

La dépression maternelle postnatale:

Comprendre
Accompagner
Orienter

Claudine Schalck

4^{ème} Congrès National
de la Sage-Femme Libérale



<https://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/crise-sanitaire-et-confinement-quelles-consequences-sur-les-depressions-du-post-partum>

Introduction

- **Pratique sage-femme**
 - **Comprendre**: ce qui est jeu, ce qui se passe
 - Pour savoir **repérer**, et pour pouvoir **accompagner**
 - Savoir soutenir et **orienter** si besoin
- Difficulté de la démarche diagnostique pour une entité clinique polymorphe, masquée par le contexte du postnatal et la difficulté d'en parler pour les mères.
- Répercussions possibles sur le développement de l'enfant

Contexte historique

- La maternité est source de perturbation de la santé mentale, et représentée comme telle



Histoire

- **Hippocrate**: 440 ans avant J-C, « la folie des parturientes », origine organique
- **Esquirol**: 1838, enquête sur les troubles psychiatriques liés à l'accouchement et à la lactation, causes prédisposantes et existantes
- **Marcé**: 1858 traité « De la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices », entité des psychoses puerpérales
- **Pitt** : 1968, psychiatre anglais presque 11% des accouchées présentent une « dépression postnatale atypique »
- **Yalom**: 1968, Etats-Unis, décrit une symptomatologie similaire avec le « post partum blues », à l'origine de la confusion des 2 situations.

Le baby blues ou postpartum blues

- Survenue **précoce**, qq jours, ou dans les 2-3 premières semaines, durée qq heures à 1 jour.
- Prévalence: **20% à 80%** selon inclusion de la multiplicité des symptômes
- Similarité: Grands opérés (Kennely, 1989), après grosse épreuve physique ou intellectuelle
- Rôle des changements hormonaux pas démontré
- Symptômes: pleurs, humeur dépressive, irritabilité, exaltation, extrême fatigue, confusion (mémoire), troubles sommeil ou d'appétit, labilité émotionnelle.
- Lien entre baby blues et dépression postnatale controversé. Pas de baby blues

La dépression postnatale maternelle

- **Syndrome dépressif** qui caractérise la dépression clinique que cette image évoque
- Mais **tableau spécifique** des désordres, liés au contexte **postnatal** (DSM IV et DSM V)
- Ensemble de symptômes, cette fois **persistants**, +/- sévères, +/- longtemps



Rappel sur la dépression clinique

- Trouble de l'humeur, affect de **tristesse**, douloureux, **sans rémission** qui fige tous les aspects la vie: agir, pensées, relations, vie physiologique
- **Triade de pensées négatives, sur soi, le monde, l'avenir**. Polarisation négative sur soi avec perte de confiance et d'estime de soi, doutes, auto-accusations, impuissance, culpabilité, honte. Perte d'espoir. **Idées suicidaires** dont le risque est lié au type de scénario mesurant la détermination.
- **Ralentissement psychomoteur** (motricité, discours, idéation), indécision, inefficacité.
- **Troubles somatiques**: s'endormir sans difficultés mais sommeil perturbé, sans récupérer. **Réveil matinal, fatigué**, sans retrouver le sommeil avec **ruminations négatives**. Perte d'appétit. Parfois isolés quand la dépression est masquée.

Tableau comparatif: dépression ordinaire/postnatale

Dépression postpartum	Dépression ordinaire
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Pas de difficultés d'endormissement Réveil précoce, fatigue, ruminations
Labilité émotionnelle	Constance de l'humeur triste
Peu de ralentissement psychomoteur (elle s'occupe du bébé)	Ralentissement psychomoteur fréquent
Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé	Anxiété moins fréquente
Rares idées suicidaires (pensées obsédées par le bébé)	Idées suicidaires assez fréquentes

Prévalence

- **10% à 20%** des mères en postnatal, selon les études (majeures, 3% à 6%)
- **Deux pics:**
 - **6-8 semaines** après la naissance: période d'adaptation en réponse première à tous les bouleversements survenus, alors que la mère est centrée sur les besoins et les rythmes du bébé
 - **Après le 6^{ième} mois et jusqu'au 15^{ième}**, qui témoigne souvent d'un effondrement plus grand après une lutte adaptative
- **Durée** de 2 semaines, moyenne de 3 à 6 mois, jusqu'à 14 mois, résolution spontanée
- Dépressions **mineures**: le **soutien** suffit, dépression **majeures**: soutien psychologique +/- traitement

