Envisager une nouvelle grossesse après une dépression post-natale : freins et facteurs favorisants

Mathilde Gobilliard

▶ **To cite this version:**

Mathilde Gobilliard. Envisager une nouvelle grossesse après une dépression post-natale : freins et facteurs favorisants. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01909022

HAL Id: dumas-01909022

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01909022

Submitted on 30 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT–QUENTIN–EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Mathilde GOBILLIARD

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

Envisager une nouvelle grossesse après une dépression post-natale : freins et facteurs favorisants

Soutenu le : 31 mai 2018

Directeur de mémoire : Sabrina BELEMKASSER, psychologue clinicienne

Numéro national d'étudiant : 2505087646e

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Merci à Sabrina Belemkasser pour son soutien, sa présence et son temps.

Merci également à Sophie Baumann pour ses conseils.

Et enfin merci à tous mes proches pour avoir « traversé » ces études à mes côtés !

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Table des matières

AVERTISSEMENT II

REMERCIEMENTS III

TABLE DES MATIERES IV

LISTE DES FIGURES VII

LISTE DES ANNEXES VIII

LEXIQUE IX

RESUME X

ABSTRACT XI

INTRODUCTION 1

1 CONTEXTE 2

1.1 Devenir mère : phénomènes psychiques périnataux normaux 2

1.1.1 Désir de grossesse 2

1.1.2 Transparence psychique 3

1.1.3 Préoccupation maternelle primaire 3

1.1.4 Baby blues 4

1.2 Quand le normal devient pathologique : la DPN 4

1.2.1 Définition 5

1.2.2 Clinique 5

1.2.3 Facteurs de risque 6
1.2.4 Facteurs protecteurs 7

1.3 Patiente présentant un antécédent de DPN 7
1.3.1 Risque de récidive 8
1.3.2 Prise en charge médicale 8
1.3.3 Dépister et informer 9

2 MATERIEL ET METHODES 10

2.1 Objectifs et hypothèses 10

2.2 Déroulement de l'étude 11
2.2.1 Type d'étude 11
2.2.2 Outils méthodologiques 11
2.2.3 Participants 12
2.2.4 Thèmes abordés 13
2.2.5 Stratégies d'analyse 14
2.2.6 Considérations éthiques et réglementaires 14

3 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 15

3.1 Description de la population d'étude 15

3.2 Première hypothèse : le vécu moral de la DPN 17
3.2.1 Résultats principaux 17
3.2.2 Résultats secondaires 22

3.3 Deuxième hypothèse : le vécu social de la DPN 24
3.3.1 Résultats principaux 24
3.3.2 Résultats secondaires 27

3.4 Troisième hypothèse : le vécu médical de la DPN 28
3.4.1 Résultats principaux 28
3.4.2 Résultats secondaires 33

3.5 Forces, limites et perspectives de l'étude 37
3.5.1 Forces 37

3.5.2 Limites 38
3.5.3 Perspectives 39

CONCLUSION 40

BIBLIOGRAPHIE 41

ANNEXES 46

Liste des figures

Figure n°1 : Caractéristiques de la population d'étude……..16

Figure n°2 : Prise en charge idéale d'une grossesse après une DPN……28

Figure n°3 : Quel(s) professionnel(s) de santé s'est (se sont) montré(s) le plus à votre écoute ?.....33

Figure n°4 : Quel professionnel de santé a posé le diagnostic de DPN ?.....34

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire de l'étude……...45

Annexe II : Exemple de réponse intégrale, questionnaire n°29 ……...52

Annexe III : Grille d'analyse thématique des résultats……...58

Lexique

DPN : Dépression Post-Natale

DPP : Dépression du Post-Partum

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

EPP : Entretien Prénatal Précoce

CIANE : Comité Inter-associatif Autour de la Naissance

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

SF : Sage-femme

PP : Post-Partum

Résumé

Envisager une nouvelle grossesse après une dépression post-natale : freins et facteurs favorisants

Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de comprendre quels étaient les éléments du vécu d'une dépression post-natale (DPN) qui pouvaient influencer un nouveau désir de grossesse.

Matériel et méthodes

Cette étude s'appuyait sur un questionnaire diffusé en ligne entre juillet et septembre 2017 par le biais de sites associatifs. Ce questionnaire composé majoritairement de questions ouvertes, permettait de recueillir les témoignages de femmes ayant déjà vécu une DPN.

Résultats

Le principal résultat était qu'un antécédent de DPN semblait freiner une nouvelle grossesse avec la crainte majeure que la pathologie récidive. Le poids du soutien apporté par le conjoint et la famille était plus nuancé et demandait d'autres recherches pour être évalué plus précisément. Une prise en charge médicale adaptée, avec une véritable volonté d'accompagnement des patientes concernées, favoriserait un projet de grossesse plus serein. La sage-femme ressortait d'ailleurs comme le professionnel de santé le plus à même de remplir ce rôle.

Conclusion

Une DPN affecte inévitablement le vécu et la vision de la maternité. Cette influence est indéniable qu'elle soit motrice ou non. Cependant elle est variable et s'exprime à différents degrés selon les femmes.

Mots-clés : dépression post-natale, désir de grossesse, psychologie périnatale

Abstract

Planning a pregnancy after a postnatal depression : obstacles and promoting factors

Objective

The main objective of this study was to understand what were the elements of a postnatal depression experience that might have an effect on planning a new pregnancy.

Methods

This study was based on a questionnaire posted online on communities networks websites between july and september 2017. This questionnaire was mostly made up of open questions which enabled women to testify about their postnatal depression experience.

Results

The main result was that the experience of postnatal depression seemed to be an obstacle for planning a new pregnancy as women were afraid of a recurrence of the mental disease. The support given by husband and family was difficult to rate in this case and further investigation needed to be pursued to conclude about it. Women needed a medical care closer to their expectations. Caregivers might be more attentive to their specific needs and it would help them comtemplating a new pregnancy more easily. The midwife was named as the perfect caregiver to play this part.

Conclusion

A postnatal depression background clearly affects the way women experience parenthood afterward. This influence is undeniable whether it’s in a good way or not. It can be a huge obstacle for one woman whereas it does not apply to another one.

Keywords : postnatal depression, planning a pregnancy, perinatal psychology

Introduction

L'arrivée d'un enfant est un événement bouleversant psychiquement dans la vie d'une femme. Certaines femmes vivent plus difficilement cette transition, qui peut même les conduire à un état dépressif nommé dépression post-natale (DPN). Cette pathologie impacte non seulement l'état psychologique et le vécu[1] de la périnatalité des femmes, mais porte également atteinte au couple et perturbe le bon établissement des relations mère-enfant (1). Dépister et diagnostiquer la DPN constituent donc un véritable enjeu de santé publique et ont fait l'objet de nombreuses études depuis quelques décennies.

Comme pour toute pathologie, se pose la question de la récidive. La DPN est banalisée par les professionnels de santé (2). Difficile à distinguer de la fatigue inhérente au post-partum ou confondue avec le baby-blues, la mention « antécédent de DPN » est rarement présente dans les dossiers… Pourtant, un tel antécédent prédispose à une fragilité psychique évidente pour une grossesse ultérieure (3) et donc à une éventuelle récurrence de DPN avec des conséquences néfastes parfois décuplées.

Des professionnels de santé sensibilisés pourraient se montrer plus vigilants lors du suivi de grossesse de ces femmes. Ils pourraient verbaliser leurs craintes et repérer leurs besoins spécifiques. Alors quels sont les attentes de ces femmes tant sur les plans médicaux que familiaux ? Et quelles sont ces appréhensions si révélatrices qui pourraient modifier leur vision de la maternité ?

[1] Par le terme vécu, on inclut toutes les expériences narrées par ces femmes et les émotions auxquelles elles sont rattachées. Le vécu correspond à tout « ce qui reste » a posteriori : souvenirs, réminiscences, séquelles, acquis, apprentissages …

1 Contexte

1.1 Devenir mère : phénomènes psychiques périnataux normaux

Plusieurs phénomènes psychologiques normaux préparent au devenir mère tant pendant la grossesse que lors des premiers jours du post-partum. Ils permettent à la femme de s'ouvrir psychiquement à son nouveau-né, mais également de faire la transition entre l'enfant qu'elle a imaginé voire idéalisé tout au long de la grossesse et l'enfant réel qu'elle tient dans ses bras en suites de couches (4). En tant que clinicien, connaître ces concepts est essentiel pour pouvoir dépister une situation qui devient pathologique.

1.1.1 Désir de grossesse

Selon les concepts psychologiques, il convient de différencier désir de grossesse et désir d'enfant. Le désir de grossesse s'inscrit dans la logique de passage du corps de femme à celui de mère. Ce désir, généralement programmé, fait partie d'un plan de vie. Il permet de confirmer socialement son identité féminine et sa capacité de reproduction (5). Le désir d'enfant constitue quant à lui une étape dans la vie psychique d'une femme dont les étiologies sont multiples et souvent inconscientes : satisfaction narcissique, pulsion libidinale, dette envers sa propre mère, compensation d'un manque affectif, désir incestueux remontant à l'Œdipe infantile… (6)(7).

On peut noter des désirs de grossesse très présents chez certaines femmes qui ne s'investiront pourtant pas dans leur rôle de mère ; et inversement des femmes que l'état de grossesse effraie malgré un désir d'enfant très fort. Dans le cadre de ce mémoire et dans un souci de lisibilité, le terme « désir de grossesse » sera préférentiellement utilisé.

1.1.2 Transparence psychique

Au cours de la grossesse, le psychisme maternel se prépare déjà à se mettre en phase avec le psychisme de l'enfant à venir, notamment à travers le concept de la transparence psychique. Cette notion a été théorisée par la psychiatre Monique Bydlowski (8). La transparence psychique correspond à un état où la censure n'existe plus entre conscient et inconscient, où les résistances psychiques sont abaissées. Cet état permet à la femme d'investir totalement l'enfant à venir, mais aussi de réactiver des émotions passées liées à sa propre enfance. La transparence psychique peut s'apparenter à une crise psychique maturative, comparable à l'adolescence, mais qui reste physiologique (7).

1.1.3 Préoccupation maternelle primaire

La théorie de la préoccupation maternelle primaire a été établie par le psychiatre Donald Winnicott et définie comme étant une « maladie mentale normale » survenant à la naissance de l'enfant (9). Elle correspond à la période de dépendance totale du nouveau-né envers son environnement. Période au cours de laquelle la femme doit s'adapter aux besoins de son nouveau-né, capter et décoder ses signaux. Elle est extrêmement sensible à tout ce qui a trait à son nourrisson, dans un « état de repli » comme le décrit Winnicott (10). On retrouve l'idée que des modifications psychiques s'opèrent chez la femme dans le post-partum mais que l'état qui en découle est résolutif et ne se prolonge pas de manière physiologique.

Un gradient permet le passage entre l'état de transparence psychique de la grossesse et l'état de préoccupation maternelle primaire du post-partum (9).

1.1.4 Baby blues

Le baby blues touche plus d'une accouchée sur deux, entre le troisième et le dixième jour suivant l'accouchement. Cette dysphorie est cliniquement caractérisée par des pleurs souvent inexpliqués et une humeur labile. On l'associe généralement au stress de l'accouchement et au déséquilibre hormonal qui suit la fin de la grossesse, sans avoir d'étiologie bien établie. C'est un phénomène transitoire, spontanément et rapidement résolutif contrairement à la DPN (11).

Le baby blues a une véritable fonction d'adaptation pour la femme qui le vit : adaptation à son nouveau-né pour se mettre en phase avec lui et ses besoins, mais également perte de l'état de grossesse et ré-adaptation à l'état non gravide, tant physiquement que socialement (12)(13). Malgré son caractère bénin, il faut rester attentif aux formes tardives ou prolongées qui peuvent précéder une DPN (14).

