

**Université René Diderot Paris 7  
Faculté de médecine Xavier Bichat**

**Diplôme d'Université  
Psychopathologie périnatale**

**Pr Antoine Guédeney – Dr J. Le Foll**

**Année 2020-2021**

**La dépression post-natale  
maternelle clandestine**

**Ou la non-reconnaissance du trouble  
par la mère elle-même**

**Présenté par**

**Bedouet Chloé**

**Infirmière**

# Plan

## **Introduction**

### **I La dépression postnatale maternelle : de quoi s'agit-il ?**

- 1- Définition
- 2- Facteurs de risques
- 3- Symptomatologie

### **II Causes et mécanismes de la non-reconnaissance du trouble par la mère elle-même**

- 1- La vision parfaite de la maternité
- 2- Le sentiment de honte et de culpabilité
- 3- Un trouble noyé
- 4- La méconnaissance de la dépression postnatale maternelle
- 5- La place (secondaire) de la mère au sein de la dyade mère-enfant

### **III Conséquences de la non-reconnaissance de la dépression postnatale maternelle**

- 1- Le retard de diagnostic, l'aggravation du trouble et l'allongement du délai de traitement
- 2- Les problématiques consécutives
- 3- Les conséquences sur le lien mère-enfant et sur le développement de l'enfant

### **III Pistes d'amélioration**

- 1- Ôter à la maternité sa notion de sacralité
- 2- Démocratiser la difficulté maternelle, en parler publiquement et massivement. Lever le tabou sur la dépression du post-partum
- 3- Des actions concrètes sur l'accompagnement des mères en pré et post-partum : le rôle des pouvoirs publics
- 4- Rendre l'information facilement accessible
- 5- Encourager les mères à parler : c'est un droit légitime
- 6- Une écoute empathique et une relation de confiance
- 7- Sensibiliser l'entourage et les professionnels
- 8- Un renforcement du dépistage
- 9- Un accompagnement post natal repensé et étoffé

### **Conclusion**

### **Bibliographie**

**Annexe : entretien écrit avec Elise Marcende (présidente de l'association Maman Blues)**

## **Introduction**

« En un sens une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. Ce qu'une femme met au monde dans son esprit ce n'est pas un nouvel individu mais une nouvelle identité : le sentiment d'être mère. » (Stern & Brushweiler-Stern, 1998). Il n'est pas aisé de devenir mère car ce qui se joue psychiquement est bien plus profond et bien plus puissant que tout ce que l'on peut imaginer. Le fossé creusé entre la mère que l'on attend que l'on soit et celle que l'on devient crée le malaise et le trouble. C'est dans ce contexte très normé de la maternité que la dépression du post-partum entre en scène. C'est dans ce monde de la maternité lissée et performée que la dépression du post-partum s'invite. Ainsi elle déstabilise, pose question et génère de la frustration. Elle n'a pas sa place dans ce moment sacré et il est souvent bien plus acceptable de l'ignorer ou de la cacher que d'en parler. Souffrir à l'intérieur mais offrir au visible le meilleur. Voici la réalité derrière ce trouble qui fait bien trop souvent son nid dans le silence des mères.

Ce travail a pour but de mettre en lumière la dépression du post-partum et surtout de se questionner sur les mécanismes qui poussent les mères à bien trop souvent l'ignorer et/ou se taire lorsqu'elles y sont confrontées. Je me suis également intéressée au travers de cet écrit aux conséquences de la non-verbalisation de ce trouble. En effet, cela retarde sa prise en charge, accentue sa gravité et majore les problématiques qui y sont liées et ce parfois au long terme. Dans la dernière partie de cette rédaction j'ai voulu mettre en avant les solutions à apporter pour que les mères n'aient plus honte ou peur de parler et pour que la dépression post-natale maternelle soit plus facilement anticipée, détectée et donc traitée.

# **I La dépression postnatale maternelle : de quoi s'agit-il ?**

## **1- Définition**

La dépression postnatale maternelle peut se définir comme tout trouble dépressif, sans caractéristique psychotique, survenant dans l'année suivant la naissance de l'enfant. Si elle apparaît dans les 6 semaines suivant l'accouchement elle est classée dans la catégorie F53 « troubles mentaux et troubles du comportement associées à la puerpéralité, non classés ailleurs » de la Classification internationale des maladies (CIM10). Comme l'explique F. Sardas : « C'est un moment où la jeune mère subit l'après-coup de la naissance, à un moment où elle est assez seule dans la réalité d'un quotidien qui peut être dévalorisant, une vague de tristesse recouvre une réalité qui s'assombrit. ». La prévalence de ce trouble est de 10 à 15% selon les études et selon les critères diagnostiques utilisés (Sutter-Dallay, 2010). On peut constater deux pics de fréquence vers 4 à 6 semaines et 6 à 8 mois post-partum (Sutter-Dallay, 2018). Il s'agit d'une perturbation de la régulation de l'humeur. Son incidence à 5 semaines de post-partum est triple comparée aux autres périodes de la vie d'une femme (Sutter-Dallay, 2010). Elle survient, en effet, durant une période de remaniements personnels, familiaux et environnementaux importants (Bydlowski, 2008). Devenir mère entraîne des bouleversements majeurs et notamment sur le plan identitaire. Les repères ne sont plus les mêmes et il n'est pas rare que l'on ne se reconnaisse plus soi-même. Le socle solide sur lequel on reposait peut, de ce fait, devenir mouvant, ce qui peut précipiter le mal-être en cette période de grande fragilité. La labilité émotionnelle qui caractérise ce trouble est intense. C'est un peu le grand huit des émotions. Des variations déroutantes d'humeur peuvent se produire au cours d'une même journée. Les sentiments et ressentis sont exacerbés, tout ceci majoré par la fatigue et le stress de prendre soin d'un nouveau né.

B. Pitt (1968) parle de dépression atypique. Il explique notamment que l'humeur dépressive serait majorée le soir. J. Dayan (2002) explique aussi que « le début est généralement insidieux » et que « le caractère particulier de cette dépression est d'être déclenchée par la naissance de l'enfant, de retentir sur les relations entre ce dernier et sa mère et d'emprunter une configuration de signes légèrement différente de la dépression dans ses formes classiques. [...] La dépression du post-partum s'accompagne de moins de perturbations, dans la vie courante qu'une dépression habituelle [...] la mère accomplit les tâches domestiques [...]. Elle ne reste pas alitée la plupart du temps. » Il précise aussi que « cette dépression est atypique car manquent les symptômes assez caractéristiques de la dépression que sont les idées suicidaires ou le traditionnel ralentissement de la pensée et du mouvement. ».

Le terme de « dépression souriante » est souvent évoqué pour en parler, c'est d'ailleurs comme ça qu'elle était appelée lors de sa découverte. Le repérage des dépressions post-natales est donc difficile, notamment, du fait de l'absence de spécificité. (Vacheron, 2015).