Spécificités du contexte postnatal

- Contradiction entre ce qu'elle pense qu'elle devrait vivre avec le bébé et ce qu'elle vit dans la réalité, grande anxiété pour tout ce qui touche au bébé



Pensées négatives sur tout ce qui touche aux compétences maternelles

Images de Kathy Divincenzo sur facebook : et <http://www.terrafemina.com>

Qui suis-je maintenant ?



Plus celle d'avant: « je ne suis plus moi-même »

- Plus le corps d'avant (image de soi), étrangeté du vécu corporel
Racamier : crise maturative majeure
Comparable à celle de l'adolescence

<http://greatmothergreatlife.blogspot.com/2014/03/retrouver-sa-forme-apres-laccouchement.html>

- Plus le couple d'avant, échanges, vie intime, vécus différents
Plus la même place dans le système familial

- Avec une identité sociale reconnue mais qui ne correspond pas à ce que je vis (maternité en contradiction)

- Focalisation sur le bébé « comme si » c'était la clé de toutes les reformulations



<http://mereepuisee.canalblog.com/>

Les enjeux liés à la dépression maternelle

- **Bouleversements**, changements, **efforts d'adaptation** et de réorganisation d'une vie, et de son identité, avec un bébé.
- « **Dépréciation** » maternelle douloureuse liée à l'incapacité de réduire l'écart entre ce qui était attendu et la réalité survenue malgré tous les efforts fournis (« burn out »)
- **Désenchantement**, dans les soins et de la relation avec le bébé (**perte de rêveries maternelles**). Perte de la **lecture émotionnelle** dans les interactions avec le bébé
- Soins donnés sans procurer de **plaisir**, grande **souffrance** constante de ne pas donner au bébé ce dont il a besoin, **grande anxiété**/ recherche de conseils
- **Grande culpabilité** d'être cette «mauvaise mère », **honte**, crainte du jugement, Difficultés pour en parler, silence sur le sujet, voire le cacher



Les informations données par le bébé

- Interactions moins gratifiantes, comportement décousu
- stimulations **excessives** pour contrôler, mais discordance face à ses besoins (bébé irritable), troubles sommeil, alimentation, « bébé difficile »
- stimulations **appauvries** (bébé en retrait « sage »), **attend les interactions positives, pour se nourrir**
- **Inhibition** de la dépression, **inhibition motrice** du bébé (prend le sein mais le lâche)
Hypotonie, délié, n'arrive pas à se rassembler
Hypertonie, posturale, en arrière (prise de sein difficile)
- Modèle d'attachement inséculaire

Facteurs favorisants

- Facteurs favorisants, **modèle biopsychosocial** (Milgrom, 2002)
- Même facteur importance **variable** selon la personne
- **Nombreuses** origines et multiples
- **antécédents**: maltraitance, violences, troubles psychiques, dépressions, événements de vie, isolement (support social), conflits de couple, spécificité du bébé (stress), antécédent de deuil périnatal, accouchement, faible estime de soi
- Elément principaux: **antécédents de troubles psychiatriques**, faible **soutien social** (liens famille, sociaux, réseau amical), tout ce qui peut alimenter la dépréciation.
- **dépression anténatale et adolescentes** (50%), moins de 18 ans, plus de 40 ans

Difficultés du repérage

- **Symptômes masqués** par le **contexte postnatal** et/ou confondus avec les « **doléances du bébé** »
- Difficultés pour **en parler**, alors que le **discours permet un repérage**
- **Peu d'occasions** de rencontrer des professionnels, souvent **peu avertis, peu de temps**
- **Tableau trompeur, silence** des mères qui **se reconstituent** le temps d'une consultation
- **Position « d'expert »** inadaptée (approche diagnostique, asymétrie relationnelle)