1.2 Quand le normal devient pathologique : la DPN

Les phénomènes de remaniements psychiques décrits auparavant sont déterminants pour le bon établissement du lien mère-enfant. La situation devient pathologique lorsque la représentation que la mère se fait de son nouveau-né l'apparente à une menace, un persécuteur avec qui il est difficile d'établir des liens. D'autres femmes vont ressentir une obsession protectrice face à un nouveau-né trop vulnérable et que la dépendance absolue dont elles sont responsables effraie. Dans tous les cas, la préoccupation maternelle primaire ne s'établit pas correctement et devient alors une angoisse maternelle majeure à l'origine de troubles psychologiques tels que la DPN (4).

1.2.1 Définition

La notion de DPN est apparue dans les années 1970 en France (15) et s'inscrit dans le domaine de la psychopathologie périnatale, c'est-à-dire l'étude des dysfonctionnements psychiques qui accompagnent un individu en situation de devenir parent (14). La DPN correspond donc à un écueil lors de la mise en place des phénomènes psychologiques habituels : prolongation anormale du baby-blues, prise de conscience d'un conflit relationnel dans sa propre enfance ou difficulté à abandonner la représentation imaginaire de l'enfant porté pour investir pleinement l'enfant réel (4). Autant d'obstacles qui compliquent l'entrée dans la parentalité.

La DPN se définit comme un état dépressif apparaissant dans l'année qui suit un accouchement mais le plus souvent dans les 4 à 6 semaines (11), avec un pic au 9ème mois sans prise en charge médicale. Elle concerne 10% à 15% des accouchées (16). Elle dure en moyenne 3 à 6 mois mais peut présenter une évolution traînante sur plus d'un an sans intervention d'un professionnel de santé (17).

1.2.2 Clinique

Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V), manuel de référence de classification des troubles mentaux (18), les critères diagnostiques principaux d'une dépression sont une irritabilité persistante pendant au moins deux semaines et une perte d'intérêt général. On retrouve également d'autres symptômes fréquents comme l'asthénie, la perte d'appétit, les troubles du sommeil, la dévalorisation ou encore la culpabilité (1) (14). La Classification Internationale des Maladies 10^{e} édition (CIM-10) établie par l'OMS en 2008 utilise les mêmes critères diagnostiques en y ajoutant la notion de diminution de l'énergie (16), critère difficilement interprétable dans le cadre du post-partum.

Ces critères s'appliquent à la DPN avec une intensité modérée (16) ce qui peut les rendre difficilement repérables ou amener à les banaliser (14). Observer un conflit dans les interactions entre une mère et son nouveau-né reste au cœur du dépistage de la DPN (17) : interactions opératoires seulement, absence de plaisir à s'occuper de son enfant, réel manque d'investissement de l'enfant… Le nourrisson manifeste également des signes cliniques qui peuvent orienter le diagnostic de DPN chez sa mère : repli, pleurs inexpliqués, détournement du regard voire de la tête en présence de sa mère ou au contraire recherche active d'échanges et d'interactions (11).

1.2.3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque de DPN ont été largement étudiés. Ils concernent principalement (3) (14) (19) :

- l'histoire familiale de la femme avec notamment sa relation avec ses propres parents ainsi que les traumatismes ou les pertes qui auraient pu marquer son enfance,

- les antécédents psychologiques et notamment les épisodes de dépression antérieurs ou autres pathologies psychiatriques qui constituent un terrain à la DPN,

- le contexte socio-économique (précarité et isolement majoritairement),

- l'environnement familial et particulièrement les difficultés conjugales,

- le vécu de la maternité de la conception à l'accouchement.

1.2.4 Facteurs protecteurs

Il est avéré que les femmes qui sont isolées, peu ou pas soutenues par leur entourage pendant leur grossesse et dans le post-partum sont plus à risque que les autres de développer de l'anxiété voire une DPN (20). Le soutien moral, la présence et l'aide pratique apportés par le conjoint, la famille ou les amis sont donc des facteurs protecteurs de DPN. Il convient de les rechercher pour évaluer l'impact de l'environnement sur la santé mentale de la patiente (21).

Le rôle du conjoint est déterminant dans tout le processus de mise en place de la parentalité. Il est le soutien quotidien principal de la femme. Avec l'arrivée d'un enfant, le couple doit s'adapter à un tiers tout en gérant de grands bouleversements intérieurs (7). Ces changements peuvent ébranler la stabilité conjugale. Dans le cadre d'une DPN, un conjoint présent va constituer un pôle sécurisant sur lequel la femme va s'appuyer et qu'il faut évaluer en tant que professionnel de santé (3).

1.3 Patiente présentant un antécédent de DPN

La DPN peut récidiver. Vivre une nouvelle maternité en regard d'un tel antécédent va motiver des angoisses et des questionnements différents, fortement dépendants de l'environnement familial mais aussi médical dans lequel la femme évolue (22). Ces femmes qui présentent un antécédent de DPN sont des patientes plus vulnérables que les autres qui doivent éveiller la vigilance des soignants.

1.3.1 Risque de récidive

A long terme, il est avéré que plus de 40% des femmes qui présentent un antécédent de DPN sont à risque de récidive pour une grossesse ultérieure (1).

On rappelle que la DPN, comme sa récidive, touche non seulement la santé des femmes mais impacte directement la mise en place du lien mère-enfant à long terme, la stabilité du couple et de la famille qui y sont confrontés, ainsi que le vécu de la parentalité.

Chez des patientes présentant un antécédent de DPN, il est d'autant plus important de repérer tout ce qui peut fragiliser leur état psychique et les rendre vulnérables. Les facteurs de risques inhérents à la DPN passée sont toujours présents auxquels s'ajoute le vécu de cette même DPN, facteur de risque majeur d'une récidive de la pathologie (23).

1.3.2 Prise en charge médicale

La DPN est une pathologie sous-diagnostiquée (3) (24). D'une part, elle est fréquemment dissimulée par les femmes concernées qui culpabilisent de leur état dans un moment heureux de leur vie et craignent d'être étiquetées « mauvaises mères ». D'autre part, ce problème est banalisé par les professionnels de santé (2). Sa prise en charge, ou de la même manière celle des femmes qui présentent un antécédent de DPN, est par conséquent floue et aléatoire selon le soignant (21).

Toutefois, l'intérêt d'un suivi psychologique rapproché est prouvé et recommandé (25). Ce suivi est nécessaire pour identifier au mieux les facteurs de risques liés à la DPN (26) et pour contenir l'anxiété et la tristesse qui en découlent ; émotions qui peuvent elles-mêmes être à l'origine d'une récurrence de la pathologie lors d'une grossesse ultérieure (3).

En tant que professionnel de santé, il est donc primordial de savoir reconnaître les situations à risque pour pouvoir orienter ces patientes vers le bon professionnel de santé, au moment opportun, dans l'objectif d'éviter les complications d'une récidive de DPN (24)(27).

1.3.3 Dépister et informer

Intervenir auprès des femmes à risque de DPN en anténatal permet de diminuer leur anxiété tout en créant une proximité avec les soignants. Cette proximité rendra l'accès aux professionnels de santé plus naturel en cas de DPN avérée, ce qui permettra une prise en charge précoce en post-natal (28). Ces interventions consistent à informer sur la DPN mais aussi à dépister les états anxieux anormaux que ce soit par de l'écoute ou en proposant un auto-questionnaire comme l'Edinburg Post-natal Depression Scale, outil de dépistage des symptômes de DPN valide en post-natal comme pendant la grossesse, encore peu utilisé en France (1)(29).

La sage-femme est sûrement le professionnel de santé le plus au contact de ces patientes plus fragiles, que ce soit lors de consultations de grossesse, de cours de PNP ou lors de l'EPP. Pour pouvoir mettre en place un suivi adapté et peut-être différent des autres femmes qui ne présentent pas un tel antécédent psychologique, il parait nécessaire de s'intéresser aux besoins spécifiques de ces femmes et de comprendre leurs appréhensions pour les encadrer au plus proche de leurs attentes lors d'une nouvelle grossesse.

Dans ce cadre, nous sommes amenés à nous demander quels éléments du vécu d'une dépression post-natale pourraient influencer un nouveau désir de grossesse ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et hypothèses

Nos hypothèses :

1/ Des appréhensions concernant une nouvelle maternité peuvent freiner un éventuel désir de grossesse, notamment la crainte d'une récidive de DPN et ses conséquences.

2/ Le soutien apporté par le conjoint et l'entourage est primordial pour envisager sereinement une nouvelle grossesse.

3/ Une prise en charge rapprochée, tant pendant la grossesse que lors du post-partum, pose un cadre rassurant pour envisager une nouvelle grossesse.

Notre objectif principal consistait à comprendre les angoisses les plus fréquentes concernant une nouvelle grossesse après une DPN, dans le but de pouvoir les contenir et de repérer les situations à risques en tant que sage-femme.

Nos objectifs secondaires consistaient à évaluer le poids du support apporté par le conjoint et l'environnement familial ainsi que les souhaits des femmes concernant le suivi médical de ces grossesses à risque psychologique, dans le but de leur proposer un accompagnement au plus proche de leurs attentes et de leurs besoins.

2.2 Déroulement de l'étude

2.2.1 Type d'étude

Pour répondre à cette problématique, une approche qualitative par le biais d'entretiens semblait être la méthodologie la plus adaptée. Cependant, selon nous, il était éthiquement impossible de s'entretenir avec des femmes présentant un antécédent de DPN en tant qu'étudiant notamment à cause de la vulnérabilité émotionnelle et de l'éventuelle fragilité psychique des femmes participant à notre étude. Nous avons envisagé un temps de mener ces entretiens en présence d'un psychologue mais cela n'a pas été possible à organiser. Nous avons alors décidé de nous tourner vers le monde associatif pour recueillir des témoignages et des expériences de femmes par le biais d'un questionnaire, constitué majoritairement de questions ouvertes.

2.2.2 Outils méthodologiques

Le questionnaire, présenté en **Annexe I**, a été diffusé en ligne entre juillet et septembre 2017 (plateforme Google Form) via des sites associatifs spécialisés sur le vécu de la parentalité. Nous pensions que les femmes contactées par ce biais seraient investies pour cette cause et plus à même de s'impliquer dans le questionnaire pour partager leur expérience. Parmi la dizaine d'associations contactées, trois d'entre elles ont accepté de diffuser le questionnaire, ces associations étant neutres d'un point de vue politique et confessionnel : Mamayaya, MamanBlues et le CIANE (30).

Avant la diffusion en ligne, le questionnaire a été testé par trois patientes hospitalisées en service de suites de couches courant juin 2017. Des modifications minimes de formulation ont été apportées au questionnaire à la suite de ces essais.

2.2.3 Participants

La population cible de cette étude correspondait à toutes les femmes qui présentaient un antécédent de DPN et qui maîtrisaient la langue française. Les explications données dans l'introduction de l'étude permettaient aux femmes de se reconnaître et d'y répondre si elles le souhaitaient. Les critères d'exclusion concernaient les femmes qui présentaient d'autres pathologies psychiatriques associées ou antérieures.

Le questionnaire débutait par une demande succincte de renseignements généraux qui ont permis à la fois de déterminer si la femme interrogée répondait bien aux critères d'inclusion, et à la fois de catégoriser les profils des réponses pour l'analyse des résultats.

