides	En général, bonne évolution sous traitement. Indication pour une hospitalisation mère-bébé. Risque récurrence 20% lors prochaine grossesse

6. Références

1. Barlow J, And all. Le soutien à la parentalité pour l'amélioration de la santé psychosociale des parents [Internet]. 2014 [cité 20 août 2020]. https://www.cochrane.org/fr/CD002020/BEHAV_le-soutien-la-parentalite-pour-lamelioration-de-la-sante-psychosociale-des-parents
2. Barlow P, Ceysens G, Emonts P, Gilbert L, Haumont D, Hernandez A, et al. Guide du post-partum. De Boeck Supérieur; 2016.
3. Brassel A, Townsend ML, Pickard JA, Grenyer BFS. Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum. *Infant Mental Health Journal*. janv 2020;41(1):69-81.
4. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2015;44(10):1152-6.
5. CHUV. Troubles de la relation mère enfant [Internet]. 2019 [cité 13 août 2020]. <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-cepuspp-karyoti-2-10jan2019.pdf>
6. Clément M-È, Menand V, Piché G, Dubeau D. Prévalence et Facteurs Associés aux Symptômes Dépressifs chez les Pères d'enfant 6 mois-17 ans au Québec. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 13 déc 2018;070674371881588.
7. Collège national des gynécologues, et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique Post-partum [Internet]. 2015 [cité 13 oct 2020]. <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2015/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf>
8. Dolivo-Schmutz V. Problématique des enfants de parents malades psychiques [Internet]. 2019 [cité 13 août 2020]. <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-cepuspp-dolivo-10oct2019.pdf>
9. Earls MF, And all. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics* [Internet]. janv 2019 [cité 3 sept 2020];143(1). <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/143/1/e20183259.full.pdf>
10. Girard E, Ortiz N, And all. Prise en charge multidisciplinaire du péripartum: le lien mère-bébé au centre des constellations relationnelles. *Revue Médicale Suisse*. 13 févr 2013;9(373):356-9.
11. Glangeaud-Freudenthal NM-C, Gressier F. Accueillir les pères en périnatalité [Internet]. 2017 [cité 1 sept 2020]. <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715.htm>
12. Hays M-A. La dépression périnatale, une affection méconnue? *L'école des parents*. juin 2021;2021/2(639):38-40.
13. Hubert S, Aujoulat I. Parental Burnout: When Exhausted Mothers Open Up. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 26 juin 2018 [cité 3 sept 2020];9. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.01021/full>
14. INSPQ. Adaptation à la parentalité [Internet]. 2018 [cité 19 août 2020]. <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/adaptation-a-la-parentalite.pdf>
15. INSPQ. Santé mentale et troubles mentaux [Internet]. 2019 [cité 15 juill 2020]. <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale.pdf>
16. INSPQ. Paternité [Internet]. 2019 [cité 15 juill 2020]. <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/paternite.pdf>
17. Kapala F. Burnout parental : quel rôle pour la promotion de la santé ? *Education santé*. févr 2019;(352):7-13.
18. Lebert-Charron A, And all. Le syndrome de burnout ou d'épuisement maternel: une revue critique de la question. *La psychiatrie de l'enfant*. 2018;61(2):421-41.
19. Lebert-Charron A, Dorard G, Boujut E, Wendland J. Maternal Burnout Syndrome: Contextual and Psychological Associated Factors. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 5 juin 2018 [cité 3 sept 2020];9. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00885/full>
20. Marc Boily TS, St-Onge M, Héon N. Déterminants sociaux de la santé et exercice de la parentalité: regard sur le vécu des parents ayant un trouble mental. *Janv 2019*; https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2016/02/intervention_143_determinant_sociaux_0.pdf
21. MASSOUBRE C, DESFONDS E, BENDJEDDOU M. Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum.
22. Mikolajczak M. Chapitre 1 Stress et défis de la parentalité. In: *Stress et défis de la parentalité Thématiques contemporaines*. 2015. p. 13-39.
23. Mikolajczak M, Gross JJ, Roskam I. Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*. 2019;7(6):1319-1329.
24. Mikolajczak M, Roskam I. Parental burnout: Moving the focus from children to parents. *New Directions for Child and Adolescent Development*. nov 2020;2020(174):7-13.
25. Moldenhauer JS. Soins du post-partum [Internet]. 2018. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/soins-du-post-partum-et->

[troubles-associ%C3%A9s/soins-du-post-partum?query=post%20partum#](#)

26. Morisod Harari M. Dépression et psychose du post-partum [Internet]. 2019.
<https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-cepuspp-morisod-10jan2019.pdf>
27. National Institute of mental health. Perinatal depression [Internet]. 2020 [cité 19 août 2020].
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression/20-mh-8116-perinataldepression_159799.pdf
28. NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth [Internet]. 2015 [cité 19 août 2020].
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-pdf-975391596997>
29. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. 2020 [cité 19 août 2020]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
30. Office de la naissance et de l'enfance. Pour un accompagnement réfléchi des parents. Un référentiel de soutien à la parentalité [Internet]. 2012 [cité 20 août 2020].
https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/SOUPA/Referentiel_soutien_a_la_parentalite_ONE.pdf
31. Office on women's health. Caregiver stress [Internet]. 2015 [cité 19 août 2020].
<https://www.womenshealth.gov/files/documents/fact-sheet-caregiver-stress.pdf>
32. Office on women's health. Postpartum depression [Internet]. 2019 [cité 19 août 2020].
<https://www.womenshealth.gov/files/documents/fact-sheet-postpartum-depression.pdf>
33. OMS. Soins postnatals de la mère et du nouveau-né [Internet]. 2013 [cité 13 oct 2020].
<https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-Fr.pdf>
34. Roskam I, Aguiar J, Akgun E, Arikan G, Artavia M, Avalosse H, et al. Parental Burnout Around the Globe: a 42-Country Study. *Affective Science*. mars 2021;2(1):58-79.
35. Rotheram-Fuller EJ, And all, Scheffler A, Weichle TW, Rezvan PH, Comulada WS, et al. Maternal Patterns of Antenatal and Postnatal Depressed Mood and the Impact on Child Health at Three Years Postpartum. *J Consult Clin Psychol*. mars 2018;86(3):218-30.
36. Sánchez-Rodríguez R, Perier S, Callahan S, Séjourné N. Revue de la littérature relative au burnout parental. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. mai 2019;60(2):77-89.
37. Séjourné N, Sanchez-Rodriguez R, Leboullenger A, Callahan S. Maternal burn-out: an exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 27 mai 2018;36(3):276-88.
38. Université médicale virtuelle francophone. Les troubles psychopathologiques de la puerpéralité [Internet]. 2014 [cité 22 juill 2021]. http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/troubles_puerperalite/site/html/cours.pdf
39. Université médicale virtuelle francophone. Complications des suites de couches [Internet]. 2014 [cité 13 oct 2020].
http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_suites_couches/site/html/cours.pdf

Santé des parents	
Mise à jour du document	Geneviève De Buren (IPE), Manon Pêtre (IPE), Sylvie Macé (Consultante adjointe PE)
Contribution	IPER, Dresse Bérard, Dresse Decarli Diserens (représentantes GPV), CRIPE
Expertise	Dre Alessandra Duc Marwood, Médecin adjoint, Médecin-responsable de : Unité d'enseignement du Centre d'Etude de la Famille, Institut Universitaire de Psychothérapie et Les Boréales, centre de prise en charge de la maltraitance familiale
Validation	CRIPE
Date	21.02.2022