La notion de dépression est très stigmatisée et dans l'imaginaire commun, caractérisé par une personne qui pleure tout le temps, qui reste au fond de son lit, seule. Sa vision par notre société est très négative. On entend souvent dire que les personnes dépressives sont des personnes faibles voire fainéantes, qui se complaisent dans leur mal être, bien souvent injustifié aux yeux des autres. La dépression fait donc tâche, et est, de ce fait, difficilement associable à la sacro-sainte maternité dans la vision commune sociétale. Comme toutes les pathologies psychiques, c'est-à-dire celles qui ne touchent pas au corps et donc qui ne se voient pas, elles ne sont pas forcément reconnues comme légitimes et donc comme acceptables. La souffrance physique aurait donc plus de crédibilité que la souffrance psychique. C'est peut-être d'ailleurs pour cela que, si préparation au post-partum il y a, on s'attarde en premier lieu (et bien plus) sur les conséquences physiques (bien visibles, elles) de la naissance d'un enfant plutôt que sur les retentissements psychopathologiques.

## 2- Facteurs de risques

La dépression post natale est un trouble multifactoriel. A. L. Sutter-Dallay (2010) a décliné ces facteurs de risques en 2 catégories : les facteurs de risque fort à modéré et modéré à faible. Si l'on s'intéresse au premier type on retrouve principalement des troubles survenus pendant la grossesse (anxiété, épisode dépressif), des antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiques, la survenue d'événements de vie générant du stress et le manque de soutien social (émotionnel et matériel). Ainsi un déménagement pendant la grossesse (qui est un événement stressant) peut avoir un impact sur la survenue d'une dépression post-natale. Dans la seconde partie des facteurs de risque la psychiatre évoque le mauvais soutien conjugal, la survenue de complications obstétricales, le statut socio-économique (faible), le tempérament de l'enfant, les difficultés dans les soins à l'enfant (et dans le lien à l'enfant), le style cognitif attributionnel négatif (pessimisme) et le neuroticisme. Il peut également être mis en avant un accouchement traumatique, un arrêt de l'allaitement précoce (Vacheron, 2015). Dans leur globalité les facteurs gynéco-obstétricaux peuvent jouer un rôle : des antécédents de fausse couche spontanée, d'IVG, de mort fœtale ou périnatale, une grossesse multiple, une malformation fœtale ou découverte à l'accouchement, une prématurité, une hospitalisation du nouveau né, une pathologie décompensée pendant la grossesse (diabète gestationnel, HTA gravidique...), une mort fœtale ou périnatale, le mode d'accouchement. (Sutter-Dallay, 2018).

La réactivation du lien à sa propre mère qui a pu manquer de capacités maternelles pour raisons diverses peut aussi être mise en cause dans la dépression post-natale. De plus, il est pertinent de mettre en exergue les troubles du sommeil et de l'appétit comme catalyseurs de cette dépression (Sardas, 2016). En effet, comme l'explique A. L. Sutter-Dallay (2018) « la privation de sommeil en période périnatale peut représenter l'un des facteurs précipitant la survenue de symptômes thymiques. ». Des facteurs psycho-sociaux comme un âge inférieur à 20 ans ou une primiparité après 35 ans sont aussi à mettre en cause, de même que la reprise du

travail précoce. Concernant les facteurs hormonaux « la dépression en tryptophane, les variations en oestrogènes, progestérone, cortisol et l'axe hypothalamo-hypophysaire (HPA) ont été associés à la dépression périnatale (Sutter-Dallay, 2018).

S'il est tabou de parler de dépression post-natale, il l'est encore plus de dire que l'enfant et son comportement peuvent parfois en être une des causes, ce qui est pourtant le cas.

On peut également se questionner sur le fait que le bouleversement profond que la maternité induit puisse aussi, de par sa soudaineté et sa virulence, avoir un impact sur la survenue d'un trouble dépressif postnatal. Ce qu'il est important ici de retenir est qu'il y a bien des prédispositions à la dépression post-natale et que de ce fait elle ne peut pas être évitée. Ainsi, lorsque la mère prend conscience du fait que ce qui lui arrive n'est pas de sa faute, cela soulage son sentiment de culpabilité, souvent très fort.

### **3- Symptomatologie**

La symptomatologie de ce trouble est riche ce qui peut rendre son diagnostic compliqué. On y retrouve une fatigue intense (et même un épuisement important), des troubles du sommeil, des difficultés d'endormissement, une anxiété, une perte d'appétit avec un amaigrissement et de la tristesse. (Sutter-Dallay, 2021). On peut également observer à contrario une compulsion à absorber des aliments (Dayan, 2002). La labilité émotionnelle est intense, l'humeur est instable. La mère peut ainsi passer d'un pessimisme morbide à une euphorie inadéquate (Dayan, 2002) et cela est extrêmement déstabilisant et énergivore pour elle mais aussi pour son entourage. Un état d'hypervigilance prolongé envers son enfant peut aussi apparaître : la mère n'arrive plus à dormir, elle est très stressée, aux aguets du moindre bruit et souvent sur le qui-vive. Cela peut aller de pair avec des inquiétudes centrées sur le bébé. « Parfois des plaintes répétées concernant le bébé, ou des manifestations somatiques chez le nourrisson [...] peuvent révéler la dépression maternelle. » (Vacheron, 2015). Tout cela peut mener à une

surprotection peu appropriée du nourrisson ou à la multiplication des consultations médicales pour l'enfant. (Dayan, 2002). On note également une « détresse, des difficultés d'adaptation sociale, et notamment conjugales en post-partum. » (Sutter-Dallay, 2010). C'est un trouble qui touche physiquement (ce qui peut donc générer des plaintes somatiques fréquentes) et psychologiquement. On remarque une irritabilité, des troubles de la concentration, « une perte de plaisir dans la relation avec l'enfant, ce qu'elles vivent avec culpabilité. Elles sont intrusives ou en retrait par rapport à lui et dans la majorité des cas non adaptées dans la relation avec l'enfant » (Vacheron, 2015). Le sentiment d'incompétence maternelle ressenti peut être très fort et participe à une dévalorisation générale de la personne. Cela peut générer des auto-accusations (Dayan, 2002) et une dépréciation de soi dans le rôle de mère. Des phobies d'impulsion peuvent aussi être présentes. Elles peuvent être définies comme une angoisse très vive de faire du mal à son bébé, avec des ciseaux par exemple, ou bien de le jeter par la fenêtre. (Dayan, 2002). Cela se traduit par des visions (fantasmatiques) de soi ayant des gestes violents ou déplacés envers son enfant ce qui génère une peur de passer à l'acte, de l'incompréhension face à ses pensées ainsi qu'une grande culpabilité.

Enfin, le risque de suicide reste présent mais il est moins fréquent que dans une dépression dite « classique », les idées suicidaires étant moins nombreuses (Sutter Dallay, 2018).