Inclure des femmes qui pouvaient être de nouveau enceintes a permis d'élargir la population cible. Toutefois, nous avons expliqué dans l'introduction que le psychisme de la femme changeait pendant la grossesse avec des barrières psychiques plus souples. Cela a pu entrainer des réponses au questionnaire moins censurées que les femmes non enceintes. Ce choix a donc été discuté dans ce mémoire.

Un objectif initial d'une vingtaine de réponses était attendu, objectif en accord avec le temps imparti et considéré suffisant compte tenu du questionnaire qui constituait un véritable témoignage grâce aux nombreuses questions ouvertes. Il a été largement atteint avec 40 questionnaires exploitables.

2.2.4 Thèmes abordés

Le questionnaire était organisé autour de 3 thèmes qui correspondaient à nos hypothèses :

- le vécu[2] moral de la DPN ; c'est-à-dire les émotions rattachées à cette expérience de DPN et à l'évocation d'une grossesse ultérieure. Cette approche permettait d'avoir accès aux craintes spécifiques de ces femmes et de cibler parmi elles les éventuels freins à une nouvelle maternité.

- le vécu social de la DPN ; c'est-à-dire le ressenti face aux situations familiale et conjugale au cours de la DPN. Ce second thème permettait d'évaluer l'impact positif ou négatif du contexte familial lors des difficultés psychologiques post-natales.

- le vécu médical de la DPN ; c'est-à-dire le ressenti face au suivi médical de la grossesse qui a suivi la DPN. Cette dernière approche permettait de connaître les manques dans la prise en charge médicale et de souligner les besoins spécifiques de ces femmes.

Mises à part les questions d'introduction, le questionnaire était composé de 13 questions ouvertes, 7 questions à choix multiples et 2 échelles de mesures mixtes. La variété des questions permettait d'éveiller l'intérêt de la participante tout en obtenant certaines réponses ciblées, ce qui était trop imprévisible avec uniquement des questions ouvertes. Les variables recueillies étaient principalement des opinions. En effet, les nombreuses questions ouvertes ont laissé la parole aux femmes tout en restant le plus neutre possible pour ne pas influencer leurs réponses.

---

[2] *Idem note bas de page 1*

Par le terme vécu, on inclut toutes les expériences narrées par ces femmes et les émotions auxquelles elles sont rattachées. Le vécu correspond à tout « ce qui reste » a posteriori : souvenirs, reminiscences, séquelles, acquis, apprentissages …

Le vocabulaire utilisé, les formulations et l'ordre des questions ont été soigneusement étudiés dans le cadre de ce mémoire qui touche à la psychologie périnatale.

2.2.5 Stratégies d'analyse

Pour analyser les réponses au questionnaire, nous avons d'abord procédé par une analyse descriptive : relevé et dénombrement des termes et des idées récurrentes ainsi que des expressions et phrases marquantes. Ensuite nous avons réalisé une analyse structurale des réponses en repérant des liens entre les idées relevées et les profils des femmes, entre les idées et nos hypothèses, grâce à une grille d'analyse fondée sur les 3 thèmes constituants le questionnaire. Cette grille d'analyse thématique des résultats est présentée en **Annexe III**.

Cette structure a permis une analyse thématique des réponses avec un intérêt particulier porté aux termes utilisés par les femmes en regard des émotions auxquelles ils se rapportent. Ce type d'analyse a permis d'avoir accès au vécu de ces femmes.

2.2.6 Considérations éthiques et réglementaires

Un accord préalable écrit a été passé avec les présidents des associations contactées pour pouvoir diffuser le questionnaire en ligne sur leurs sites. Etre encadré dans la réalisation de ce questionnaire par une psychologue de maternité a été un argument mis en avant pour les convaincre.

Les participantes étaient informées clairement de l'objectif de cette étude. Les réponses étaient anonymes et aucune donnée identifiante n'était à fournir. Chaque femme était libre ou non de témoigner, ce qui équivalait à consentement de sa part. De plus, chaque participante restait libre jusqu'au dernier moment de ne pas envoyer son questionnaire.

3 Présentation et analyse des résultats

3.1 Description de la population d'étude

Au total, nous avons reçu 43 réponses au questionnaire en ligne. Parmi ces réponses, nous en avons écartées 3 car les répondantes présentaient une pathologie psychiatrique sous-jacente plus grave (psychose puerpérale, troubles névrotiques ou psychose maniaco-dépressive), ce qui constituait un critère d'exclusion pour notre étude. Nous avons donc inclus et analysé 40 questionnaires dans notre étude. Les caractéristiques de la population d'étude, déduites des questions d'introduction du questionnaire, sont présentées dans la **Figure n°1**. A noter que les participantes parlent toutes la langue française.

Nous avons finalement inclus les femmes enceintes au même titre que les autres dans l'analyse des résultats. En effet, leur effectif était faible et nous n'avons retrouvé ni ambivalence, ni différence majeure dans le discours qui auraient nécessité une considération particulière au vue des bouleversements psychiques de la grossesse.

Figure n°1 : Caractéristiques de la population d'étude

(40 réponses)

Parité	Primipares	9	*dont 1 enceinte, future IIp*		
	Deuxième pares	24	*dont 3 enceintes, futures IIIp*		
	Troisième pares	5			
	Quatrième pares	2			
Grossesse concernée par la DPN	1ere grossesse	26			
	2e ou 3e grossesse	6			
	Plusieurs grossesses concernées (dont la 1ere)	8			
Nouvelle maternité après la 1ere DPN	OUI	30	**Délai inter-gestationnel après 1ere DPN**	<18 mois	11
				Entre 18 mois et 3 ans	10
				>3 ans	9
	NON	10			
Ancienneté de la 1ere DPN	< 3 ans	9			
	Entre 3 et 10 ans	13			
	>10 ans	12			
	Non renseigné	6			
Situation conjugale au moment de la DPN	En couple avec le parent de l'enfant	38			
	Séparée du parent de l'enfant et/ou vivant chez des membres de la famille	2			
Prise en charge médicale de la DPN	Diagnostic par un professionnel de santé	22			
	Mise en place d'un suivi psychologique	20			

3.2 Première hypothèse : le vécu moral de la DPN

3.2.1 Résultats principaux

3.2.1.1 La DPN comme frein à une nouvelle maternité

Le questionnement principal de cette étude était de comprendre si un antécédent de DPN chez une femme pouvait influencer son désir de grossesse par la suite. Plus de la moitié des femmes interrogées (23 réponses sur 40) ont répondu que la DPN avait plutôt freiné un nouveau désir de grossesse chez elles.

Questionnaire n°27 : « Notre bonheur et notre volonté à être une maman aimante connaissent des freins qui nous dépassent et il ne faut pas se culpabiliser »

D'autre part ces mêmes femmes avaient toutes mentionné la nécessité d'un délai entre la DPN et la mise en route d'une autre grossesse. Les termes *« temps », « attendre »* et *« délai »* sont d'ailleurs récurrents dans les réponses. La DPN s'inscrit donc comme une véritable épreuve dans la vie de ces femmes, qu'il faut surmonter et qu'il faut guérir au même titre qu'une autre pathologie.

Questionnaire n°12 « Ce délai permet de se ressourcer, de prendre du temps pour soi, repartir dans des projets porteurs à moyen terme qui font rebondir et redonne confiance en soi. »

Questionnaire n°24 « […] prendre le temps de se reequilibrer...avant de tout chambouler à nouveau avec la grossesse suivante. »

Parmi le sous-groupe de femmes pour lesquelles la DPN datait de moins de 3 ans, les notions de frein et de délai étaient très présentes contrairement au sous-groupe des femmes dont la DPN était plus ancienne. Différentes explications pourraient justifier ce lien : manque de recul, facteur temps nécessaire pour diminuer les angoisses, femmes potentiellement toujours en âge de procréer ou DPN encore présente avec peut-être une relation conflictuelle au nourrisson et une certaine culpabilité de la jeune mère à investir un nouvel enfant.

Questionnaire n°27 « Le temps de déculpabiliser, se sentir à l'aise et confiante dans la relation avec l'enfant avant d'envisager l'accueil d'un nouvel enfant »

Questionnaire n°33 « La reprise de confiance est tellement longue qu'il me paraît indispensable de se sentir plus forte et capable de gérer la situation et les bouleversements qu'implique la naissance d'un autre enfant »

Questionnaire n°38 « Pour dissocier les deux aventures. Que la seconde maternité ne soit pas la vengeance de la première »

3.2.1.2 Crainte de récidive de la DPN et autres sources d'angoisses

L'émotion principale ressortant de ce vécu moral de la DPN était l'anxiété. Anxiété majeure qui pourrait expliquer cette influence négative de la DPN sur le désir de grossesse. Le champ lexical utilisé par les femmes en était la preuve : les termes *« angoisse », « peur »* et *« stress »* étaient mentionnés de façon récurrente.

Questionnaire n°19 « J'ai eu essentiellement peur d'avoir peur de nouveau »

Questionnaire n°12 « Peur de revivre ces angoisses »

L'appréhension majeure évoquée par les femmes était la crainte de récidive de la DPN en cas de nouvelle grossesse. Elle était présente chez 1 femme sur 2 dans notre étude quel que soit le sous-groupe auquel appartenait la répondante.

Questionnaire n°8 « Que tout recommence. »

Questionnaire n°22 « De revivre la même chose essentiellement »

Questionnaire n°23 « Re plonger »

Questionnaire n°28 « Peur de retomber. »

Questionnaire n°35 « La rechute »

Les autres appréhensions mentionnées par les femmes concernaient la grossesse et l'accouchement, la charge et la responsabilité d'un nouvel enfant, des craintes pour leur propre santé mentale et des craintes pour la stabilité de leur couple. Ces sources d'angoisses correspondent aux domaines qui subissent majoritairement les répercussions d'une DPN. Une récidive de cet état pourrait causer des dommages encore plus importants en ébranlant un équilibre retrouvé parfois encore précaire.

Questionnaire n°15 « la stabilité de la famille et de mon couple »

Questionnaire n°24 « Vivre un accouchement traumatique […] Ne pas etre a la hauteur de m'occuper des deux petits »

Questionnaire n°38 « Je suis en train de me séparer du père de mon fils. J'estime que c'est en grande part lié à cet épisode, comme la première séquelle. […] je ne suis pas sure de pouvoir un jour envisager une nouvelle grossesse dans un nouveau couple par peur qu'elle me coûte mon couple. »

3.2.1.3 Une vision de la maternité modifiée

Dans l'introduction, nous avions émis l'idée que ces craintes et ces freins spécifiques aux femmes ayant vécu une DPN pourraient modifier leur vision de la maternité. Cette question a été posée directement et 34 femmes sur 40 ont répondus favorablement. A noter que cette réponse était unanime dans le sous-groupe des femmes présentant une DPN de moins de 3 ans, ce qui renforce nos hypothèses émises précédemment quant à la fragilité encore tangible de ces femmes touchées plus récemment par la DPN.

Ce changement dans la représentation de la parentalité se traduisait à travers trois visions différentes de la situation. Tout d'abord une partie des femmes semblaient avoir tiré une leçon de la DPN en faisant preuve d'une volonté de transmission de leur expérience.

Questionnaire n°8 « J'ai arrêté de croire que la maternité est naturelle et instinctive: elle se crée dans des conditions qui lui sont favorables. Dans de mauvaises conditions ça ne va pas de soit! Le regard des autres (valorisant ou critique) joue sa part. La fatigue et l'aide utile dont on bénéficie jouent. Les conditions de l'accouchement aussi!! »

Questionnaire n°18 « La maternité est une chose magnifique, mais il faut être préparée à ce que tout ne se passe pas comme sur un nuage. »

Questionnaire n°40 « Oui j'aurais tendance à informer une amie enceinte sans dramatiser sur le problème pour faire prendre conscience que ce n'est pas tout rose non plus »

Une autre partie des répondantes, peut-être plus apaisée ou avec plus de recul, paraissait pleine d'espoir quant à l'avenir en se projetant dans d'autres grossesses avec une volonté de vivre les choses différemment.

