

# Troubles émotionnels et psychiques des mères en *post-partum*

## Comprendre pour agir

### Les principales manifestations de la souffrance psychique des mères en *post-partum*

Le *post-partum* est une période où des difficultés maternelles peuvent survenir : le baby blues, la dépression du *post-partum* et la psychose puerpérale en sont les manifestations les plus courantes. Il est d'autant plus difficile pour les mères de reconnaître ces difficultés et d'oser en parler que la grossesse et la naissance restent dans les représentations sociales des heureux événements.

- **Le baby blues** est caractérisé par des pleurs et une labilité émotionnelle souvent associés à des sentiments d'incompétence, d'incapacité à faire face et d'inquiétude. Ces symptômes apparaissent entre le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> jour du *post-partum* et disparaissent vers le 9<sup>e</sup> ou 10<sup>e</sup> jour. Le baby blues est relativement fréquent (30 à 70 % des accouchées) et assez bénin. Il n'est pas corrélé avec une psychopathologie sous-jacente de la mère. Il ne nécessite pas de traitement particulier. Sa prise en charge par le professionnel consiste essentiellement à écouter, rassurer et reconforter la mère. En revanche, si les symptômes persistent au-delà de ces deux semaines, la question d'une difficulté maternelle émergente doit se poser et éventuellement celle d'un diagnostic de trouble dépressif caractérisé.
- **La dépression du *post-partum* (DPP)** est le trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent et concerne 10 à 15 % des mères. Son diagnostic repose sur les critères d'un épisode dépressif majeur, avec comme spécificité une apparition des symptômes dans les 4 (DSM-IV) ou 6 semaines (CIM-10) suivant l'accouchement. Les études reconnaissent néanmoins une fenêtre d'apparition plus longue (jusqu'à un an après l'accouchement). Les symptômes les plus fréquents sont des difficultés à s'endormir, des conduites hyperactives, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, de l'anxiété, une fatigue permanente, etc. Des troubles de l'interaction mère-bébé peuvent également survenir.

L'étiologie de la dépression postnatale n'est pas consensuelle. L'approche anglo-saxonne met plutôt en avant des facteurs prédisposants d'ordre biologique (fluctuations hormonales), démographique (âge, situation matrimoniale, statut socio-économique) ou encore social (événements négatifs de vie, conflit/insatisfaction au sein du couple). En France, plusieurs études et ouvrages indiquent qu'il n'y a

pas de profil particulier pour les femmes qui présentent des troubles psychiques. Les facteurs précédents ne feraient que majorer le risque de difficultés maternelles, qui trouvent plutôt leur origine dans le vécu de la grossesse, le vécu de l'accouchement, l'impression qu'en a gardé la femme, une insatisfaction dans le lien établi avec le bébé, etc.

La prise en charge de la DPP est globale et associe différentes stratégies d'intervention. Une psychothérapie est indispensable. L'hospitalisation dans une unité spécialisée mère-bébé est parfois nécessaire dans les formes plus sévères d'effondrement psychique (approche à visée thérapeutique du lien mère-bébé). L'utilisation d'antidépresseurs peut être discutée selon les cas. Il ne faut pas non plus négliger les aspects matériels, comme un soutien pour les tâches ménagères (recours à une aide-ménagère) et les soins au bébé (recours à une technicienne de l'intervention sociale et familiale – TISF). Des groupes de parents et des associations peuvent aussi être des lieux d'échange et de soutien moral.

En l'absence de prise en charge ou de prise en charge adéquate, les signes peuvent durer un an voire deux et le risque de rechute lors de grossesses ultérieures est plus important.