## **II Causes et mécanismes de la non-reconnaissance du trouble par la mère elle-même**

### **1- La vision parfaite de la maternité**

La mère, la vraie, est celle qui ne se plaint pas et qui va toujours bien. Car il paraît que ce n'est que du bonheur... Comme le dit si bien Elise Marcende, présidente de l'Association

Maman Blues (Annexe) : « [...] il ne faut pas négliger que la maternité (grossesse et post-partum) est toujours vue comme des moments de grand bonheur que rien ne pourrait venir troubler. ». Depuis tout petit on nous apprend à être conformes aux attentes de la société, à rentrer dans le cadre imposé. Dans les publicités, dans les livres, dans les programmes télévisés la mère mise en scène et adulée est celle qui assure sur tous les fronts : tirée à 4 épingles, toujours souriante, jamais un mot plus haut que l'autre, très bonne cuisinière et ménagère, maîtrisant l'art des travaux manuels et des devoirs bien faits, bienveillante et présente quoi qu'il arrive. J. Dayan (2002) parle de la maternité comme d'un « état idéalisé ». J.M. Delassus (2001) précise même qu'« [...] il faut être une mère compétente. La femme si elle est devenue mère, n'a pas le droit à l'erreur. [...] On ne lui pardonnera rien. ». Les mères sont conditionnées à coller à cette image de perfection et ne doivent surtout pas flancher ou échouer. J. Dayan (2002) explique d'ailleurs qu'« il est donc bien difficile d'exprimer sa tristesse dans une société qui valorise et idéalise tant cet « heureux événement ». Verbaliser ses difficultés est mal vu en plus d'en dire long sur la capacité médiocre de maternité qui, dans la pensée commune, en découlerait. Comme le précise I. Weizman (2020) : « Formuler une lamentation ou émettre un sentiment négatif en lien avec la maternité reviendrait à nier sa nouvelle identité. » et « [...] que de parler desdits maux reviendrait à souiller l'idée de la maternité. ». On n'attend pas d'une mère qu'elle soit malheureuse et c'est pourquoi des yeux rieurs font bien meilleure mère que des yeux pleureurs. La remarque de M. Bydlowski prend ici tout son sens : « Sans doute est-il inconcevable d'être déprimée alors que l'image convenue et idéalisée de la jeune mère est celle d'une femme comblée ? » (2008). Alors, c'est ainsi que les mères ravalent leur peine et leur souffrance, au point de sombrer dans le déni parfois, de ne pas oser se l'avouer. Au point de ne pas voir elles-mêmes à quel point leur douleur psychique est grande, à quel point tout ceci n'est pas normal et à quel point elles ont besoin d'aide, et rapidement. On observe donc malheureusement qu'« il est difficile aux

mères de parler, les mots manquent et la maternité est un vécu imposé qui bloque la parole spontanée. Les difficultés maternelles sont donc occultées. » (Delassus, 2001). Et pourtant c'est souvent dans les silences des mères que se cachent les plus grandes vérités.

La dépression est taboue. La dépression postnatale l'est encore plus car elle touche à la maternité sacralisée, elle la contamine, elle la rend impure et laide. Elle est synonyme d'échec maternel et pousse inconsciemment à la marginalisation de la mère dépressive du groupe des autres mères, qui, elles, ont passé cette épreuve haut la main. J.M. Delassus en parle très justement : « Les femmes qui ont mal à leur maternité sont abandonnées. Et si elles se mettent à crier trop fort ou à inquiéter, il ne leur restera que d'être taxées d'anormales, de déprimées ou de folles. Il ne fait pas bon être une mère en difficulté d'être mère. On vous attend au tournant, on ne vous fera pas de cadeau car c'est une honte, et un outrage à l'ordre reçu, lequel veut que la femme soit toujours au rendez-vous de la maternité. » (2001). J. Dayan (2002), lui, évoque « [...] la difficulté d'admettre qu'une mère puisse être déprimée après avoir mis au monde un enfant. On attend d'elle une véritable transfiguration, une adaptation rapide aux exigences pourtant immenses que requièrent les soins à un jeune bébé et la satisfaction d'accéder au statut maternel. » C'est donc malheureusement que « la mère doit le plus souvent faire face toute seule à cette détresse qu'elle ne comprend pas et qui n'est pas reconnue socialement » (Boukobza, 2007).

## **2- Le sentiment de honte et de culpabilité**

C'est ainsi que la honte s'empare de ces mères qui se voient comme incapables de remplir ce rôle, qui se sentent terriblement médiocres et n'osent pas avouer leur mal-être. Comme si elles avaient échoué à remplir cette fonction pourtant si simple et si banale. Comme si être en difficulté était de l'ordre d'une faute morale impardonnable (Maman Blues, 2010). Elise (Marcende) explique : « Elles peuvent avoir peur d'exprimer leurs ressentis et d'avoir en retour des jugements. Elles sont souvent confites par la culpabilité de l'ambivalence de leurs

émotions ». Alors plutôt que d'essayer des regards désapprobateurs elles se taisent, elles prennent sur elles et elles s'oublient pour réprimer leur désarroi. Ainsi, « la souffrance maternelle est le plus souvent muette, [...] les femmes la dissimulent par honte de ne pas être comme tout le monde, par crainte qu'on ne les juge, par peur qu'on n'intervienne dans la relation avec leur enfant et qu'on ne leur enlève et surtout par désespoir de ne pas être à la hauteur de leur idéal de mère. » (Delassus, 2014). Elles se prêtent au jeu des sourires forcés pour faire taire leur culpabilité. Elles deviennent maîtresses dans l'art de faire semblant et de feindre l'épanouissement maternel. C'est ainsi que « le malaise silencieux des mères peut passer inaperçu » (Bydlowski, 2008). La mère se meurt seule à l'intérieur en espérant que demain soit un jour meilleur. J.M. Delassus explique : « Les mères elles-mêmes sont prises au piège car elles ne se connaissent souvent qu'à travers ce qu'on veut qu'elles soient. » (2001). Il dit aussi : « Il faut beaucoup de circonstances réunies pour qu'elles osent parler. [...] Elles ont trop peur, trop peur d'être incomprises car ce qu'elles se mettent à dire peut paraître anormal. » (2001). C'est ainsi que « censées être heureuses, les femmes ont du mal à exprimer les sentiments qui les traversent : honte, colère, incompetence, regret. » (Sutter-Dallay 2018). Car verbaliser ses difficultés est perçu comme admettre que l'on a échoué dans une tâche somme toute commune, et surtout endossée par les femmes depuis la nuit des temps. Dire : « je n'y arrive pas, je me sens mal » revient aussi à rendre la chose réelle et palpable. « Le silence va s'imposer si souvent de lui-même, d'autant plus aisément qu'il protégera celle qui « s'en revêt ». Tant qu'une chose n'est pas nommée, tant qu'elle n'est pas exprimée, elle n'existe pas, ni pour les autres, ni pour soi. » (Maman Blues, 2010). L'avouer peut être, de ce fait, extrêmement douloureux et c'est aussi risquer de s'effondrer. Elles peuvent pressentir que cette prise de conscience les anéantirait. (Maman Blues, 2010). Et cette réalité peut être insupportable à penser et à mettre en oeuvre. C'est pourquoi, « quand les mères déprimées prennent conscience de leur état, elles l'interprètent plus souvent en terme moraux que

psychopathologiques. » (Dayan, 2002). Cela est moins douloureux à admettre et à intégrer. C'est aussi une forme de protection d'une réalité intérieure qui, si elle venait à sortir de l'ombre, pourrait être dévastatrice. Ainsi, « nombreuses sont en effet les mères qui, par honte, par culpabilité mais aussi par ignorance de ce qu'elles vivent, n'en disent rien à leur entourage et encore moins à leur médecin. [...] Elles peuvent vivre ainsi pendant des mois ou des années abandonnées à des sentiments abyssaux d'indignité et de culpabilité, tout en n'en laissant rien paraître, alors que la douleur et la dépression résultante les dévastent au plus profond d'elles-mêmes ». (Maman Blues, 2010)