Questionnaire n° 2 « chaque grossesse est unique - a la seconde grossesse les symptomes sont connus donc anticipes »

Questionnaire n°11 « Toutes les grossesses sont différentes »

Questionnaire n°26 « J'ai fait un 2ème enfant […] en me disant que ce serait une nouvelle expérience. »

Questionnaire n°30 « chaque chemin de maternité est singulier. Au delà de la DPP c'est aussi en quelque sorte un passage obligé pour devenir mère, un cheminement pour passer de petite fille à maman... »

En revanche, le dernier groupe de réponses semblait beaucoup plus pessimiste, avec une souffrance très ancrée et l'expression d'une véritable désillusion face à la maternité même plusieurs années après. Des termes forts du champ lexical de la douleur étaient utilisés.

La DPN crée un fossé encore plus important entre le mythe de la première maternité et sa réalisation. Nous retrouvons ici l'application directe des théories de l'ambivalence entre maternité rêvée et réalité des difficultés maternelles, décrites notamment par Monique Bydlowski (6) (8).

Questionnaire n°9 « La maternité n'est pas toute rose. Elle peut être douloureuse. Elle peut meurtrir »

Questionnaire n°10 « On voit la maternité un peu moins rose et moins fleur bleu que les autres mamans »

Questionnaire n°11 « Devenir mère peut être merveilleux mais compliqué quand on se sent mal à l'intérieur de soi ... »

Questionnaire n°29 « Je suis capable de formaliser les côtes négatifs de la maternité. Ce n'est pas QUE du bonheur, non on n'oublie pas tout. […] si j'avais su ce que c'était, je n'aurais sans doute pas fait d'enfant.»

Vivre une DPN change sans aucun doute sa façon d'appréhender la parentalité, mais la diversité des réponses nous montre également à quel point le vécu est une notion subjective. La DPN est éprouvée à différents degrés et s'inscrit tout autrement dans le parcours de vie d'une femme à l'autre.

Notre première hypothèse paraît validée à l'issue de ces résultats. Le désir de grossesse peut être freiné par l'antécédent de DPN notamment à cause de la crainte d'une récidive de la pathologie et de ses conséquences, mais également en raison d'une vision de la maternité profondément modifiée : parfois périlleuse voire hostile, ou au contraire parfois porteuse d'espoir de renouveau.

3.2.2 Résultats secondaires

3.2.2.1 Rapport au nouveau-né conflictuel

Un autre aspect du vécu moral de la DPN ressortait de tous ces témoignages : la difficulté de mise en place du lien mère-enfant. Ces écueils dans la relation au nouveau-né n'étaient mentionnés que par 1 femme sur 4 dans nos réponses mais semblaient importants à souligner puisqu'ils s'inscrivent dans le processus de parentalité et dans les mécanismes même de la DPN (11) (17).

Questionnaire n°2 « Un sentiment que le bebe n'est pas le sien, pour quelques jours - un lien qui ne se cree pas automatiquement »

Questionnaire n°11 « La joie d'être mère n'était pas vraiment là. Ce qui rend difficile la relation avec le bébé... »

Cette barrière dans le bon établissement du lien mère-enfant est due à une représentation du nouveau-né inhabituelle, comme expliqué dans l'introduction (4). Les femmes interrogées transmettaient aussi l'impression d'un véritable débordement émotionnel pendant cette période post-natale, où se mêlaient culpabilité, angoisses, perte de confiance en soi et en ses capacités. Le poids de la responsabilité et la charge que représente le nourrisson sur le long terme semblaient constituer des sources de pression majeures pour ces femmes.

Questionnaire n°2 « le lien avec le nouveau ne semblait pas etre naturel et immediat donc une certaine culpabilite »

Questionnaire n° 6 « le poids des responsabilités sur mes épaules est devenu très lourds, peur de ne pas être à la hauteur, je me suis mis une très grande pression »

Questionnaire n°12 «j'avais perdu confiance en moi, en mes capacités maternelles. »

Questionnaire n° 15 « Peur viscérale de la responsabilité, minute après minute, jour après jour, année après année, de la vie de mon enfant. »

Questionnaire n°29 « Aujourd'hui je sais ce qui se jouait mais à ce moment je me sentais juste coupable, incompétente, frustrée et totalement dépassée. »

3.2.2.2 Apports de l'expérience de DPN à distance

La notion de vécu comprend tous les apprentissages et les séquelles apportés par une expérience passée. Il parait donc important de mentionner ici les apports à distance de la DPN pour les femmes interrogées. Le premier acquis positif était une *« vigilance »* accrue envers elles-mêmes et envers les futures mères. Cette préoccupation nouvelle est révélatrice de l'ampleur des symptômes de DPN et de leurs retentissements multiples, qui réveillent une volonté de partager son expérience comme une mise en garde bienveillante.

Questionnaire n° 5 « Plus à l'affût de signes de dépression, plus à l'écoute et j'apporte plus d'aide »

Questionnaire n°12 « Je suis plus indulgente, je me mets moins la pression et je ne recherche plus la "perfection" »

Questionnaire n°25 « Je suis beaucoup plus tolérante et compréhensive pour les mamans »

Questionnaire n°34 « Je suis à l'écoute de la (future) maman surtout à la naissance »

D'autres femmes évoquaient plutôt un sentiment de *« sérénité »* voire de *« nouveau départ »* après leur dépression. Prendre du recul sur la situation leur avait permis d'utiliser la DPN comme un moteur pour changer leurs habitudes au quotidien, pour appréhender la vie sous un angle plus optimiste.

Questionnaire n°21 « […] ça a été un renouveau total, j'ai totalement changé et dans ma tête tout c'est éclairé quasiment du jour au lendemain […] ca a changé toute ma vie »

Questionnaire n°22 « Une renaissance »

La DPN était aussi à l'origine d'apports négatifs en laissant un sentiment de mal être profond à certaines femmes interrogées, qu'on retrouve à travers les termes forts de *« cicatrice », « blessure »* ou encore *« malaise ».* Les conséquences d'une DPN sont variables et pérennes, elles traduisent encore une fois la subjectivité du vécu individuel.

Questionnaire n°2 « malaise plus profond et plus difficile a surmonter »

Questionnaire n°9 « Je ne pense pas que l'on se remette vraiment un jour d'une DPP. Presque 4ans plus tard j'en garde une profonde blessure. »

Questionnaire n°15 « je marche toujours sur des oeufs, dans la peur d'être rattrapée par cet état à d'autres période de la vie »

3.3 Deuxième hypothèse : le vécu social de la DPN

3.3.1 Résultats principaux

3.3.1.1 Rôle du conjoint

Il est avéré que le conjoint joue un rôle favorable lors d'une DPN, ou tout du moins que son absence est facteur de risque de difficultés à la parentalité (3). Dans notre étude, le soutien apporté par le partenaire apparaissait également comme incontestable avec une évaluation par échelle numérique à la note maximale pour 33 des 40 femmes interrogées. Pour autant, le ressenti quant à son implication était globalement négatif. Les femmes décrivaient en majorité un conjoint *« absent », « fuyant », « dépassé »*, qui ne comprenait pas la gravité de la situation et avec qui la communication était devenue problématique.

Questionnaire n°5 « […] à dix mille lieues de comprendre […] »

Questionnaire n°9 « Confus. Il n'a pas su réagir. »

Questionnaire n°13 « Perdu, ne comprenant pas, un peu coupable, fuyant »

Questionnaire n°15 « perdu, impuissant, formidable avec les enfants »

Questionnaire n°29 « Mon mari n'a pas vu le mal-être, aujourd'hui encore je ne suis pas sûre qu'il comprenne la profondeur de mon ressenti. »

Questionnaire n°33 « Dans le déni et le refus d'entendre ce qu'il se passait malgré mes tentatives de communication et mes demandes d'aides multiples »

Questionnaire n°37 « soutenant mais désemparé »

Logiquement, l'émotion principale corrélée à cette relation dégradée avec le conjoint était la solitude éprouvée lors de la DPN. Le terme en lui-même a été relevé dans plus d'un questionnaire sur deux.

Questionnaire n°10 « La pire des choses dans la dpp c'est qu'on a vraiment l'impression d'être seule.... »

Questionnaire n°17 « moi je voulais juste qu'il passe du temps avec moi vu que je me sentais seule »

Les témoignages traduisaient donc une véritable ambivalence émotionnelle des femmes interrogées envers leurs conjoints. Leur présence et leur soutien étaient à la fois indéniables et nécessaires mais aussi insuffisants et décevants. A la question « Qu'aurait-il pu faire de plus pour vous aider ? », 12 des 40 femmes interrogées avaient donné la réponse : *« Rien »,* élément en faveur de ce positionnement équivoque du partenaire.

Ce résultat interroge sur la définition du mot « soutien » utilisé dans le questionnaire. Ce terme, peut-être trop vague, serait à mieux définir pour obtenir des réponses plus précises. Il questionne également sur le rôle qu'on peut attendre du conjoint lors d'une DPN. Doit-il épauler moralement sa partenaire au point de tout entendre, de tout contenir ? Doit-il seulement gérer le quotidien ? Quel est son vécu propre ? Autant de nouvelles questions qui semblent soulever un débat plus large.

3.3.1.2 Rôle de l'entourage

Les mêmes questions que pour le conjoint ont été posées pour définir le rôle de l'entourage pendant la DPN. L'avis des femmes interrogées sur ce sujet paraissait beaucoup moins tranché, avec une évaluation par échelle numérique très variable et des témoignages hétérogènes.

Questionnaire n°6 « Très aidant, compréhensif et patient. »

Questionnaire n°10 « Incompréhension et le fait de minimiser le problème, dire baby blues alors que c'est une réelle dépression. »

Questionnaire n°25 « Encourageant »

Questionnaire n°40 « Ils ne se rendaient pas compte »

Toutefois, la mention de comportements jugés inadaptés à la situation était récurrente : entourage décrit comme très critique, *« envahissant »* ou au contraire *« absent »*. En conséquence, l'émotion principale associée à ces faits était également la solitude.

Questionnaire n°2 « tout le monde pretend que c est un passage normal pour la maman, directement lie a l etat de fatigue »

Questionnaire n°21 « pour la famille et les amis juste nul, incompréhensif et jugeant arrêter les critiques et de me juger et essayer de voir un peu plus loin que le bout de leur nez ! »

Questionnaire n°23 « Pas à leur place. »

Questionnaire n°36 « présents mais trop donneurs de leçons »

Ces résultats peu concluants reflètent peut-être une formulation imprécise du questionnaire. De plus, la singularité de chaque famille avec son aura culturel propre peut également intervenir et créer une sorte de verrouillage familial qui modifie par conséquent le vécu social de chaque femme et rend la comparaison difficile.

Notre deuxième hypothèse paraît difficile à valider à l'issue de ces résultats. La question du soutien que peuvent apporter conjoint et entourage proche est plus complexe. Elle dépend probablement d'autres variables non explorées dans notre questionnaire.

3.3.2 Résultats secondaires

3.3.2.1 Manques dans le soutien social

Mise à part l'évidente solitude ressentie au cours de la DPN, les femmes interrogées évoquaient assez clairement tout ce qui avait pu leur manquer dans le soutien social apporté par leur conjoint et leur entourage. D'une part, elles mentionnaient un manque d'accompagnement moral général qui se traduisait par les termes répétés *« écoute », « présence », « compréhension »* et *« conseils ».* Ces mots pourraient d'ailleurs permettre de définir le terme de soutien, évoqué tout au long de cette partie, au plus proche des réelles attentes des femmes.

