ANNEXE 1Fiche INPES Troubles émotionnels et psychiques des mères en post partum

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 3e et le 5e jour du *post-partum* et disparaissent vers le 9e ou 10e 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 réconforter 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 3e et le 14e 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[1].

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. »[2] 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 1er 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.[3]
	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[4]).
Informer/expliquer	Informer 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	Informer 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 pourrons 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.

Ressources pour les femmes/les parents

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 REAPP, 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 : Érès, 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 : Érès, 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/O2/6 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 6e 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].

PARENTAGE Mai 2010

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

ANNEXE 29 t 5 { ó 9 Ŏ Ƙ Ŝ f f Ŝ Ř Ω 9 Ř ǻ Y ō ƻ dzNJ Ǝ ú

NOM :

Prénom :

Date :

Vous venez d ô a w n b é b é . Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c à - d i r e s u r les 7 jours qui viennent de s ô ® c o u l e r) e t p a s s e u l e m e n t a u j o u r d ô a u j o u r d ô h u i .

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

Oui tout le temps Oui la plupart du temps Non pas très souvent Non pas du tout

Cela signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de ăΩŞŎƻdzfŜ₩ ηφ

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

1- W Ω l · ǻ LJdz NJ ǻ NJ Ŝ Ŝ ú Ldž Ŝ y ˇ Ř NJ Ŝ f Ŝ ă Ŏ Ƙ ƻ ă Ŝ ă Ř dz ō ƻ y ˇ
Aussi souvent que Ř Ω Ƙ l · ō ǻ ű dz Ř Ŝ
Pas tout à fait autant
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
Absolument pas

2- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à Ω l · Ø Ŝ y ˇ ǻ NJ
Autant que Ř Ω Ƙ l · ō ǻ ű dz Ř Ŝ
Plutôt moins que Ř Ω Ƙ l · ō ǻ ű dz Ř Ŝ
Vraiment moins que Ř Ω Ƙ l · ō ǻ ű dz Ř Ŝ
Pratiquement pas

3- W Ŝ Y Ŝ ă dz ǻ ă NJ Ŝ LJNJ ƻ Ŏ Ƙ Ş Ŝ Σ ă l · y ˇ ă NJ l · ǻ ă ƻ y mă l Σ Ř Ω ş ú NJ Ŝ
Non, pas du tout
Presque jamais
Oui, parfois
Oui, très souvent

4- Je me suis sentie inquiète et soucieuse sans motifs
Non, pas du tout
Presque jamais
Oui, parfois
Oui, très souvent

5- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons
Oui, vraiment souvent
Oui, parfois
Non, pas très souvent
Non, pas du tout

6- W Ω l· ǻ Ŝ dz ű Ŝ y˝ Ř l· y˝ Ŏ Ŝ Ł évènements Ŝ y˝ ű ǻ NJ Ř Ş LJ l· ă ă Ş Ŝ LJ l· NJ
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face à mes situations
Oui, parfois je me suis sentie aussi capable de faire face que K l· ō ǻ ű dz Ř Ŝ
b ƨ y˝ Σ Ƨ Ω l· ǻ LJ dz Ŧ l· ǻ NJ Ŝ Ŧ l· Ŏ Ŝ Ł f l· LJ f dz LJ l· NJ ű Ř Ŝ ă
Non, je me suis sentie aussi efficace que K l· ō ǻ ű dz Ř Ŝ

7- W Ŝ Y Ŝ ă dz ǻ ă ă Ŝ y˝ ű ǻ Ŝ ă ǻ Y l· f K Ŝ dz NJ Ŝ dz ă Ŝ lj dz Ŝ Ƨ Ω l· ǻ Ŝ
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, pas du tout

8- Je me suis sentie triste ou peu heureuse
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Pas très souvent
Non, pas du tout

9- W Ŝ Y Ŝ ă dz ǻ ă ă Ŝ y˝ ű ǻ Ŝ paisiré Y l· f K Ŝ dz NJ Ŝ dz ă Ŝ lj dz Ŝ Ƨ Ω Ŝ y˝
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Seulement de temps en temps
Non, jamais

10- Il Y Ω Ŝ ă ű l· NJ NJ ǻ Ø Ş Ř mêl LJ Ŝ y˝ ă Ŝ NJ Ł Y Ŝ Ŧ l· ǻ NJ Ŝ
Oui, très souvent
Parfois
Presque jamais
Jamais

Les items 3, 4,5,6,7,8,9,10 se cotent de 3 à 0.