### **3- Un trouble noyé**

Se persuader que tout va bien jusqu'à minimiser ou nier le trouble non acceptable est une chose. Ne pas en avoir conscience en est une autre. Il est aisé qu'il soit masqué par une fatigue intense, la valse des hormones ou encore un allaitement compliqué. J. Dayan évoque à propos de la mère que « parfois, elle impute à sa seule fatigue des sentiments et un état caractéristique d'une dépression véritable. » (2002). Happée par le quotidien, accaparée par le bébé, gênée par des douleurs l'attention peut facilement se porter ailleurs. D'ailleurs on peut facilement entendre qu'« une mère extrêmement déprimée en vient à ignorer son état tant elle est accaparée par sa survie. » (Capdeville & Ravous, 2018). Pas le temps de questionner ce mal-être au-delà de la surface, pas l'énergie de regarder en face ce brouillard sombre qui s'épaissit de jour en jour. De plus, « l'abattement n'étant pas toujours permanent dans la même journée, la mère peut, en se rattachant à quelques instants de plaisir, méconnaître son trouble. » (Dayan, 2002). I. Weizman, elle, explique à propos de ses maux en post-partum : « Je les ai minimisés, voire je ne les ai pas conscientisés. Une non-reconnaissance qui favorise un mal-être insidieux, dont nous ne savons pas trouver la cause. Un état de flou qui m'a empêchée de comprendre que je vivais une dépression post-partum. » (2021)

#### **4- La méconnaissance de la dépression postnatale maternelle**

La dépression postnatale maternelle reste très méconnue. On n'en parle pas ou très peu. La tendance est depuis quelques temps à une libération de la parole et à une démocratisation des troubles psychopathologiques autour de la maternité. C'est le cas avec le #MonPostPartum sur les réseaux sociaux qui a engendré de nombreux témoignages de mères en détresse. Le rapport de la Commission des 1000 jours abonde aussi en ce sens. Aussi, comment reconnaître un trouble lorsque l'on n'en a jamais entendu parler ? Comment l'identifier alors que l'on ne sait même pas que cela existe ? Pire encore, comment prendre conscience de son importance, de sa gravité et de ses conséquences sur soi et sur son enfant ?

Elise (Marcende) mentionne le fait qu'il y a « une méconnaissance des symptômes de la dépression maternelle », notamment, précise-t-elle « chez celles qui n'ont aucun antécédent psychiatrique/psychique. » Ainsi, « elle peuvent mettre cela sur le compte d'une grossesse éprouvante, d'un accouchement complexe, d'un bébé dit difficile, d'une fatigue latente. ». Elle explique aussi qu'« une information visant le physique de la mère, la santé du bébé, est donnée sans aucune difficulté mais concernant la santé mentale maternelle [...] on reste frileux à l'évoquer. »

#### **5- La place (secondaire) de la mère au sein de la dyade mère-enfant**

Un autre phénomène à observer est la place de la mère dans la dyade. Elle passe au second plan. Elle s'oublie tout autant qu'on l'oublie. L'enfant est la priorité, la mère fait son bien-être avant le sien, et l'entourage fait souvent de même. Elle est totalement centrée sur son bébé. Il ne serait pas dénué de sens de le voir peut-être comme une échappatoire face à ses propres besoins non satisfaits. La mère est maintenant ce contenant vide qui n'a d'utilité que de prendre soin de l'enfant. C'est lui qui est le nouveau centre de tout et non plus ce ventre maternel bien rond. La mère doit donc faire le deuil d'une attention première en laissant sa

place de lauréate à son nouveau-né. C'est assez naturellement qu'elle va s'accommoder de l'indifférence et qu'elle va elle aussi se détourner d'elle-même pour se consacrer à son bébé.

I. Weizman nous dit par rapport à cela : « Comment évoquer ces aspects sombres de la maternité quand l'attention de tous est entièrement tournée vers ce nouvel être [...] ? » (2021).

### **III Conséquences de la non-reconnaissance de la dépression postnatale maternelle**

#### **1- Le retard de diagnostic, l'aggravation du trouble et l'allongement du délai de traitement**

Ne pas reconnaître son trouble c'est ne pas demander d'aide. Or, plus la dépression du post-partum est prise en charge tôt plus elle peut s'atténuer puis disparaître rapidement, moins il y a de conséquences au long cours pour la mère et l'enfant et moins aussi le traitement sera lourd. M. Bydlowski explique que « si elles n'ont pas la chance de bénéficier d'un environnement soutenant et chaleureux, leur malaise risque de durer » (2008). D'un diagnostic rapidement posé va découler une prise en soin immédiate qui aura aussi cette capacité de stopper l'évolution négative du trouble dépressif.

#### **2- Les problématiques consécutives**

Non prise en charge, une dépression postnatale peut avoir de lourdes conséquences dans les suites de l'existence. Elise (Marcende) nous explique que : « La dépression post partum non accompagnée peut retentir sur la femme autour de troubles du sommeil mais aussi dans la survenue d'une dépression chronique. On peut également noter que les burn-out de certaines

mères sont successifs à une DPP passée sous les radars. ». Ce n'est donc pas anodin et cette marque indélébile d'une crise non résolue peut devenir une vraie blessure qui perdure.

### **3- Les conséquences sur le lien mère-enfant et sur le développement de l'enfant**

La dépression post-natale peut totalement brimer la mère dans ses affects envers son enfant et le risque est pour elle de s'enfermer dans une maternité vide, non vécue et ressentie comme telle. Être mère devient alors un rôle à jouer plus qu'un sentiment profond. En effet, « Dans ces maternités inaccessibles, il s'agit bien plus de gestes à réaliser, de perfection à atteindre, « d'élevage minutieux » d'un bébé que d'engagement, de relation et d'être. » (Maman Blues, 2010). La mère peut alors devenir une forme de robot, aux comportements formels et automatiques. Le maternage peut être adapté sur la forme mais le fond reste creux. Il s'agit là de faire illusion, de « s'efforcer de ressembler à celle que l'on désespère d'être. » (Maman Blues, 2010). Car cet enfant pourrait presque être « l'enfant de n'importe qui » tant elle ne ressent rien à son égard si ce n'est de l'aliénation, de l'indifférence et du détachement (Kumar, 2001). Il faut aussi porter attention au fait qu'il peut y avoir dans certains cas de l'hostilité et du ressentiment envers le bébé, avec dans les cas extrêmes, la présence de l'impulsion à lui faire du mal ou de comportements et de sentiments négligents et d'évitement (Kumar, 2001). Il faut rester vigilant car une telle situation peut devenir dangereuse.