Questionnaire n°9 « M'écouter, m'orienter vers un professionnel de suite.»

Questionnaire n°10 « Comprendre le problème, être present ! Me soutenir. »

Questionnaire n°16 « + d'écoute et d'attention »

Questionnaire n°33 « Me proposer de l'aide, même juste de venir être là sans rien faire »

Questionnaire n°37 « légitimer la situation »

D’autre part, les femmes mentionnaient également le défaut d’aide dans la gestion du quotidien et des tâches ménagères. Elles reprochaient aussi le manque d’investissement du conjoint dans les soins de puériculture. Ce manque contribuait probablement à les cantonner dans des interactions purement opératoires avec leur nouveau-né sans favoriser le bon établissement du lien mère-enfant.

Questionnaire n°8 « M'aider. Pas avec l'enfant mais avec tout le reste: ménage, préparation des repas, linge, vaisselle...!!! Me laisser du temps pour essayer de créer du lien avec ma fille au lieu de me laisser le temps pour les corvées ! »

Questionnaire n°19 « Me réconforter en me rassurant avec un soutien dans le quotidien car l’épuisement est total. »

Questionnaire n°28 « Plus de soutien de la part de nos familles. J'étais épuisé, je me sentais critiqué et pas soutenu ni moralement ni en pratique... »

Questionnaire n°29 « J'avais l'impression de me retrouver coincée dans le rôle de mère-soignante et de rien pouvoir faire d'autre. »

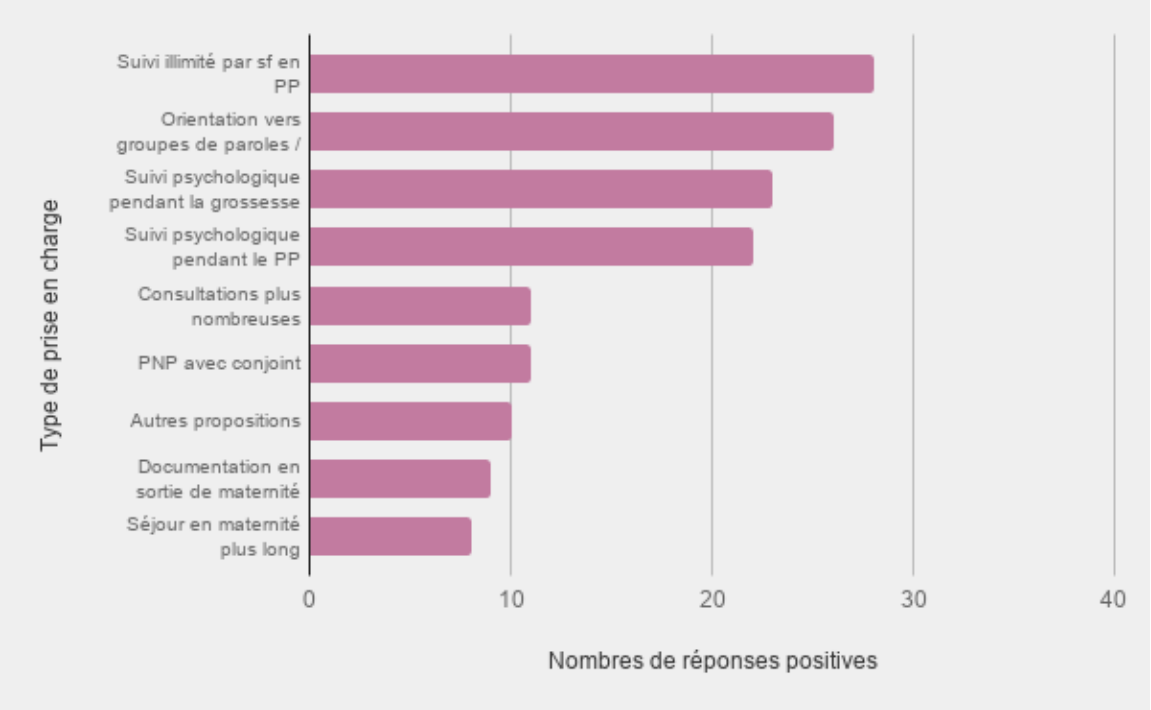
3.4 Troisième hypothèse : le vécu médical de la DPN

3.4.1 Résultats principaux

3.4.1.1 Prise en charge axée sur la parole

Le questionnaire permettait aux femmes interrogées d’imaginer le suivi de grossesse idéal en cas d’antécédent de DPN, par le biais d’un QCM dont les résultats sont exposés dans la **Figure n°2**.

Figure n°2 : Prise en charge idéale d'une grossesse après une DPN



Ces résultats soulignaient nettement que les femmes interrogées tendaient vers un suivi de grossesse centré sur la parole, que ce soit au travers de groupes de paroles ou d'associations mais également à travers la mise en place d'un suivi psychologique. D'ailleurs, 1 femme interrogée sur 2 avait bénéficié d'au moins un rendez-vous avec un psychologue au cours de sa DPN passée. La nécessité d'un accompagnement psychologique de la grossesse et de ses suites était une proposition récurrente et appuyée dans les réponses.

Questionnaire n°5 « Le temps d'aller faire une thérapie »

Questionnaire n°16 « […] je vois régulièrement un thérapeute et ça me soulage. »

Questionnaire n°10 « Le suivi psychologique est aussi très important! Afin de préparer cette grossesse et surtout le post natal! »

Questionnaire n°40 « J'aurais souhaité avoir un rendez-vous psy après la naissance je pense que cela devrait être obligatoire […] Il y a un travail psy à faire sur soi et cela demande aussi du temps pour soi, pour se reconstruire, renaître »

Ce besoin de verbaliser son expérience semble donc être primordial pour améliorer le vécu de sa DPN, libérer ainsi ses émotions et pouvoir envisager l'avenir. Cette notion de parole semblait aussi importante que la notion de temps explicitée auparavant.

Questionnaire n°9 « De l'écoute. De l'empathie. Un mot sur mes maux »

Questionnaire n°18 « Une écoute, des mots sur ce que je ressentais »

Questionnaire n°27 « Je souhaite pouvoir parler de cette dépression »

Questionnaire n°29 « C'était à moi de comprendre et y mettre des mots. »

Un lien pourrait s'envisager entre le souhait d'une prise en charge médicale axée sur la parole et la solitude exprimée dans le vécu social de la DPN. Les soignants seraient des substituts nécessaires à qui se confier quand l'entourage n'est pas à l'écoute ou défaillant.

Questionnaire n°4 « de l'écoute étant donné qu'il n'y en avait pas de mon entourage familiale »

Questionnaire n°35 « Ne pas rester seule face à sa souffrance, son désarroi... souvent s'adresser à des personnes "neutres" qui sont plus objectives et non jugeantes. »

3.4.1.2 Prise en charge globale et unique

En se référant aux résultats présentés dans la **Figure n°2**, les femmes interrogées souhaitaient améliorer la prise en charge médicale de façon globale, c'est-à-dire tant pendant la grossesse (suivi psychologique, PNP, consultations plus nombreuses) que pendant le post-partum (suivi psychologique, suivi illimité par une sage-femme).

Une sensation d' *« abandon »* est décrite en sortie de maternité, mais pour autant aucune des deux périodes ne se dégageait majoritairement des réponses. Ce résultat accentue le fait qu'une DPN se manifeste pendant la période post-natale, mais que le bon vécu de la grossesse et de l'accouchement est capital.

Questionnaire n°29 « Cet espèce d'abandon après accouchement est très déstabilisant. »

La proposition récurrente émise par les femmes interrogées concernait le souhait d'un accompagnement unique tout au long du parcours de maternité depuis le début de la grossesse jusqu'à la période post-natale. Ce souhait a été émis par 1 répondante sur 4 en moyenne, de façon spontanée. Idéalement, avoir un soignant de référence permettrait de limiter les angoisses, de faciliter la confiance, de dépister précocement les difficultés maternelles et d'orienter rapidement les patientes si nécessaire.

En pratique un tel accompagnement semble compliqué à mettre en place dans l'organisation hospitalière française. Néanmoins, une telle proposition invite à réfléchir sur l'impact d'intervenants multiples pendant la grossesse et ses suites ; notamment sur les éventuels retards voire manques au diagnostic de pathologies touchant au psychisme qui demandent une certaine connivence avec la patiente.

Questionnaire n°8 « Accompagnement global!!!! Voir 15 personnes différentes n'aide pas du tout. Avoir un lien privilégié et continu oui! »

Questionnaire n°10 « J'ai choisi une sage-femme à domicile […] elle m'a suivi du début de la grossesse jusqu'à mon post natal pour mon second enfant. L'idéal c'zst le suivi par une même sage femme avant et après l'accouchement, afin d'avoir des repères et une personne de référence... »

3.4.1.3 Relation d'aide à déployer

Notre dernière hypothèse était que les professionnels de santé pouvaient poser un cadre rassurant pour permettre une grossesse sereine en cas d'antécédent de DPN. Hors, l'émotion majeure ressortant du vécu médical de cette DPN était la colère ressentie envers les soignants.

Les femmes interrogées déploraient un manque de considération des professionnels rencontrés. Sur 30 femmes qui ont vécu une nouvelle grossesse après leur DPN, seules 14 ont eu l'opportunité d'en discuter et 1 seule d'entre elles s'est vue questionnée à ce sujet sans avoir besoin d'en parler elle-même.

Ces résultats soulignent un clivage dans la pratique médicale entre l'intérêt porté au corps de la patiente et celui porté à son bien-être moral. Quand bien même les deux états sont indissociables comme définit par l'OMS : *« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».* Ce bilan remet en lumière notre constat de départ : la DPN, trop peu mentionnée dans les dossiers médicaux, est sous-diagnostiquée voire banalisée de la part des professionnels de santé.

Questionnaire n°10 « Du soutien, de la compréhension, la connaissance de ma fragilité et la prise en considération de celle ci. »

Questionnaire n°28 « […] ils ont minimisé mon vécu »

Questionnaire n°30 « des questionnements sur mon état moral »

Questionnaire n°34 « J'attends de l'écoute, de la patience, et que l'on prenne mes angoisses au serieux »

Le soutien apporté par les professionnels de santé semblait très insuffisant. Les femmes interrogées souhaitaient un accompagnement moral davantage tourné vers l'*« écoute »,* la *« réassurance »* et des *« conseils ».* Le manque de considération des soignants lors de leur DPN entrainait une perte de confiance en cas de nouvelle grossesse.

Par conséquent, 1 femme interrogée sur 2 exprimait n'avoir aucune attente envers les professionnels de santé pour gérer sa nouvelle grossesse, résultat dommageable qui ne fait que renforcer la solitude exprimée dans le vécu social.

Questionnaire n°12 « de l'écoute et d'être rassurée »

Questionnaire n°15 « accompagner une nouvelle période difficile »

Questionnaire n°21 « […] que je sois respectée »

Questionnaire n°23 « […] espoir d'être réellement accompagnée et pas seulement surveillée. »

Questionnaire n°24 « J attendais de l empathie, un accompagnement emotionnel »

Questionnaire n°35 « Besoin de conseils, réassurance, déculpabilisation »

Notre troisième hypothèse doit être nuancée à l'issue de ces résultats. La prise en charge médicale des patientes présentant un antécédent de DPN doit être orientée autrement pour être bénéfique sans être stigmatisante : temps de parole pour verbaliser le vécu, réassurance et présence médicale renforcée dans la période post-natale semblent primordiaux.