Les items 1 et 2 se cotent de 0 à3.

Exploitation par les professionnels : Le score final est la somme des 10 cotations, plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important, et plus la dépression est sévère. Le seuil retenu pour la validation française est de 10,5 au-dessus duquel une dépression post-natale est possible et en dessous duquel le risque est très faible.

L'étude de Nicole Gourmelen (pour une logique clinique) avec un seuil à 11 a une sensibilité égale à 0,80, une spécificité égale à 0,92, une valeur prédictive positive à 0,92 et une valeur prédictive négative à 0,81. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

ANNEXE 3le DADP ou Questionnaire de Genève

DEPISTAGE ANTENATAL DU RISQUE DE DEPRESSION DU POST-PARTUM (DADP)

(DEPISTAGE LARGE)

Répondez aux questions suivantes par la réponse qui vous semble la plus appropriée concernant votre grossesse actuelle. Une seule réponse possible.

1. Avez-vous des démangeaisons ?
   Oui Σ ō Ŝ l· dz Ŏ ⁇ dz LJ X X X ó м LJ ⁇ ƛ ƴ ű ú
   h dz ƛ Σ Y ⁇ è Ŝ ƴ ƴ Ŝ Y Ŝ ƴ ű X Φ Φ ó л LJ ⁇ ƛ ƴ ű ú
   h dz ƛ Σ dz ƴ LJ Ŝ dz X X X ó л LJ ⁇ ƛ ƴ ű ú b ⁇ ƴ Σ
   LJ l· ă Ř dz ű ⁇ dz ű X X X ó л
2. **Est-ce que vous vous reprochez des choses ?**
   Oui, souventéééé (1 point)
   Oui, moyennementéé.. (1 point)
   Oui, un peuéééé (0 point)
   Non, pas du toutéé.. (0 point)
3. **Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?**
   Oui, beaucoupéé.. (1 point)
   Oui, moyennementéé.. (1 point)
   Oui, un peuéé.. (1 point)
   Non, pas du toutéé.. (1 point)
4. **Avez-vous un sentiment de solitude ?**
   Oui, souventéééé (3 points)
   Oui, moyennementéé.. (2 points)
   Oui, un peuéééé (1 point)
   Non, pas du toutéé.. (0 point)
5. **Avez-vous lô impression que les autres ne vous montrent pas de sympathie ?**
   Oui, souventéééé (1 point)
   Oui, moyennementéé.. (1 point)
   Oui, un peuéééé (1 point)
   Non, pas du toutéé.. (0 point)
6. **Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?**
   Oui, souventéééé (1 points)
   Oui, moyennementéé.. (0 points)
   Oui, un peuéééé (0 point)
   Non, pas du toutéé.. (0 point)

{ Ŏ ⁇ NJ Ŝ Y P X X X X X X

[Ω Ş Ŏ K Ŝ positive si le score est égal ou supérieure à 3

Questions supplémentaires

7. Pleurez-vous facilement ?
   Oui, beaucoup (1 point)
   Oui, moyennement... (1 point)
   Oui, un peu (0 point)
   Non, pas du tout (0 point)
8. Avez-vous suivi ou pensez-vous suivre des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme pour cette grossesse-ci ?
   Oui (0 point)
   Non, mais je l'ai fait pour une grossesse
   Non (1 point)

La partie supplémentaire est positive si les réponses sont positives : score égal à 2.

Risque de « dépression du post-partum » : le DAD-P est positif si
positives.

ANNEXE 4 : Fiche de repérage Maman Blues

Souffrance périnatale comment la repérer ?

Quelques repères :

- Baby blues : état dépressif passager, qui débute généralement vers le 3ème jour après l'accouchement (Fréquence de 30 à 70 %)
- Dépression du post-partum : dépression particulière liée à la maternité, pas toujours évidente à plusieurs mois. Sans traitement, elle peut se chroniciser et avoir des conséquences graves sur l'enfant (Fréquence de 10 à 20 %)
- Psychose puerpérale : chaos émotionnel sévère qui survient brutalement dans les 2 semaines (Fréquence 1 à 2 cas pour 1000 naissances)

Les caractéristiques de la dépression post-partum :

La maman peut présenter :