Tout cela rend les interactions avec son bébé pauvres dans toutes les dimensions (Sutter-Dallay, 2018). Ainsi, « La pathologie dépressive entraîne chez la mère une non-disponibilité affective qui l'empêche de reconnaître les signaux que l'enfant lui adresse dans l'interaction et d'y répondre de manière adéquate ». De plus, « Les mères dépressives perçoivent généralement les comportements de leur enfant dans l'interaction plus négativement qu'un observateur extérieur. » (Tissot et al, 2011). On pourrait voir la dépression du post-partum comme un filtre qui biaise la relation, qui laisse passer certaines choses et pas d'autres, qui trouble la communication et perturbe les échanges, qui entrave la bonne interprétation de

comportements, de demandes ou de gestes et donc la bonne réponse adaptée à ceux-ci. C'est le fonctionnement maternel (aspects physiques, comportementaux, cognitifs et fantasmatiques) qui est altéré de manière globale ce qui affecte à plusieurs niveaux la relation mère-enfant. (Gandillot et al, 2012). Ainsi, A. Guedeney (1993) décrit les mères déprimées comme plus en retrait et moins dans l'interaction avec leur enfant, plus irritables et moins tolérantes, ayant des difficultés à aider l'enfant à apprendre, ayant des réactions contradictoires face à l'autonomisation de l'enfant et pouvant se montrer incohérentes dans leurs attitudes. Ce comportement maternel particulier a donc des conséquences sur la relation et les interactions avec son bébé (accordage affectif perturbé, attachement insécuré, asynchronie etc...), ce qui a des conséquences sur le comportement et le développement psycho-cognitivo-affectif de celui-ci. On observe en effet que « certains bébés tentent de « ranimer » leur mère trop dévitalisée. Ils sont souvent trop souriants, hypertendus, mais s'emparent avec avidité du moindre soutien et de la moindre stimulation. Ils quêtent le regard de la mère. [...] D'autres, [...] semblent avoir renoncé, sont atones, tristes, hypotoniques. Ils fuient le regard de la mère. » (Boukobza, 2007). Ce sont aussi des bébés qui vont se réfugier dans le sommeil comme pour s'échapper de cette réalité relationnelle insatisfaisante. Tronick, via son expérience du Still Face, a mis en évidence le fait que même la faible intensité d'un affect dépressif chez la mère « infuse » l'enfant et entraîne sa sensibilité vers l'affect négatif, avec pour conséquence le détachement protecteur (Papiasvili et al, 2016). D. Marcelli (1999) explique aussi qu' « on peut décrire les nourrissons de mère déprimée comme vigilants, dans l'attente d'une interaction à laquelle ils répondent passivement [...]. Ces enfants semblent être d'excellents répondeurs mais de piètres initiateurs de la relation sociale. »

Plusieurs troubles peuvent donc consécutivement apparaître chez l'enfant : des troubles du sommeil, des difficultés alimentaires (anorexie ou régurgitations, vomissements) et/ou troubles de l'oralité, une prise de poids insuffisante, une affection dermatologique, des pleurs

prolongés (Vacheron, 2015). A. L. Sutter-Dallay nous explique aussi que : « Les enfants peuvent présenter des anxiétés de séparation et des troubles de l'attachement. Ils peuvent avoir également davantage de troubles de l'humeur et anxieux, ou des troubles du comportement avec hyperactivité, instabilité psychomotrice. Il a également été décrit des troubles de l'attention, des difficultés d'apprentissage, des retards de langage et des QI bas. A l'adolescence ils présenteraient davantage de conduites addictives. » (2018). Elise (Marcende) précise même que « des études ont mis en lumière une tendance plus importante de dépression chez les enfants (de mères qui ont connu une DPP) à l'adolescence. » De plus, l'étude MATQUID (« Quid de la Maternité », PHRC, 1995) a montré que l'existence d'une dépression postnatale à 6 semaines post-partum (et donc précoce) chez la mère était un facteur susceptible de favoriser la survenue de performances cognitives plus faibles chez les enfants au cours des 2 premières années de vie. (Sutter-Dallay et al, 2008)

### **III Pistes d'amélioration**

#### **1- Ôter à la maternité sa notion de sacralité**

La mère n'est pas une sainte, elle est humaine. Avec des failles et des faiblesses. Il est temps de redonner à la mère sa véritable place, loin de ce piédestal bancal sur lequel on l'a mise malgré elle. En effet, « on ne peut plus laisser croire que devenir mère n'est qu'une disposition de la nature, comme si la maternité allait de soi » (Delassus, 2001). Comme le suggère très justement I. Weizman : « [...] il s'agit de travailler à la redéfinition de nos structures mentales et de nos imageries autour de la maternité. » (2021). Cette levée de pression autour du rôle maternel à remplir à la perfection permettra l'expression facilitée des difficultés rencontrées.

## **2- Démocratiser la difficulté maternelle, en parler publiquement et massivement.**

### **Lever le tabou sur la dépression du post-partum**

Il est très important que les femmes aient entendu parler de la dépression du post-partum avant de mettre au monde leur enfant mais aussi après. C'est pourquoi, « une information claire doit être donnée en pré et post-partum. » (Sutter-Dallay, 2018). D'une part, pour pouvoir plus facilement l'identifier et la reconnaître si elles sont touchées. D'autre part, pour qu'elles puissent se dire qu'elles savent que ça existe et donc qu'elles ne sont pas seules à le vivre et que, par conséquent, il n'y a pas de honte à avoir.

Libérer l'information est ainsi un premier pas pour libérer la parole. Comme l'explique Elise (Marcende) : « Sans information explicite de la part des professionnels de santé [...] les femmes et plus globalement les parents ne se doutent pas de ce qui se cache derrière le post-partum. [...] La prévention et l'information me semblent une nécessité [...] On peut tout à fait sensibiliser le grand public en véhiculant des messages clés [...] directement sur les carnets de santé, par une diffusion collective des différents acteurs/partenaires de la périnatalité. » I. Weizman (2021) met en avant la nécessité aujourd'hui de campagnes spécifiques, de cours d'éducation sexuelle au collège ou au travers de représentations cinématographiques ou sérielles réalistes. Elle explique très justement qu'« il nous faut briser la chaîne du silence autour de la maternité. [...] parler de notre expérience du post-partum à nos filles, à nos sœurs, à nos amies. [...] En parler sans filtre sans nuance, sans idéalisation, sans agrément et sans ornements. Nous informer, et informer afin de normaliser, de déculpabiliser et de soulager. Si je parle de ce sujet avec transparence, je légitime, j'autorise, la prise de parole future d'une autre femme. »

### **3- Des actions concrètes sur l'accompagnement des mères en pré et post-partum : le rôle des pouvoirs publics**

Comme le précise I. Weizman : « Une volonté politique très claire et l'allocation d'un budget important sont capitales. » La Commission des 1000 jours présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik a été commandée en ce sens. Plusieurs mesures en découlant, portées notamment par Adrien Taquet, secrétaire d'Etat en charge de l'Enfance et des Familles, se concrétisent ou sont en bonne voie : l'allongement du congé paternité qui passe de 11 à 28 jours avec 7 jours obligatoires, la généralisation et l'obligation de l'entretien prénatal précoce du 4<sup>e</sup> mois et le projet de création d'un entretien post-natal entre la 5<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> semaine post accouchement.

La France prend peu à peu conscience de la nécessité de mettre l'accent sur la prévention de la difficulté maternelle et de ne plus laisser les parents seuls face aux problématiques diverses rencontrées en post-partum.