3.4.2 Résultats secondaires

3.4.2.1 Rôle clé de la sage-femme

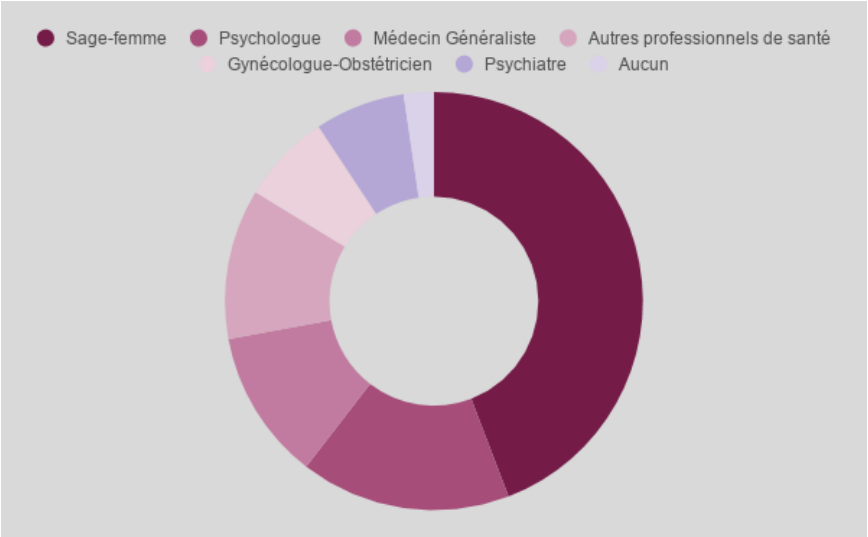
Ces résultats mettaient en lumière le rôle prépondérant de la sage-femme dans la prise en charge médicale d'un antécédent de DPN. Selon la **Figure n°2**, 28 femmes interrogées sur 40 auraient souhaité un suivi illimité par une sage-femme lors du retour à la maison, contre les 12 jours seulement pris en charge par la Sécurité Sociale. Cette absence de limite temporelle serait peut-être rassurante à elle seule et permettrait d'appréhender plus sereinement la maternité au jour le jour.

Questionnaire n°8 « Vive les SF ouvertes et humaines […] qui font confiance aux mères en encourageant leurs propres compétences et autonomie tout en veillant au grain... ! »

Questionnaire n° 13 « la sage femme est la clé pour moi. Elle vous suit tout le long. Elle connait la famille. C'est très important quelqu'un qui sait»

Tout au long de la grossesse, la sage-femme est l'interlocutrice privilégiée des patientes. Elle s'inscrivait par conséquent comme le professionnel de santé le plus à l'écoute des femmes interrogées selon les résultats de la **Figure n°3**.

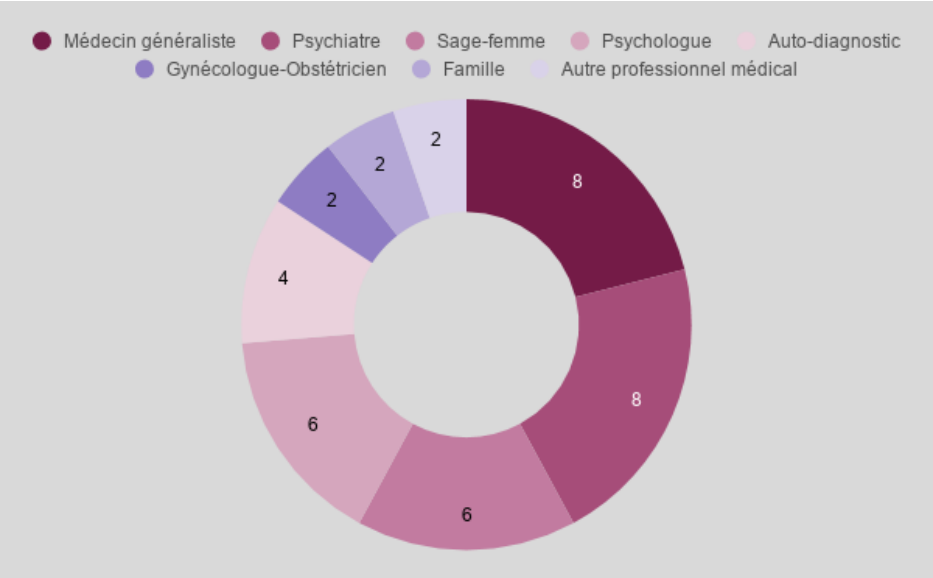
Figure n°3 : Quel(s) professionnel(s) de santé s'est (se sont) montré(s) le plus à votre écoute ?



Selon la **Figure n°4**, la sage-femme faisait également partie des professionnels de santé qui diagnostiquent le plus de DPN. En effet, la sage-femme adopte une approche à la fois physique et psychique de sa patiente. Elle fait le lien avec les autres professionnels de la périnatalité. Ces arguments la placent donc comme une référente clé pour les femmes notamment dans la période post-natale.

Figure n°4 : Quel professionnel de santé a posé le diagnostic de DPN ?

(30 réponses)



3.4.2.2 Le vécu de l'accouchement comme moteur des angoisses

L'émotion principale ressentie par les femmes interrogées face au vécu médical de la DPN était la colère, comme citée auparavant. Cette colère semblait directement liée à un mauvais vécu de l'accouchement, parfois décrit comme *« violent »* et *« traumatique »* ou source de séquelles physiques alarmantes pour plus d'1 femme interrogée sur 4. A posteriori l'accouchement est au cœur des souvenirs issus de la maternité. On comprend alors qu'un mauvais vécu engendre une colère vis-à-vis des professionnels de santé, une perte de confiance et des craintes pour une prochaine grossesse. Cet enchaînement de causes à effets s'applique en dehors de toute notion de DPN, mais il est exacerbé en cas de fragilité psychique et identifié comme facteur de risque de DPN (3) (19).

Questionnaire n°5 « […] avoir eu l'impression de ne pas avoir été accompagné pendant l'accouchement et de l'avoir subit. »

Questionnaire n°6 « j'ai eu l'impression qu'on me volait ce moment qui devait être magique, est-ce que tout cela a influencé la suite.... »

Questionnaire n°12 « Respecter la physiologie de l'accouchement c'est respecter aussi la psychologie de la maman... »

Questionnaire n°13 « L'accouchement est tellement important c'est lui qui donne le la après ... »

Toutes les séquelles physiques de l'accouchement évoquées par les femmes (épisiotomie, cicatrice de césarienne…) étaient d'ailleurs les seules mentions de symptômes physiques accompagnant la DPN avec *« les pleurs »* et la *« fatigue extrême »*. Le rapport au corps était quasiment absent des témoignages recueillis et passait visiblement au second plan dans le vécu de la DPN. Cette notion appuie la nécessité d'une vision soignante globale de la patiente, elle-même focalisée sur ses difficultés morales.

3.4.2.3 Autres piste d'amélioration de la prise en charge

Deux axes d'amélioration majeurs de la prise en charge médicale étaient mentionnés spontanément et à plusieurs reprises dans les réponses. Premièrement, était soulevée la nécessité de former les professionnels de santé à la psychologie périnatale et notamment à la DPN. Des soignants plus à l'aise avec le sujet permettraient aux patientes d'oser se confier sans jugement sur leurs difficultés maternelles. Cela réduirait notamment les retards de prise en charge et les DPN prolongées avec toutes leurs conséquences.

Questionnaire n°8 « Et que les professionnels de santé soient formés efficacement à la relation d'aide. »

Questionnaire n°9 « Que le personnel soit formé. briser le tabou de la honte. »

Questionnaire n°18 « Former les professionnels de santé directs (sf, aux.puer., puer.) à cet état, personnellement le psychologue de l'hôpital que j'ai demandé à voir pendant mon séjour, je l'attends encore 8 ans après.»

Ensuite, les femmes interrogées soulignaient l'importance de faire de la prévention sur la DPN en anténatal. Cette pathologie est encore trop méconnue du grand public, ou confondue avec le baby blues. Le but n'étant pas de dramatiser la situation mais d'éveiller la future mère sur les signes de DPN et la sensibiliser sur l'aide qu'elle est en mesure de demander en cas de difficultés.

Questionnaire n°18 « Il serait bon pendant la préparation à l'accouchement de parler aussi du baby blues, de la dpn, parce que oui ça arrive, c'est un véritable chamboulement, mais on s'en sort […] »

Questionnaire n°25 « il faudrait intégrer ce sujet dans la préparation d'accouchement,ainsi que toutes les difficultés que les mamans rencontrent à l'arrivée de leur enfant.la préparation se concentre souvent uniquement sur l'accouchement (évidemment,c'est nécessaire),mais l'histoire ne s'arrête pas là.bien au contraire... »

Questionnaire n°30 « […] prévenir que la DPP peut survenir (prévenir ne protège pas mais ignorer fragilise) »

Questionnaire n°32 « La dépression peut s'anticiper par de la prévention. Être parent n'est pas simple »

3.5 Forces, limites et perspectives de l'étude

3.5.1 Forces

La principale force de cette étude réside dans son aspect qualitatif avec un recueil de véritables témoignages. Ces opinions brutes nous donnent la vision des femmes sans intermédiaire. Comparée à la littérature très orientée sur l'aspect psychologique de la DPN, cette étude s'axe autrement et éclaire notamment tout le vécu médical autour de la DPN. Tout cela pourrait permettre aux professionnels de santé de comprendre les patientes concernées et d'adapter leur discours et leur prise en charge.

Outre sa vocation à donner la parole aux femmes, l'aspect qualitatif de cette étude a permis l'apparition de nouvelles problématiques non envisagées au début de l'élaboration de ce mémoire : par exemple les limites du rôle du conjoint dans une situation de DPN, ou encore la remise en question du suivi de la grossesse en général et son impact sur le moral des parturientes/accouchées à distance.

Les répondantes ont manifesté un intérêt certain pour cette étude qu'on peut relier au besoin de verbaliser et de transmettre son expérience déjà explicitée ci-dessus. Le nombre de réponses au questionnaire a largement dépassé notre objectif. De plus, les femmes interrogées ont clairement exprimé leur soutien à ce type d'étude avec une volonté de briser le tabou de la DPN, de faire connaître cet état à la population générale.

Questionnaire n°15 « merci pour cette recherche et pour ce qu'elle apportera ! »

Questionnaire n°22 « Merci de vous intéresser à ce sujet […] »

Questionnaire n°24 « Merci pour ce beau sujet d'étude… »

Questionnaire n°25 « Félicitations pour le choix du sujet »

3.5.2 Limites

Avec du recul sur l'étude, il manque certaines données de description de la population qui auraient été utiles pour affiner les résultats. Tout d'abord l'âge n'est pas renseigné. Bien qu'il soit sous-entendu à travers l'âge des enfants, il aurait été pertinent de recueillir cette information qui impacte forcément la projection dans un nouveau projet de grossesse. Certaines femmes interrogées sont encore concernées par une potentielle maternité quand d'autres ne le sont plus du tout.

Ensuite, une question générale sur les croyances et/ou les origines ethniques de ces femmes aurait permis d'étoffer toute la partie concernant le vécu social de la DPN. Certains positionnements très fatalistes face à la DPN ou certains verrouillages familiaux auraient pu être en partie expliqués grâce à ces informations descriptives.

Cet aspect aurait sans doute été plus facile à aborder lors d'entretiens en face-à-face direct.