- **La psychose puerpérale** apparaît brutalement, la plupart du temps entre le 3<sup>e</sup> et le 14<sup>e</sup> jour après l'accouchement ; elle concerne 1 à 2 naissances pour 1 000. Les symptômes sont des idées délirantes, des hallucinations, une perception altérée de la réalité ; ils sont généralement centrés sur l'enfant et sa naissance (négation de la maternité, sentiment de non-appartenance ou de non-existence de l'enfant, conviction que l'enfant est mort, qu'il a été substitué, etc.). Le DSM-IV ne reconnaît pas, contrairement au CIM-10, de diagnostic spécifique à la psychose puerpérale qu'il inclut parmi les troubles psychotiques brefs. Les mères souffrant de psychose puerpérale ont besoin d'être hospitalisées dans des unités spécialisées mère-bébé avec la mise en place d'un traitement psychotrope. Le pronostic immédiat est très bon mais les rechutes lors des grossesses suivantes sont fréquentes.

Il est impossible aujourd'hui de prévenir les troubles graves. Néanmoins il est important de connaître les antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiques afin de coordonner les interventions médico-psychologiques<sup>(1)</sup>.

## Le vécu des femmes et des couples, leurs besoins

**La prévention des difficultés maternelles :** elle passe par une bonne prise en compte des émotions maternelles, une préparation à la fonction parentale, une prévention des situations stressantes avant et après la naissance, la mise en contact précoce avec des associations d'entraide (aides à domicile, soutien des parents) et les services de périnatalité (PMI notamment). La continuité des soins, une écoute attentive et un soutien centrés sur la personne sont des éléments de prévention efficaces. La présence d'un psychologue dans chaque maternité y contribue désormais.

**La prise en compte des répercussions des difficultés maternelles sur la relation précoce mère-bébé :** « Dans certains cas les mères déprimées sont ralenties, inadéquates, silencieuses et non réactives aux demandes de leur enfant qui rapidement cesse de réclamer et s'enferme soit dans un silence, soit dans des pleurs incompréhensibles. D'autres mères également déprimées ont une réaction de type anxieux, agité. Elles sont tout aussi inadéquates que les mères "déprimées ralenties" mais elles vont accabler le nouveau-né de sollicitations inappropriées auxquelles l'enfant va également répondre. Il s'installe ainsi une dysharmonie en spirale qui ne va que s'aggraver lorsque le bébé grandit au cours de la première année. »<sup>[2]</sup> Pour autant, cette « dysharmonie interactive » n'est pas systématique et les difficultés qu'éprouvent les femmes n'ont pas nécessairement de conséquences sur leur bébé. La façon de réagir de l'enfant, la qualité des soins et de l'affection apportés par l'entourage, les ressources intérieures de la mère et la cohérence de la prise en charge pluriprofessionnelle contrebalanceront l'effet de ces difficultés.

**L'accompagnement du conjoint et de l'entourage :** ces derniers peuvent se sentir démunis face aux difficultés exprimées par la mère et éprouver parfois une certaine forme de découragement. Pour permettre aux proches de rester aidants et efficaces, le professionnel peut leur rappeler qu'ils ne sont pas seuls pour aider la mère, que des spécialistes sont là et qu'ils peuvent s'appuyer sur eux ; ces spécialistes sont aussi là pour les écouter et prendre en compte leur souffrance.

## Les bonnes pratiques, les recommandations

### « Comment mieux informer les femmes enceintes » (HAS, avril 2005)

- Informer la femme et le couple que leur sécurité émotionnelle fait partie du suivi de la grossesse car elle conditionne leur confiance en eux pour l'accouchement et pour l'accueil de l'enfant.
- Au début de la grossesse, dépister des difficultés psychiques (troubles avérés préexistants, anxiété avec manifestations somatiques, dépression ou antécédent dépressif, troubles du sommeil) permet d'envisager précocement des interventions adaptées. L'entretien individuel ou en couple proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse, ou plus tardivement si le besoin est exprimé, permet de repérer les situations de vulnérabilité et de proposer la réponse la mieux adaptée aux difficultés.