### **4- Rendre l'information facilement accessible**

La mère en dépression post-natale, si tant est qu'elle ait conscience de son trouble, peut avoir des difficultés à aller chercher des ressources pour l'aider à traverser cette épreuve.

L'information sur le sujet est encore trop disparate et son accessibilité peut être compliquée. Il reste complexe de savoir ce que l'on cherche vraiment, où chercher et d'avoir la garantie que les ressources trouvées vont être fiables et aidantes. Une centralisation de l'information claire et vérifiée reste à mettre en place. Comme le précise I. Weizman : « La situation idéale n'est pas d'être saturée d'informations, mais d'avoir tout à disposition, facilement, de savoir où piocher si nécessaire afin d'être en mesure de faire des choix éclairés, pour soi, sans pression, ni injonction. ».

## **5- Encourager les mères à parler : c'est un droit légitime**

L'enjeu n'est pas tant d'accueillir la parole mais aussi d'aller la cueillir. Offrir un espace de parole bienveillant est un cadeau inestimable. Ne pas s'arrêter à un « ça va » mais autoriser les mères à verbaliser intimement leurs craintes, leurs ressentis et leurs doutes, sans filtre et sans tabou. Leur rappeler qu'elles ont le droit de s'exprimer et pas uniquement quand tout se passe bien. En effet, « La plainte est précieuse, car elle constitue un appel à l'autre, un appel à l'aide et donc le levier essentiel de notre intervention. » (Boukobza, 2007). Dans un contexte où la mère se sentirait en place et heure d'exprimer ses difficultés. Peut-être ne faudrait-il pas juste demander : rencontrez-vous des difficultés ? Mais plutôt : Quelles difficultés rencontrez-vous ? Car il y en a forcément... D'autant plus que posée ainsi la question ouvre le dialogue et n'accorde pas de place au NON et au silence.

## **6- Une écoute empathique et une relation de confiance**

Ecouter c'est déjà participer à soigner. C'est dire à l'autre que l'on reconnaît et que l'on prend en compte ce qu'il vit. C'est aussi lui faire savoir qu'on est là pour lui, et ça, pour une mère en détresse, c'est important. La plainte maternelle doit être entendue et écoutée.

Comme le précise J. M. Delassus : « [...] on peut guérir la maladie maternelle rien qu'en l'entendant. Parce qu'ici, entendre c'est écouter et écouter c'est rétablir le contact. Ce contact établi avec une mère en difficulté permet de la rencontrer dans sa réalité du moment, dans sa souffrance et son étouffement. Alors, on guérit déjà l'étouffement, en tout cas on le soulage beaucoup. Pour la mère, ça va déjà mieux. Elle se sent mieux d'être comprise. » (2001). Il est donc très important de se centrer davantage sur l'aspect psychique du devenir mère, au même titre que l'aspect physique et pratico pratique. En effet, « On a vraisemblablement tort de laisser les femmes vivre leur maternité de plus en plus seules. On ne voit pas leur solitude parce qu'on les entoure d'une sollicitude médicale et sociale. » Delassus (2001)

## 7- Sensibiliser l'entourage et les professionnels

L'entourage est au premier plan face à la mère qui va mal. Il la connaît et est normalement le plus à même de décrypter que quelque chose ne va pas. Ainsi, « pour éviter de méconnaître le trouble, l'entourage doit être attentif aux plaintes des mères quel qu'en soit le registre. » (Dayan, 2002). Il suffit parfois de petits signes observés, de paroles, d'un comportement pour inciter les proches à questionner la jeune mère sur son ressenti. Pour ce faire il est important aussi que l'entourage lui-même soit guidé, soutenu et accompagné.

Les professionnels de santé qui prennent en charge la jeune mère (et son enfant) en post-partum ont aussi un rôle primordial à jouer dans la détection du trouble, dans l'orientation vers des ressources humaines adaptées et dans la prise en charge de la dyade. Comme l'explique très bien Elise (Marcende) : « la question de la formation initiale et continue me semble au cœur d'une prise en charge adéquate des femmes. [...] Et ce n'est pas seulement les professionnels de la périnatalité qui devraient disposer d'une formation complète [...] (médecin généraliste, kinésithérapeute, ostéopathe, diabétologue [...]) Ils devraient être capables de comprendre, détecter les premiers signes et de pouvoir, le cas échéant, réorienter vers les professionnels compétents. ». On sait aussi que parfois le trouble peut se manifester via les plaintes concernant le bébé et son état de santé. Le pédiatre (ou médecin généraliste) qui suit l'enfant a donc, lui aussi, un rôle primordial à jouer.

Cependant, « Les professionnels ne sont pas toujours à l'aise avec l'expression de la souffrance psychique chez la mère. La recherche active au moindre doute doit pouvoir être effectuée au moyen de questions simples centrées sur la fatigue, le sentiment de lassitude ou d'épuisement etc par tout professionnel au contact de la parturiente. » (Vacheron 2015). Il est donc important que les professionnels de santé qui côtoient la mère soient, eux aussi, plus forts d'informations et de formation. Ils doivent pouvoir capter certains signes mais aussi avoir des notions de comment aborder le sujet avec elle et surtout savoir vers qui orienter

cette mère en souffrance afin qu'elle reçoive un suivi adapté. C'est pourquoi le travail en réseau est indispensable avec une approche pluridisciplinaire. Ils doivent être aussi en mesure de recevoir cette information psychiquement et de l'accueillir avec discernement. Maman Blues (2010) questionne pertinemment le fait qu'ils puissent être « suffisamment prêts à être eux-mêmes traversés et peut-être bouleversés, sans rien en laisser paraître, sans se ruer sur l'ordonnance, les conseils en matière de puériculture, les interprétations voire le jugement... ? ». Il est donc indispensable que n'importe quel professionnel de santé amené à côtoyer une femme en post-partum ait des connaissances sur la dépression post-natale et sur ses caractéristiques. Illana Weizman (2021) précise aussi que : « Les professionnels de santé devraient emprunter une approche proactive quant au suivi de la mère et du bébé dans une optique de prévention. Attendre que la mère groggy vienne d'elle-même-si tant est qu'elle fasse cette démarche, c'est déjà agir bien trop tard. ».

#### **8- Un renforcement du dépistage**

« Le dépistage doit être systématique en post-partum, avec l'utilisation éventuelle de questionnaires. » (Sutter-Dallay 2018). L'échelle EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) qui est un outil pertinent qui permet de diriger le diagnostic vers une dépression postnatale maternelle, n'est pas assez utilisée par les professionnels. Lorsqu'elle l'est, il est important qu'elle soit remplie lors d'un entretien personnalisé et analysée à la lumière de l'observation clinique.