Il existe un biais de mémoire inhérent à toute étude qualitative a posteriori, d'autant plus dans notre cas où certaines femmes témoignent de DPN datant de plus de 20 ans. Un autre biais de cette étude réside dans la méthode de l'étude : la diffusion indirecte de questionnaires ne donne accès ni aux réponses non verbales ni à la spontanéité d'entretiens non directifs.

Avec du recul, la formulation des questions de la deuxième partie concernant le vécu social de la DPN serait retravaillée. Certains termes, comme le mot « soutien », sont trop vagues pour obtenir des réponses plus détaillées ; mais un terme plus précis aurait peut-être trop orienté les réponses des participantes… Utiliser des échelles numériques n'était pas le choix le plus pertinent pour évaluer le soutien de l'entourage, même s'il a permis de mettre en avant l'ambivalence des femmes quant au rapport au conjoint pendant une DPN.

3.5.3 Perspectives

Les différents résultats de notre étude nous amènent à nous interroger de façon plus générale sur le suivi de la grossesse en France. Un suivi global et unique sur tout le parcours de maternité avec ses avantages ne serait-il pas bénéfique pour toutes les femmes ? En effet, si on améliore le vécu de la maternité, on diminue le risque de DPN en agissant sur un facteur de risque majeur de difficultés maternelles.

Pour compléter ces résultats, l'étude idéale serait une cohorte incluant exclusivement des femmes avec un antécédent de DPN et qui seraient de nouveau enceintes. Leurs souhaits, attentes et appréhensions seraient recueillis au cours de la grossesse, puis comparés avec la réalité de la période post-natale. Ce genre d'étude permettrait aussi d'évaluer le taux de récidive de DPN à distance et de corréler ce résultat aux différents vécus de la maternité comme explicités dans ce mémoire.

Conclusion

Une DPN affecte inévitablement le vécu et la vision de la maternité. Elle en modifie les codes et influence un nouveau désir de grossesse par la suite. Cette influence est variable et s'exprime à différents degrés selon les femmes. Dans notre étude, les freins majeurs à une nouvelle grossesse résident dans des angoisses spécifiques comme la crainte de récidive, mais aussi à travers d'autres angoisses plus générales et inhérentes à toute femme en position de (re)devenir mère.

Une prise en charge médicale adaptée avec une véritable volonté d'accompagnement, en toute connaissance des besoins d'écoute et de réassurance des patientes concernées, favoriserait un projet de grossesse plus serein. La dimension médicale autour de la DPN pourrait alors devenir motrice et sécurisante pour ces femmes avec des soignants vigilants. Ces changements commencent notamment par la transmission dans le dossier médical d'un antécédent de DPN, initiative qui ne stigmatise pas la patiente mais lui donne au contraire toutes les chances de vivre au mieux cette nouvelle grossesse !

La sage-femme, au cœur de tout le parcours de maternité depuis la grossesse jusqu'au post-partum, pourrait jouer un rôle de prévention majeur dans la problématique de la DPN. Des actions au sein même des maternités pourraient être mises en place facilement comme l'élaboration de plaquettes informatives distribuées lors des cours de PNP ou affichées directement en suites de couches. Cela permettrait d'évoquer la DPN sans dramatiser et de reconnecter le lien entre les patientes et les soignants pour une prise en charge précoce et avisée si nécessaire.

Bibliographie

1. Howard et al. *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period.* The Lancet 2014;384(9956):1775-88.

2. Campagne DM. *The obstetrician and depression during pregnancy.* European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproduction Biology 2004;116(2):125-30.

3. Biaggi A, Conroy S et al. *Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review.* Journal of Affective Disorders 2016;191:62-77.

4. Cramer B. *Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire?* Devenir 2002;14(2):89.

5. Abdel-Baki A, Poulin M-J. *Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement: I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse.* Psychothérapies 2004;24(1):3.

6. Bydlowski M. *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité.* Paris: Odile Jacob; 2010, 185p.

7. Bydlowski M. *Parenté maternelle et parenté paternelle.* Adolescence 2006;55(1):33.

8. Bydlowski M. *Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne.* Devenir 2001;13(2):41.

9. Bydlowski M, Golse B. *De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation.* Carnet PSY 2001;63(3):30.

10. Winnicott DW. *La mère suffisamment bonne.* Paris: Payot & Rivage; 2007, 122p.

11. J. Dayan, P. Gerardin, O. Rosenblum. *Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.* EMC - Obstétrique 2014;9(2).

12. Bydlowski S, Golse B et al. *Le blues post-natal : un marqueur du lien intersubjectif.* Psychiatrie Enfant 2014;57(1):5.

13. Bydlowski M. *Les dépressions maternelles en question.* Carnet PSY 2008;129(7):38.

14. Missonnier S, Roussillon R. *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité.* Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2012.

15. Sutter-Dallay A-L, Guédeney N. *Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites.* EMC - Psychiatrie 2010;(37-200-B-20).

16. Agbokou C, Ferreri F et al. *Clinique des dépressions maternelles post-natales.* EMC - Psychiatrie 2011;(37-170-A-30).

17. Poinso F, Samuellian J-C et al. *Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé.* Psychiatrie Enfant 2001;44(2):379.

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Major Depressive Disorders.* Fifth Edition. Washington DC; 2013 (pp161-188).

19. Lancaster CA, Gold KJ et al. *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review.* AJOG 2010;202(1):5-14.

20. Webster J, Nicholas C et al. *Quality of life and depression following childbirth: impact of social support.* Midwifery 2011;27(5):745-9.

21. Guédeney N, Jeammet P. *Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique.* Devenir 2001;13(3):51.

22. Pellet M, Nanzer N. *Evolution des représentations maternelles après une psychothérapie brève centrée sur la parentalité durant la période périnatale.* Devenir 2014;26(1):21.

23. Stordeur C, Lejoyeux M. *Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant.* EMC - Gynécologie Obstétrique 2011;(5-046-A10).

24. NICE. *Clinical Guidelines : Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. 2014 [en ligne]. nice.org.uk/guidance/cg192 [consulté le 05/10/17].

25. The Cochrane Collaboration. *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2013. [en ligne]. http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001134.pub3 [consulté le 20/11/17].

26. O'Hara MW. *La dépression du post-partum : les études de l'Iowa.* Devenir 2001;13(3):7.

27. CNGOF. *Recommandations pour la Pratique Clinique : Post-partum.* Paris, 2015.

28. Milgrom J, Schembri C et al. *Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties.* Journal of Affective Disorders 2011;130(3):385-94.

29. Verkerk GJ., Pop VJ et al. *Prediction of depression in the postpartum period: a longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women.* Journal of Affective Disorders 2003;77(2):159-66.

30. Mamayaya. http://www.mamayaya.org/ [consulté le 21/09/17]

Maman Blues. http://www.maman-blues.fr/ [consulté le 21/09/17]

CIANE. https://ciane.net/ [consulté le 16/01/18]

Annexes

Annexe I : Questionnaire de l'étude

Envisager une grossesse après une dépression post-natale

Madame,

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sage-femme, nous nous intéressons aux femmes qui ont vécu une dépression post-natale ou qui ont pu éprouver des difficultés psychologiques à la naissance d'un de leurs enfants.

Si vous êtes concernée, nous cherchons à comprendre comment vous avez envisagé une nouvelle grossesse après de telles difficultés, quelles ont pu être vos craintes et vos besoins par rapport aux autres femmes.

En tant que futur professionnel de santé, l'objectif de cette étude est d'obtenir les clés pour accompagner au mieux les femmes qui vont rencontrer les mêmes difficultés que vous.

Nous vous serions très reconnaissantes de témoigner en répondant à ce questionnaire. Sachez que 20 minutes environ sont nécessaires et que toutes les données sont anonymes. Vous êtes également libres de ne pas envoyer votre réponse jusqu'au dernier moment.

Nous vous remercions par avance de votre précieuse participation et du temps que vous nous accorderez.

Bien sincèrement,

Mathilde Gobilliard (Etudiante sage-femme) et Sabrina Belemkasser (Psychologue clinicienne)

Pour mieux vous connaitre

Combien d'enfants avez-vous ? Précisez leurs âges.

……..

Avez-vous éprouvé des difficultés psychologiques à la naissance d'un de vos enfants?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

…….

Si vous avez eu plusieurs enfants, de quelle grossesse s'agissait-il ?

……

Un professionnel de santé a-t-il posé un diagnostic sur vos difficultés ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) terme(s) a (ont) été utilisé(s) ?

- Baby-blues
- Dépression
- Dépression post-natale ou dépression du post-partum
- Autre : …….

Notez que le terme « dépression post-natale » sera utilisé tout au long du questionnaire pour définir les difficultés que vous avez éprouvé.

Si oui, qui a posé ce diagnostic ?

- Gynécologue-Obstétricien
- Médecin Généraliste
- Sage-femme
- Psychologue
- Psychiatre
- Pédiatre
- Autre : ……

Avez-vous alors bénéficié d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique ?

- Oui
- Non

Si oui, ce suivi était-il ponctuel ou régulier ?

- Ponctuel (un seul rendez-vous)
- Régulier

Si ce suivi était régulier, à quelle fréquence étiez-vous suivie ?

……

Si oui, comment pouvez-vous qualifier l'aide que vous a apporté ce suivi ?

Inutile

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Indispensable

Avez-vous eu un autre enfant depuis cet épisode ?

- Oui
- Non

Etes-vous enceinte actuellement ?

- Oui
- Non

Concernant le suivi médical de la grossesse qui a suivi votre dépression post-natale

Les professionnels de santé qui ont suivi votre grossesse/accouchement/séjour en maternité étaient-ils au courant des difficultés que vous aviez éprouvées à la naissance de votre précédent enfant ?

- Oui
- Non

Si oui, comment l'ont-ils appris ?

……

Quelles étaient vos attentes vis-à-vis des professionnels de santé par rapport à ce que vous aviez vécu ?

……

Quel(s) professionnel(s) de santé s'est (se sont) montré(s) le plus à votre écoute selon vous ?

- Gynécologue-Obstétricien
- Médecin Généraliste
- Sage-femme
- Psychologue
- Psychiatre
- Pédiatre
- Autre : ……

Compte tenu de votre expérience, comment imaginez-vous la prise en charge idéale d'une femme qui a vécu une dépression post-natale et qui s'apprête à avoir un nouvel enfant ?

- Mise en place d'un suivi psychologique tout au long de la grossesse
- Mise en place d'un suivi psychologique après l'accouchement
- Consultations de grossesse plus nombreuses, plus fréquentes
- Cours de préparation à la naissance qui impliquent davantage le partenaire et l'entourage
- Séjour en maternité plus long
- Suivi par une sage-femme dès le retour à la maison, aussi longtemps que nécessaire
- Documentation donnée à la sortie de maternité (numéros, contacts…)
- Orientation vers des associations, des groupes de parole
- Autre : ……

Concernant vos situations conjugale et familiale au moment de votre dépression post-natale

Au moment de votre dépression post-natale, vous viviez :

- En couple avec le parent de l'enfant
- En couple avec un autre partenaire
- Chez des membres de la famille
- Seule
- Autre : …….

Quels mots utiliseriez-vous pour décrire le comportement de votre conjoint à ce moment de votre vie ?

……

Qu'aurait-il pu faire de plus pour vous aider ?

…….

Selon vous, à quel point le soutien apporté par le conjoint est-il important pour surmonter une dépression post-natale ?

Inutile

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Indispensable

Quels mots utiliseriez-vous pour qualifier le comportement de votre entourage (famille, amis, enfants aînés…) à ce moment de votre vie ?

……

Qu'auraient-ils pu faire de plus pour vous aider ?

.....

Selon vous, à quel point le soutien apporté par l'entourage est-il important pour surmonter une dépression post-natale ?