## Ce que le professionnel peut faire

La démarche éducative peut porter sur :

- le repérage de difficultés maternelles ;
- le choix pour la femme de se faire aider ;
- le choix pour la femme de parler de ses difficultés.

Voici des exemples de propos autour de **la prévention des difficultés maternelles (information, repérage)**.

### Axes d'intervention possibles

### Exemples

#### Favoriser l'expression/ proposer une écoute

Encourager l'expression de la mère sur les éventuelles difficultés et insatisfactions rencontrées :

- au cours de la grossesse (recours à la PMA, dépistage T21, échographie avec signe d'appel) ;
- pendant la naissance (pratiques des soignants, relations avec eux, accompagnement et vécu de la douleur, accueil de l'enfant) ;
- pendant les premiers jours de l'enfant (sentiment d'incompétence, d'insuffisance).

*Comment avez-vous vécu cette grossesse/cette naissance ?*

*Comment est-ce que ça se passe avec votre bébé depuis le retour de la maternité ?*

#### Aborder/évaluer une situation

Repérer les signes d'alerte : plaintes somatiques, anxiété/angoisse, troubles du sommeil persistants, inquiétudes/doutes quant à ses capacités maternelles ou au développement du bébé, manque de confiance, maternage hésitant, hyperactivité maternelle, crainte d'être perçue comme une mauvaise mère, sentiment d'avoir raté son accouchement, etc.<sup>(3)</sup>

Être particulièrement vigilant vis-à-vis des mères qui consultent fréquemment, sans motif apparent ou pour des troubles liés à l'enfant.

Repérer les principaux facteurs majorant le risque de rencontrer des difficultés maternelles : antécédents de dépression, difficultés conjugales, événements stressants récents, faible soutien social, etc.

Chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente, rechercher les signes évocateurs d'une dépression du *post-partum* (utiliser par exemple l'EPDS<sup>(4)</sup>).

#### Informier/expliciter

Informier de la possibilité de vivre, avant et après l'accouchement, des émotions inattendues, des difficultés d'ordre psychique, non systématiques mais fréquentes, de durée et de gravité variables.

*La grossesse, l'accouchement et l'arrivée de l'enfant s'accompagnent de profonds bouleversements psychiques. Certains parents se trouvent en difficulté face à des émotions nouvelles pour eux.*

Détailler les formes de soutien possibles pour le couple.

*Devenir parents procure beaucoup de joie mais aussi des difficultés. On peut avoir parfois une baisse de moral, être angoissé(e) : n'hésitez pas à demander de l'aide à vos proches (famille, amis) et aux professionnels de santé. Ces derniers pourront vous indiquer des lieux et des personnes vers qui vous tourner en cas de difficultés.*

#### Accompagner la réflexion

Aider le couple à se préparer de manière réaliste au fait de devenir parents.

Aider les femmes à mobiliser leurs propres ressources, internes ou externes.

#### S'engager

Informier le couple de sa disponibilité après la grossesse pour parler de ces difficultés.

*Surtout n'hésitez pas à venir me voir si vous ne vous sentez pas très bien après la naissance. Nous pourrions prendre du temps pour discuter de ce que vous ressentez.*

En fonction de ses compétences, proposer un soutien psychologique ou orienter vers un autre professionnel. Une psychothérapie voire un traitement médicamenteux peuvent s'avérer utiles dans les formes les plus sévères de l'effondrement maternel.

Prendre en compte la présence du père et le soutenir également.

#### Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage)

Solliciter, si possible, le soutien des membres de l'entourage et en particulier du père.

Mentionner l'existence des associations de soutien au rôle parental. Elles permettent le contact avec d'autres mères/d'autres couples ayant rencontré ce type de difficultés. Elles peuvent être utiles en prévention et parfois dans la prise en charge (entretiens individuels par des psychologues).

En cas de besoin, orienter vers un psychologue ou un psychiatre.