#### **9- Un accompagnement post natal repensé et étoffé**

On ne va pas se mentir, l'accompagnement du post-partum en France est très médiocre. Dans le « package maternité » il y a seulement une prise en charge à 100% des visites postnatales (le plus souvent uniquement 2 sont réalisées car les sages-femmes sont surchargées et delà elles sont aussi moins bien rémunérées) par la Sécurité Sociale jusqu'au 12<sup>e</sup> jour post

accouchement, et une consultation post-natale à réaliser entre la 6<sup>e</sup> et la 8<sup>e</sup> semaine du post-partum. C'est bien trop dérisoire, surtout si l'on ajoute le fait que ces visites sont trop souvent essentiellement concentrées sur le versant physique, ou sur le bébé pour celles au domicile. Pour un accompagnement plus adapté, la France pourrait prendre exemple sur les Pays Bas qui proposent des soins et des services post-partum entièrement financés par l'Etat. Il existe notamment la profession de « kraamverzorgster » qui est une « aide maman » formée aux problématiques du post partum du côté de la mère mais aussi de l'enfant. Elle est présente au domicile des parents 8 heures par jour pendant 8 jours pour les aider dans leur quotidien, les conseiller, prendre soin d'eux, les guider et les écouter. La solitude en post-partum, vécue et ressentie, est un fléau et fait le lit de la dépression post natale, aussi ce type d'accompagnement très enveloppant et centré sur les besoins de chacun semble un idéal duquel s'inspirer.

De plus, cela permettrait d'améliorer l'hygiène de vie en post-partum concernant le sommeil et l'appétit. Ainsi, la mère un peu plus reposée sera plus à même d'exprimer ses difficultés et de les surmonter. Elle aura aussi plus d'énergie pour s'occuper d'elle et de son enfant.

A.L. Sutter-Dallay (2010) précise aussi que « Les traitements proposés doivent toujours reposer sur des prises en charge psychosociales, type guidance ou thérapie de soutien, associées à un étayage social, qui ont fait la preuve de leur efficacité dans ce domaine. » (Sutter-Dallay, 2010). D'où l'importance pour les mères de pouvoir rencontrer et échanger avec d'autres mères qui connaissent les mêmes difficultés en se sentant comprises et non jugées. C'est dans ce but aussi que l'Association Maman Blues, qui était au départ un simple forum de discussion et un site, a été créée en 2006. Elle a pour objectif d'offrir aux mères un espace de parole, du soutien et une orientation si besoin vers des professionnels formés. Elle est un vecteur important d'informations concernant la difficulté maternelle que ce soit pour les parents ou les professionnels qui les côtoient. Elle permet l'expression, l'accompagnement et une meilleure compréhension de la souffrance maternelle.

## Conclusion

La route est encore longue mais chaque mot, chaque témoignage de mère, chaque information publique donnée trace un peu plus le chemin vers une conscience collective de la dépression post-natale maternelle. Je m'imagine aller vers un monde où la mère en détresse psychique n'aura plus honte de verbaliser ses doutes et ses peurs, n'aura plus cette barrière du « qu'en dira-t'on », n'aura plus à se cacher pour pleurer. Car être dans une société qui reconnaît ce trouble c'est pouvoir s'autoriser à le reconnaître soi-même et à l'exprimer et donc à demander de l'aide. L'accès simplifié et multiplié à l'information et à des solutions est une des clés principales et un des enjeux dans la prise en charge des troubles psycho-pathologiques périnataux. La prise de conscience du mal-être de ces mères doit être collective. En effet, « on n'imagine pas combien cette souffrance est répandue ni comme elle est cruelle. On ne réalise pas davantage comment c'est une douleur méconnue et incomprise. » (Delassus, 2014).

Libérer la parole autour de la difficulté maternelle et démocratiser celle-ci dans la pensée commune est bel et bien un levier indispensable.

Parce qu'aucune mère ne devrait avoir à vivre une telle épreuve dans le silence, parce que la douleur engendrée est destructrice, parce qu'il s'agit parfois d'une question de vie ou de mort. Vivre une dépression post-natale n'est pas quelque chose que l'on choisit alors pourquoi devrait-on encore autant en payer le prix ?

## Résumé

La dépression post-natale maternelle détruit les mères qui croisent son chemin. Elle plonge un post-partum imaginé comme lumineux dans l'obscurité. Elle sème le trouble à l'intérieur et met la pagaille à l'extérieur. Elle arrive sans crier gare et peut mener au désespoir. Elle est peu connue et encore moins reconnue. Elle ne fait pas partie de la vision sacrée et édulcorée de la maternité. Elle rend la mère triste et perdue, aux antipodes de la mère heureuse et confiante conformément attendue. Le décalage est frappant, le décalage pousse les mères à vivre leur mal-être en se taisant. Des silences qui abritent leurs souffrances. Honteuses de montrer au grand jour à quel point il leur est difficile d'être mères, à quel point elles culpabilisent aussi de ressentir ce vide en elle. Des silences qui les privent de soins et d'un accompagnement adapté. Des silences qui ont des conséquences. Il s'agit là d'un véritable trouble qui nécessite une aide pour disparaître. Libérer la parole des mères est en ce sens primordial tout comme la bienveillance de son écoute. Car bâillonner les difficultés c'est maltraiter la maternité. Ainsi, la naissance de campagnes d'informations est nécessaire, de même que la sensibilisation de l'entourage et la formation des professionnels de la périnatalité concernant ce trouble. Il est temps de déconstruire les mythes autour de la maternité et de prendre soin de l'humain qui se cache derrière la mère idéalisée. Il est temps de démocratiser les difficultés psychiques et psychologiques que devenir mère peut engendrer. Il en va du bien-être de la famille et de l'enfant dont les conséquences négatives sur sa construction et son développement sont démontrées. Aucune mère ne devrait plus se cacher pour pleurer, aucune mère ne devrait ravalier ses larmes par peur d'être jugée. La vigilance doit être de mise et les mères ne doivent plus vivre leur post-partum seules et isolées. Car s'il faut tout un village pour élever un enfant il est tout aussi nécessaire pour envelopper la mère.

## **Bibliographie**

- Belot, R-A., Maïdi, H., Givron, S., Arcangeli, E., (2016). Dépression maternelle et processus de co-identification mère-bébé. L'archaïque en soi dans la rencontre primordiale. *Annales Médico-Psychologiques, Vol 174* : 748-756.
- Bydlowski, M. (2008). Les dépressions maternelles en question. *Le carnet psy, n°129* : 38-44.
- Boukobza, Claude (2012). *Les écueils de la relation précoce mère-bébé*. Erès, Toulouse, 176 pages.
- Capdevielle, A., Ravous, M., (2018). Dépression du post-partum et enjeux intrapsychiques. In Le Nestour, Annick. *Des familles et des bébés troublés* (page 77- page 86). Eres, Toulouse.
- Dayan, Jacques (2002). « *Maman, pourquoi tu pleures ?* » *Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité*. Odile Jacob, Paris, 301 pages.
- D. Papiasvili, Eva., A. Mayers., (2016). Il y a quelqu'un ? Dépression du post-partum et attachement. *Topique, n°135* : 39-49.
- Delassus, Jean-Marie. (2001). *Devenir mère. Histoire secrète de la maternité*. Dunod, Paris, 227 pages.
- Delassus, Jean-Marie. (2014). *La difficulté d'être mère*. Dunod, Paris, 192 pages.
- Gandillot, S., Wendland, J., Wolff., Moisselin, P., (2012). Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir, Vol 24* : 141-169.
- Gressier, F., Sutter-Dallay, A-L., (2018). Les dépressions périnatales. In Dugnat, Michel. *Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)* (page 495-page 507). Eres, Toulouse.
- Kumar, R. C. (2001). Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson, « l'enfant de n'importe qui ». *Devenir, Vol 13* : 47-75.
- Maman Blues (2014). *Tremblements de mères. La dépression du post-partum, visage caché de la maternité*. L'instant présent, Méridon, 408 pages.
- Marcelli, D. (1999). La dépression maternelle périnatale : incidences sur le bébé et le jeune enfant. *Archives de pédiatrie, Vol 6* : 370-373.