- Plaintes somatiques récurrentes : mal de dos permanent, palpitations, bouffées de chaleur, tremblements, sensation d'oppression, d'étouffement, de vertige...
- Troubles du sommeil : impossibilité de s'endormir, se rendormir, cauchemars...
- Fatigue constante, irritabilité .
- Hyperactivité ou atonie.
- Détachement, lassitude inhabituelles.
- Difficultés de concentration, plus goût à rien, perte d'envie (alimentaire, affective, sexuelle...).
- Pleurs fréquents, colères incontrôlables, sans motif précis.
- Pertes de mémoire, des oublis importants même dans les soins du bébé.
- Anxiété
- Culpabilisation
- Souhaite partir, disparaître, se sent un poids pour tout le monde...
- Sentiment oppressant de temps arrêté, figé, d'avenir obstrué...
- Ne se sent plus aimée et a le sentiment de ne plus être capable d'aimer.
- Pessimisme global surtout envers le bébé.

Autour du bébé, la maman peut

- Ne ressentir aucune émotion ou paniquer devant l'intensité de ses sentiments.
- Être réticence à le prendre contre elle ou au contraire avoir des difficultés à s'en détacher corporellement.
- Avoir la peur permanente qu'il lui arrive quelque chose.
- Peut exprimer son désarroi envers son bébé par des gestes brutaux ou au contraire cacher ses pulsions par des démonstrations d'affection excessives en public.
- Ressentir comme une "rivalité d'existence" avec lui, l'un (elle-même) devant disparaître pour que l'autre puisse vivre.

- Connaître des pensées et fantasmes obsessionnels, des phobies d'impulsion qu'elle ne peut chasser et qui l'anéantissent, peur de faire du mal à son bébé, peur d'être incestueuse... à *différencier de l'envie de faire du mal à son enfant qui elle, relève de l'urgence psychologique.*

Face à une difficulté maternelle, le bébé peut présenter les signes suivants

- Enfant «symptôme» ou «aux besoins intenses»
- Des troubles précoces du sommeil, avant même l'installation de son propre rythme de vie (sommeil / éveil).
- Des maladies à répétition : bronchiolites, régurgitations, affections dermatologiques...
- Des pleurs incessants, difficiles à apaiser, des spasmes du sanglot.
- Une prise de poids insuffisante, courbe de croissance faible.
- Des malaises vagaux très brefs dont la cause restera inconnue...
- Un bébé comme absent, faisant peu de bruit, comme s'il régressait et avait enclenché une « marche arrière» dans sa naissance.
- Un bébé ayant des difficultés à se nourrir, à prendre le sein ou le biberon, une prise d'alimentation lente ou rapide comme s'il devait se remplir très vite pour se rassurer.
- Un bébé trop sage, qui s'adapte au rythme et à l'humeur de maman, qui se protège dans le sommeil, qui se montre sérieux quand elle est sombre, et enjoué quand elle l'est.
- Un bébé comme hostile au monde, qui s'oppose ou se raidit au contact de sa mère, semble manifester comme un comportement d'opposition ou de retrait.
- Un bébé ne cherchant pas ou n'accrochant pas le regard de sa mère pendant le temps de [illegible] comme «chevillé» au regard de celle-ci.
- Un bébé sans tonus [illegible] dans le ventre de sa mère, hypotonique.

[illegible] www.maman-blues.fr : Les différents visages de la Difficulté Maternelle.

ANNEXE 5 : Dépliant Vous avez des Questions ?

Vous avez des Questions ?

LA DÉPRESSION DU POST PARTUM

• La dépression du post partum, c'est quoi ? •

La dépression du post-partum est un **trouble de l'humeur** qui se traduit par un **état dépressif majeur** de la femme après son accouchement. On estime que 10 à 20% des femmes souffrent d'une dépression du post-partum.

• Dans la pratique... •

■ QUELLE DIFFÉRENCE AVEC LE BABY-BLUES ?

Le baby-blues est un ensemble de sentiments tels qu'une forte émotivité, de la fatigue, de la tristesse, du stress qui apparaissent en général 48^{h} après la naissance, lors de la **chute d'hormones**. Le baby-blues est un épisode **bref**, **peu intense**, qui peut durer 10 à 15 jours.

■ QUELS SONT LES SIGNES D'UNE DÉPRESSION DU POST-PARTUM ?

La dépression du post-partum est difficile à diagnostiquer car les femmes n'osent pas exprimer leur mal-être par peur du jugement ou d'être incomprise. Il est parfois difficile de reconnaître les signes de la dépression et celle-ci s'installe dans la durée. Cela ressemble à beaucoup d'autres formes de dépressions.