Inutile

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Indispensable

Concernant le vécu de la grossesse qui a suivi votre dépression post-natale

Combien de temps s'est-il écoulé entre votre dépression post-natale et la grossesse suivante ?

……

Compte tenu de votre expérience, pensez-vous qu'un délai soit nécessaire avant d'avoir un nouvel enfant après une dépression post-natale ?

- Oui
- Non

Pouvez-vous préciser pourquoi ?

……

Quelle a été la réaction de votre conjoint par rapport à une nouvelle grossesse après ce que vous aviez traversé ?

…….

Diriez-vous que votre expérience de dépression post-natale :

- A motivé un nouveau désir de grossesse
- A freiné un nouveau désir de grossesse
- N'a pas influencé un nouveau désir de grossesse
- Autre : ……

Quels mots utiliseriez-vous pour qualifier votre état d'esprit pendant cette nouvelle grossesse ? ……

Quelles ont été vos craintes principales face à cette nouvelle grossesse et face à l'arrivée de ce nouvel enfant ?

…….

Pensez-vous que votre expérience de dépression post-natale a changé votre vision de la maternité par rapport à une autre femme ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous préciser dans quelle mesure ?

…….

Avez-vous quelque chose à ajouter à votre témoignage ?

…….

Annexe II : Exemple de réponse intégrale, questionnaire n°29

Pour mieux vous connaitre

Combien d'enfants avez-vous ? Précisez leurs âges.

2, 6 ans et 5 ans

Avez-vous éprouvé des difficultés psychologiques à la naissance d'un de vos enfants?

- Oui

Si oui, lesquelles ?

Dépression post natale

Si vous avez eu plusieurs enfants, de quelle grossesse s'agissait-il ?

Première

Un professionnel de santé a-t-il posé un diagnostic sur vos difficultés ?

- Oui

Si oui, quel(s) terme(s) a (ont) été utilisé(s) ?

- Dépression post-natale ou dépression du post-partum

Notez que le terme « dépression post-natale » sera utilisé tout au long du questionnaire pour définir les difficultés que vous avez éprouvé.

Si oui, qui a posé ce diagnostic ?

- Psychologue

Avez-vous alors bénéficié d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique ?

- Oui

Si oui, ce suivi était-il ponctuel ou régulier ?

- Régulier

Si ce suivi était régulier, à quelle fréquence étiez-vous suivie ?

Une fois par semaine

Si oui, comment pouvez-vous qualifier l'aide que vous a apporté ce suivi ?

- 4

Avez-vous eu un autre enfant depuis cet épisode ?

- Oui

Etes-vous enceinte actuellement ?

- Non

Concernant le suivi médical de la grossesse qui a suivi votre dépression post-natale

Les professionnels de santé qui ont suivi votre grossesse/accouchement/séjour en maternité étaient-ils au courant des difficultés que vous aviez éprouvées à la naissance de votre précédent enfant ?

- Oui

Si oui, comment l'ont-ils appris ?

La psychologue qui m'a suivi avant et après l'accouchement du premier enfant était la psychologue de la clinique

Quelles étaient vos attentes vis-à-vis des professionnels de santé par rapport à ce que vous aviez vécu ?

Je n'avais pas d'attente en particulier vis à vis de la phase dépressive en elle-même. La seconde grossesse, le second accouchement et de manière plus globale la seconde maternité est une opportunité pour revisiter ce premier ressenti. J'appelle mon second enfant mon bébé de l'acceptation. Avec lui j'apprends à accepter plutôt qu'à réagir.

Quel(s) professionnel(s) de santé s'est (se sont) montré(s) le plus à votre écoute selon vous ?

- Gynécologue-Obstétricien
- Sage-femme
- Psychologue

Compte tenu de votre expérience, comment imaginez-vous la prise en charge idéale d'une femme qui a vécu une dépression post-natale et qui s'apprête à avoir un nouvel enfant ?

- Mise en place d'un suivi psychologique tout au long de la grossesse
- Mise en place d'un suivi psychologique après l'accouchement
- Suivi par une sage-femme dès le retour à la maison, aussi longtemps que nécessaire

Concernant vos situations conjugale et familiale au moment de votre dépression post-natale

Au moment de votre dépression post-natale, vous viviez :

- En couple avec le parent de l'enfant

Quels mots utiliseriez-vous pour décrire le comportement de votre conjoint à ce moment de votre vie ?

Mon mari n'a pas vu le mal-être, aujourd'hui encore je ne suis pas sûre qu'il comprenne la profondeur de mon ressenti. Il est très pragmatique et il n'y avait aucune raison de ne pas être heureux. Oui la parentalite nous demandait de l'énergie et du temps (toute mon énergie et tout mon temps) mais il fallait juste s'adapter... aujourd'hui je sais ce qui se jouait mais à ce moment je me sentais juste coupable, incompétente, frustrée et totalement dépassée. Ses réactions ne m'ont pas aidé à dépasser ce ressenti, la theraphie oui.

Qu'aurait-il pu faire de plus pour vous aider ?

Parler, écouter avec empathie et ne pas juger. Dans un autre registre, il aurait du prendre part à la "maternité" et aux soins du petit enfant. On ne peut pas dire qu'il ne faisait pas sa part mais il s'organisait pour faire tout sauf s'occuper de l'enfant. J'avais l'impression de me retrouver coincée dans le rôle de mère-soignante et de rien pouvoir faire d'autre.

Selon vous, à quel point le soutien apporté par le conjoint est-il important pour surmonter une dépression post-natale ?

- 5

Quels mots utiliseriez-vous pour qualifier le comportement de votre entourage (famille, amis, enfants aînés…) à ce moment de votre vie ?

La majorité des "amis" ont été absents ou défaillants. Ils voyaient que cela n'allait pas mais évitaient de poser la moindre question. Une "amie", Maman de 2 enfants qui avait fait un baby-blues (non suivi) m'a répondu lorsque je me suis confié à elle "tu verras, ca passera"... Seules quelques amies ont prêté une oreille attentive et bienveillante. Seule famille présente est celle de mon mari. J'ai eu des proposition d'aides au quotidien et avec bébé.

Qu'auraient-ils pu faire de plus pour vous aider ?

Ne pas me faire sentir que j'étais TROP (malheureuse, contrôlante, fatiguée, incontrôlable, en décalage...) mais dans l'absolu, je n'avais rien à attendre des autres. C'était à moi de comprendre ce qui n'allait pas et y mettre des mots. À partir du moment où la compréhension arrive, l'acceptation suit

Selon vous, à quel point le soutien apporté par l'entourage est-il important pour surmonter une dépression post-natale ?

- 3

Concernant le vécu de la grossesse qui a suivi votre dépression post-natale

Combien de temps s'est-il écoulé entre votre dépression post-natale et la grossesse suivante ?

Bébés avec 13 mois et demi d'écart. 2e grossesse annoncée alors que le post-partum n'était pas résolu.

Compte tenu de votre expérience, pensez-vous qu'un délai soit nécessaire avant d'avoir un nouvel enfant après une dépression post-natale ?

- Oui

Pouvez-vous préciser pourquoi ?

Oui parce que le sentiment d'être dépassé est accentué durant la toute-petite enfance. Et que pour comprendre une dépression il faut avoir du temps d'analyse, de recul... ce qui est difficile lorsqu'on est en mode survie (durant les tout-premiers mois). Et non parce que les grossesses et la parentalite avec chaque enfant ne se ressemblent pas.

Quelle a été la réaction de votre conjoint par rapport à une nouvelle grossesse après ce que vous aviez traversé ?

Le monde des bisounours: tout allait bien se passer, dans le meilleur des mondes. Et il allait s'engager plus avec le maternage

Diriez-vous que votre expérience de dépression post-natale :

- Autre : *la personnalité très exclusive, anxieuse et en demande de l'aîné ainsi que la dépression post-partum AURAIENT très sérieusement freiné une 2e grossesse. Mais la nature nous à comble d'un bébé retour de couche et c'est très bien comme ça!*

Quels mots utiliseriez-vous pour qualifier votre état d'esprit pendant cette nouvelle grossesse ?

Catastrophée à l'annonce. Pleine de doute et en même temps fataliste pendant la grossesse (lorsque j'avais le temps d'y penser)

Quelles ont été vos craintes principales face à cette nouvelle grossesse et face à l'arrivée de ce nouvel enfant ?

Moins l'aimer que le premier. Ne pas être capable de m'occcuper des 2, ne pas leur accorder suffisamment à chacun, Que le couple n'y survive pas

Pensez-vous que votre expérience de dépression post-natale a changé votre vision de la maternité par rapport à une autre femme ?

- Oui

Si oui, pouvez-vous préciser dans quelle mesure ?

Je suis capable de formaliser les côtes négatifs de la maternité. Ce n'est pas QUE du bonheur, non on n'oublie pas tout. Je suis assez cynique et peut-être un peu dure. Je le fais de moins en moins parce que les enfants sont plus grand et que je commence à ressentir plus de choses positives que négatives mais je suis tout à fait capable de formuler que si j'avais su ce que c'était, je n'aurais sans doute pas fait d'enfant. Et ca c'est sans conteste la dépression et la thérapie qui m'ont permis de le formuler sans culpabilité.

Avez-vous quelque chose à ajouter à votre témoignage ?

Le suivi des mamans à domicile est à mon sens primordial. Cet espèce d'abandon après accouchement est très déstabilisant. Je savais que j'allais mal donc j'ai cherché un suivi. Mais pour les personnes qui se disent "ça va passer, le suis "juste" fatiguée", je pense qu'il est impératif de détecter la dépression ou la phase dépressive assez rapidement.

Date d'envoi : 28/08/2017 00:36

Annexe III : Grille d'analyse thématique des résultats

VECU MORAL de la DPN

Emotions principales

- Débordement émotionnel
  - Angoisse / Peur
  - Culpabilité
  - Perte de confiance en soi

Lien mère-enfant

- Représentation du nouveau-né inhabituelle
- Sources de pression
  - Poids des responsabilités
  - Mise en doute des capacités

Apports de l'expérience de DPN à distance

- Apports positifs
  - Vigilance renforcée envers soi-même et les autres femmes
  - Nouveau départ dans la vie
- Apports négatifs
  - Crainte de récidive de DPN
  - Vision de la maternité modifiée
  - Mal être profond et durable

VECU SOCIAL de la DPN

Emotion principale

- Solitude

Rapport au conjoint

- Absent ou fuyant
- Incompréhension
- Problèmes de communication

Rapport à l'entourage proche

- Comportement inadapté
  - Critiques et jugements
  - Absence et/ou envahissement

Manques dans le soutien social

- Aide à la gestion du quotidien
  - Tâches ménagères
  - Soins de puériculture
- Soutien général
  - Présence
  - Ecoute et compréhension
  - Conseils

VECU MEDICAL de la DPN

Emotion principale

- Colère
- Besoin de verbaliser

Rapport aux professionnels de santé

- Mauvais vécu du parcours de maternité

(grossesse, accouchement, post-partum)

- Critiques et jugement
- Peu d'attentes des femmes en conséquence

Rapport au corps

- Complications physiques per partum
- Fatigue et pleurs en post-partum

PEC médicale souhaitée

- Relation d'aide à améliorer
  - Prise en compte de la situation

(s'intéresser au moral, respect, non jugement)

  - Accompagnement de la situation

(écoute, conseils, réassurance et orientation si besoin)

- Suivi global par un même professionnel
- Suivi sur tout le parcours de maternité

(grossesse, accouchement, post-partum)

- Axes d'amélioration
  - Formation des professionnels
  - Prévention sur la DPN en anténatal