Pitt, B. (1968). « Atypical » depression following childbirth. *The british journal of psychiatry*, n°114 : 1325-1335.

Sardas, Fabienne. (2016). *Maman blues. Du bonheur et de la difficulté de devenir mère*. Eyrolles, Paris, 185 pages.

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *La naissance d'une mère*. Odile Jacob, Paris, 225 pages.

Sutter-Dallay, A-L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Bourgeois, M-L., Verdoux, H., (2008). Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans. *Devenir, Vol 20* : 47-63.

Sutter-Dallay, A-L. (2010). Dépression et parentalité. In Goudemand, Michel. *Les états dépressifs* (page 388- page 392). Lavoisier, Paris.

Tissot, H., Frascarolo, F., Despland, J-N., Favez, N., (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant, Vol 54* : 611-637

Vacheron, Marie-Noëlle. (2015). *Maternité et psychiatrie*. Lavoisier, Paris, 224 pages.

Weizman, Illana. (2020). *Ceci est notre post-partum*. Marabout, Vanves, 189 pages.

## Annexe

### **Entretien écrit avec Elise Marcende, présidente de l'Association Maman Blues, réalisé le 7 avril 2021**

#### **1- D'après toi y a-t-il beaucoup de mères qui prennent conscience qu'elles ont vécu une dépression du post-partum (DPP) uniquement après coup ?**

Je pense en effet qu'un certain nombre de femmes ne sont pas « diagnostiquées » car elles n'en parlent pas. Elles peuvent avoir peur d'exprimer leurs ressentis et d'avoir en retour des jugements. Elles sont souvent confites par la culpabilité de l'ambivalence de leurs émotions. Elles ne comprennent pas toujours de quoi il en retourne et n'en mesurent pas l'impact au long cours (sur elle, le bébé, sur la qualité de la relation).

Pour celles qui n'ont aucun antécédent psychiatrique/psychique, elles méconnaissent les symptômes de la dépression et peuvent mettre cela sur le compte d'une grossesse éprouvante, d'un accouchement complexe, d'un bébé dit difficile, d'une fatigue latente.

Je crois que celles qui en prennent conscience dès les premiers signes sont celles qui connaissent les mécanismes de la dépression mais aussi celles qui ont une connaissance fine de leurs ressentis.

Parfois la prise de conscience peut venir de mots prononcés par les proches et/ou par des professionnels de santé.

Nous avons des contacts de femmes éloignées, très éloignées de leur post-partum qui nous contactent car elles viennent de se rendre compte (à la lecture de notre site ou support écrit produit par Maman Blues) que ce qu'elles ont traversé n'était pas une simple tristesse passagère.

#### **2- D'après toi et ton expérience pourquoi les mères n'ont-elles pas toujours conscience sur le coup qu'elles vivent ce trouble ? Quels peuvent être les causes de cette non reconnaissance de la DPP par la mère elle-même ?**

Comme je le mentionnais précédemment, il y a une méconnaissance des symptômes de la dépression. La maladie psychique et plus largement les troubles psychiques effrayent car restent extrêmement tabous. On s'y intéresse en général quand on expérimente soi-même ou quand un proche est touché.

En outre, sans information explicite de la part des professionnels de santé (dans les maternités, aux différents cours auxquels les futures mères assistent, lors des nombreuses consultations durant la grossesse), les femmes et plus globalement les parents ne se doutent pas de ce qui se cache derrière le post-partum. Une information visant le physique de la mère, la santé du bébé,

est donnée sans aucune difficulté mais concernant la santé mentale maternelle (ou paternelle d'ailleurs), on reste frileux à l'évoquer.

Et puis, il ne faut pas négliger que la maternité (grossesse et post-partum) sont toujours vus comme des moments de grand bonheur que rien ne pourrait venir troubler. Les voix de femmes s'élèvent de plus en plus autour de ce que les femmes ont le droit de savoir. On s'empare de cette information plus qu'on nous la communique.

### **3- D'après toi quelles peuvent être les conséquences d'une prise de conscience tardive de sa DPP ?**

J'aime à penser que malgré une prise en charge tardive, avec un bon étayage, les choses ne resteront pas ancrées et la femme se relèvera. Mais il faut garder en tête les impacts décalés sur la mère et sur l'enfant, voire sur leur relation.

La DPP non accompagnée peut retentir sur la femme autour de troubles du sommeil mais aussi dans la survenue d'une dépression chronique. On peut également noter que les burn-out de certaines mères sont successifs à une DPP passée sous les radars.

Chez l'enfant, des troubles psychomoteurs peuvent apparaître, tels qu'un retard dans la marche, des difficultés d'alimentations et plus largement d'oralité (alimentation mais aussi acquisition de la parole [consultations chez l'orthophoniste qui peut révéler une souffrance psychique de la mère], des troubles du sommeil. Certains enfants développent une certaine anxiété en regard du trouble de leur mère.

Des études ont mis en lumière une tendance plus importante de dépression chez les enfants (de mères qui ont connu une DPP) à l'adolescence.

Quant à la relation, elle peut être durement impactée. L'enfant et la mère peuvent ne jamais nouer de liens et avoir l'incapacité de se rencontrer. On peut tout à fait imaginer combien cela sera complexe une fois l'enfant parvenu à l'âge adulte.

### **4- D'après toi quels pourraient être les solutions à apporter pour que ce trouble soit détecté plus tôt en tant que tel par la mère elle-même ?**

La prévention et l'information me semblent une nécessité.

Des campagnes « publicitaires » sont faites chaque année pour diffuser un message sur tel ou tel sujet. Pourquoi ne pas réfléchir à évoquer la santé mentale maternelle ?

Grâce au rapport des 1000 jours, il a été pointé du doigt le retard de diagnostic de la DPP, l'importance majeure de l'accompagner.

Le rapport Epopée a lui mis en valeur le fait que le suicide est l'une des deux premières causes de mortalité chez les femmes.

En connaissance de cause, on peut tout à fait sensibiliser le grand public en véhiculant des messages clefs par le biais de l'application des 1000 jours par exemple, mais aussi directement

sur les carnets de santé, par une diffusion collective des différents acteurs/partenaires de la Périnatalité (la CAF et l'Assurance Maladie devraient être partie prenante d'actions ciblées).

En outre, la question de la formation initiale et continue me semblent au cœur d'une prise en charge adéquate des femmes quand ces dernières présentent une DPP.

Et ce n'est pas seulement les professionnels de la Périnatalité qui devraient disposer d'une formation complète. La femme enceinte ou la femme nouvellement accouchée rencontre un certain nombre de professionnels (Médecin Généraliste, SF, Gynécologue, Kinésithérapeute, Ostéopathe, Diabétologue parfois, etc...). Ils devraient être capable de comprendre/détecter les premiers signes et de pouvoir, le cas échéant, réorienter vers les professionnels compétents.