Les signes et les symptômes varient selon chaque femme, mais le plus souvent on retrouve :

- **Tristesse**, envie de **pleurer** ou même des pleurs constants
- **Troubles du sommeil**
- **Douleurs somatiques**

- **Perte d'intérêt**
- Peur de ne pas être à la hauteur, d'être **inutile**, de ne servir à rien
- Peur d'être une **mauvaise mère**, de ne pas savoir s'occuper de son enfant
- Difficulté ou **impossibilité à créer un lien** avec son nouveau-né : c'est un étranger qui peut même paraître hostile
- Sentiment de **solitude**, car on a peur d'être jugée si on explique ce que l'on ressent
- Sentiment de **culpabilité** d'avoir des pensées négatives envers son bébé et soi-même
- Sentiment de **désespoir**, de se sentir prise au piège, de n'avoir aucune issue
- **Epuisement** permanent
- **Perte d'appétit**
- **Pensées suicidaires**

QUAND ARRIVE UNE DÉPRESSION DU POST-PARTUM ?

La dépression du post-partum peut apparaître **des semaines voire des mois après la naissance**. Il n'y a pas de moment précis, ce qui rend la dépression du post-partum très difficile à diagnostiquer. Le pic de la dépression du post-partum est environ 6 semaines après la naissance.

Y A-T-IL DES FACTEURS DES RISQUES DE LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM ?

Il est impossible de savoir si une femme fera une dépression du post-partum. Toutefois, les femmes ayant déjà fait une dépression lors d'une grossesse ou naissance précédente, ou un épisode dépressif, seront plus à risque. Des facteurs tels que l'isolement, l'éloignement géographique, un accouchement traumatique, une grossesse dite pathologique, une naissance prématurée, une fausse couche, un deuil périnatal, des difficultés sociaux économiques peuvent favoriser une dépression du post-partum.

VERS QUI SE TOURNER ?

La première étape est souvent l'étape la plus difficile car il s'agit de reconnaître et d'**accepter** que la dépression est bien réelle.

Si vous ressentez que quelque chose ne va pas, que vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à vous tourner vers des professionnels de santé ou des associations.

QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM ?

Une dépression du post-partum non soignée peut avoir de très **graves impacts** sur la vie de la mère mais aussi de l'enfant. Un accompagnement global et sur le long terme afin d'aider dans la transition du devenir ou redevenir mère sera à envisager.

Un professionnel de santé peut vous aidez à surmonter vos difficultés. Des **groupes de paroles** pourront également vous être proposés afin de pouvoir poser des mots sur vos maux. Ces groupes vous permettront de **libérer votre parole sans vous sentir jugée**. Etre au contact de femmes ayant vécu ou vivant une dépression du post-partum peut vous aider à comprendre ce que vous traversez. De plus, vous pourrez trouver ensemble des axes de réflexion.

Une **hospitalisation** en unité mères-enfants pourra vous être proposée. Une équipe pluridisciplinaire (psychologues, pédopsychiatres, puéricultrices, infirmières) accompagnera la maman et son enfant afin que celle-ci retrouve l'**assurance** et la **confiance** en elle. Cette équipe favorisera le lien mère/enfant.

Certains hôpitaux proposent des consultations à domicile avec un psychologue et aussi l'intervention de puéricultrices libérales. Ce qui a pour avantage de ne pas faire déplacer la maman et son bébé, d'intervenir dans l'environnement afin de connaître les réels besoins de la maman mais aussi de garder une surveillance sur l'état physique et psychologique de la maman et du bébé.

Un traitement médicamenteux peut être mis en place mais ce n'est pas systématique : c'est au cas par cas.

Ne restez pas seule, parlez-en à un professionnel ou une association, ce que vous vivez est très difficile. La grossesse, la naissance, sont des bouleversements qui peuvent se révéler une source de grandes difficultés. N'hésitez surtout pas à en parler, à dire ce que vous ressentez.

• Plus d'infos ! •

Votre sage-femme, votre gynécologue, votre médecin reste l'interlocuteur de référence pour toutes vos questions.

■ MAMAN BLUES

Association Maman Blues

La naissance peut être un véritable tsunami et si vous ressentez le besoin d'en parler, d'être écoutée, il existe l'Association Maman Blues.

▶ **http://www.maman-blues.fr**

▶ Groupe : **Maman Blues**

■ SUICIDE ÉCOUTE 01 45 39 40 00