### Réseaux/groupes de soutien

- Les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)

« Au-delà de susciter les occasions de rencontres et d'échanges entre les parents, les REAAP ont pour objectif de mettre à leur disposition des services et moyens leur permettant d'assumer pleinement, et en premier, leur rôle éducatif. Les REAAP mettent en réseau tous ceux qui contribuent à conforter les parents dans leur rôle structurant vis-à-vis de leurs enfants. » [Charte REAAP, 2006]. Ils soutiennent en particulier les LAEP, lieux d'accueil enfants-parents, anonymes et gratuits (en convention avec les CAF).

- Le réseau des Écoles des parents et des éducateurs (EPE) <http://www.ecoledesparents.org/>

Les EPE visent principalement 3 objectifs :

- contribuer à rendre acteurs de leur vie les parents et les jeunes, en renforçant leurs ressources propres et leurs compétences personnelles ;
- participer à la formation et à l'accompagnement des partenaires de l'éducation et du secteur sanitaire et social ;
- mettre en relation les parents et les professionnels des secteurs éducatif, sanitaire et social.

- Les Maisons Vertes

Ce sont des lieux d'accueil et d'écoute pour les tout-petits et leurs parents ou personnes qui s'en occupent habituellement. Ils leur permettent de passer un moment ensemble et de rencontrer d'autres enfants, d'autres parents ou membres de l'équipe d'accueil (travailleurs sociaux, éducatifs, psychanalystes). Françoise Dolto est la créatrice du concept et de la première Maison verte en France (1979). Liste des structures d'accueil type « Maisons vertes » sur : <http://www.francoise-dolto.com/liste.htm>

- L'association Maman Blues : <http://www.maman-blues.org>

Site et association parentale consacrés à la difficulté maternelle. Le site Internet propose de nombreuses explications sur la difficulté maternelle, des témoignages de mères, une bibliographie très complète et les coordonnées des unités françaises mère-enfant. L'association est basée à Paris, avec une antenne à Rennes.

## Ressources pour approfondir le sujet

### Ouvrages

- Isserlis C., Sutter-Dalay A.-L., Dugnat M., Glangeaud-Freudenthal N. *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*. Paris : Éres, coll. Petite enfance & parentalité, 2008 : 222 p.
- Dayan J., Andro G., Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson, 2002 : 586 p.
- Guillaumont C. *Les troubles psychiques précoces du post-partum*. Paris : Éres, 2002 : 120 p.
- Bensoussan P. *Le baby blues n'existe pas*. Paris : Éres, 2003 : 78 p.
- Dayan J. *Maman, pourquoi tu pleures ?* Paris : Odile Jacob, 2002 : 280 p.
- Delassus J.-M. *Le sens de la maternité*. Paris : Dunod, 2007 : 340 p.

[1] Cf. Circulaire DHOS/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

[2] Bydlowski M. Psychopathologie périnatale : du « blues » à la dépression maternelle postnatale (DPN) [page Internet]. s.d. En ligne : <http://www.gyneweb.fr> [dernière consultation le 22/06/09].

[3] Voir également le site de l'association Maman Blues : <http://www.maman-blues.org>

[4] L'EPDS ou Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg est un autoquestionnaire de dépistage de la dépression postnatale largement validé qui comprend 10 items et est facilement interprétable. Pour ne pas confondre ses résultats avec les signes du baby blues, il ne doit pas être utilisé dans les 2 semaines après l'accouchement. En pratique, il est utilisé dès la 6<sup>e</sup> semaine du *post-partum*. L'EPDS a été traduit et validé en *post-partum* en France par Nicole Guédeney et coll. [Guédeney N., Fermanian J., Guelfi J.-D., Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale sur une population parisienne. *Devenir* 7, 1995, pp. 69-92 ; Guédeney N., Fermanian J. Validation study of the french version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): news results about use and psychometric properties. *Eur. Psychiatry* 13, 1998, pp. 83-89].