Accompagner

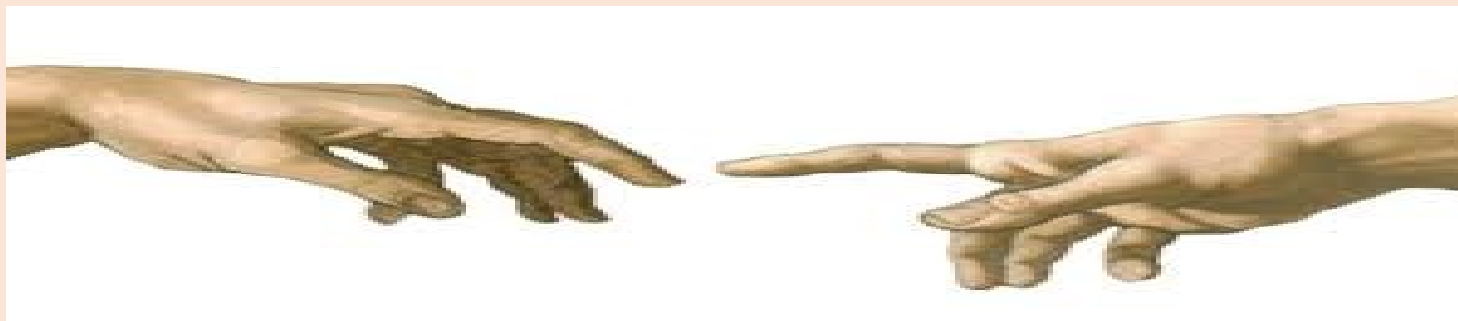


- **Savoir rejoindre** la mère dans son vécu, la dépression a besoin d'être reconnue et partagée ensemble, savoir **se positionner**
- **Savoir poser des questions:** « Est-ce que parfois vous vous sentez anormalement fatiguée ? », « Au point d'avoir l'impression d'être submergée? », ne pas rater l'occasion
- Attention à la manière de **donner des conseils** (disqualification) « Et vous qu'est-ce que vous en pensez ? »
- **S'intéresser à la mère, ses intérêts**, inciter à faire des choses pour elle-même (bien être, travail corporel, rééducation périnéale)

Accompagner

- **Refaire le récit de l'accouchement** (sorte de reprise en main de ce qu'elle a fait et réussi)
- **Soutenir et valoriser la mère** auprès du bébé et le **bébé auprès de sa mère**, peau à peau, massage, portage, expériences positives, « parler bébé », **valoriser le bébé car lorsque le bébé est compétent, la mère est compétente**
- Utiliser **toutes les opportunités de soutien**: consultations de routine, activités PMI (mères et bébés), groupes, puéricultrice PMI, amis, famille, impliquer le conjoint.
- **Encourager les activités maternelles propres**, sans le bébé, qui profite d'un changement de contexte interactionnel

Orienter



- S'il faut aller plus loin, **le diagnostique est fait par un expert psy**, qui évalue la prise en charge au-delà si besoin, parfois un traitement médicamenteux est nécessaire
- Avoir un réseau de **partenaires professionnels et institutionnels**, psychologues, psychiatre, pédopsychiatre, les connaître, transfert relationnel
- **Rester dans le suivi conjoint**

Orienter

- **Dépistage et orientation avec l'EPDS (Echelle de dépression postnatale d'Edimbourg) : n'est pas un outil diagnostique**
- **Autoquestionnaire simple à passer mais compliqué à manier: Comment le proposer, le faire passer, le restituer, dans l'idée de savoir comment va la mère alors que vous la connaissez ou qu'elle est en face de vous ?**
- **Après 8 semaines après accouchement, doit être seule, évaluation sur les 8 derniers jours, 10 questions, score total de 0 à 30, spécificité et sensibilité importante au dessus de 11. Pas d'item concernant le bébé**
- **Mais comment savoir ce qu'elle vit, qu'elle accepte une consultation d'expert ?**

Prévenir

- Facteurs de **risques**
- Attentif à l'**EPP** (se renseigner)
- Peur de récurrence
- **Education** et informations anténatale (Site canadien : *Avec un bébé la vie n'est pas toujours rose*)
- Impliquer le conjoint
- **Anticiper** les aides et les soutiens
- **Eviter** les gros changements de vie supplémentaires
- **Penser** à la prise en charge sociale
- Au relais PMI
- Au soutien psy

Merci à tous et à toutes !

