



HAL
open science

Conséquences des phobies d'impulsion sur le vécu du post-partum

Cléa Lochin

► **To cite this version:**

Cléa Lochin. Conséquences des phobies d'impulsion sur le vécu du post-partum. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04609212

HAL Id: dumas-04609212

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04609212v1>

Submitted on 12 Jun 2024

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.

Ecole de sages-femmes de Rennes
Université Rennes 1

Conséquences des phobies d'impulsion sur le vécu du post-partum

*“C’est tellement insidieux les phobies d’impulsion, je trouve qu’il y a plus
aucun recul entre ce que l’on pense et ce que l’on ressent.”*
Enquêtée 6

Mémoire présenté par Cléa LOCHIN

Sous la direction de Mr Rodrigue BERHAULT, psychologue clinicien

DIPLÔME D’ETAT DE SAGE-FEMME 2023

Ecole de sages-femmes de Rennes
Université Rennes 1

Conséquences des phobies d'impulsion sur le vécu du post-partum

*“C’est tellement insidieux les phobies d’impulsion, je trouve qu’il y a plus
aucun recul entre ce que l’on pense et ce que l’on ressent.”*
Enquêtée 6

Mémoire présenté par Cléa LOCHIN

Sous la direction de Mr Rodrigue BERHAULT, psychologue clinicien

DIPLÔME D’ETAT DE SAGE-FEMME 2023

« L’école de sages-femmes n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur »

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes ayant participé à la réalisation de ce mémoire :

- Les femmes avec qui j'ai échangé lors des entretiens. Merci pour votre confiance et pour nos échanges si enrichissants et si précieux.
- Mon directeur de mémoire, Mr Rodrigue BERHAULT, pour son expertise, ses relectures et ses encouragements permanents.
- Charlotte GLEMOT GOARANT et Ophélie NOURY, sages-femmes, pour tous vos conseils et nos discussions passionnantes autour de la psychologie périnatale.
- Mes guidantes de mémoire : Françoise TASSON et Laure BARTHELEMY pour la pertinence de vos remarques et les encouragements.
- Marvin LE MOINE, pour m'avoir encouragé dès le début à traiter de ce sujet et pour tous tes avis pertinents depuis 2 ans.

Je souhaite également remercier de tout mon cœur :

- Cléo BOINOT, Emilie RAZOUS, Islane BETTAL et Marvin, pour ces 4 années auprès de vous, pour votre bienveillance, votre humour, votre amour à tout épreuve.
- A la promotion 19-23, pour ces 4 années partagées avec vous. J'ai toute confiance en la future génération de sages-femmes en vous regardant.
- A ma famille et plus particulièrement ma maman qui me soutient depuis toujours.
- A Vincent, pour ton soutien inconditionnel depuis 1 an.

Glossaire

- PI : phobie d'impulsion
- PP : post-partum
- TOC : troubles obsessionnels compulsifs
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- DPP : dépression du post-partum
- PNP : préparation à la naissance et à la parentalité
- PMI : protection maternelle infantile

Sommaire

1	Introduction	1
2	Généralités	4
2.1	Le post-partum	4
2.2	La préoccupation maternelle primaire	5
2.3	Les phobies d'impulsion	6
2.3.1	Trouble obsessionnel compulsif	6
2.3.2	Les phobies d'impulsion	7
2.3.3	Névrose ou psychose ?	8
2.4	Lien d'attachement ou plutôt « Caregiving »	10
3	Méthodologie	10
3.1	Méthode choisie	10
3.2	Population	11
3.3	Le recrutement	11
3.4	Outil construit : le guide d'entretien.....	12
3.5	Application de la méthodologie.....	13
3.6	Les limites de l'étude.....	14
4	Résultats et analyse	15
4.1	Entretiens	15
4.2	Résultats	16
4.2.1	Description	16
4.2.2	Analyse.....	20
5	Discussion	31
5.1	Les hypothèses	31
5.1.1	Développement du Caregiving et phobies d'impulsion.....	31
5.1.2	Les phobies d'impulsions sur l'état émotionnel mère	33
5.1.3	L'isolement : source et conséquence des phobies d'impulsion.....	36
5.2	Propositions.....	38
5.2.1	Anténatal : Ne serait-il pas intéressant en anténatal de faire une information systématique sur les phobies d'impulsion ?	38
5.2.1.1	L'entretien prénatal précoce.....	38
5.2.1.2	Les séances de préparation à la naissance et la parentalité.....	41
5.2.2	Postnatal : Le dispositif de dépistage actuel est-il adapté aux phobies d'impulsion en postnatal ?.....	43
5.2.3	Formations des professionnels de la périnatalité	45
5.3	Conclusion des propositions	47
6	Conclusion	48
7	Ouverture	48

1 Introduction

La période du post-partum est aujourd'hui reconnue comme un bouleversement physique et psychique. En effet, nous entendons de plus en plus parler du concept de « 4ème trimestre » évoquant la période suivant l'accouchement pendant laquelle le corps et l'esprit se rétablissent afin de revenir progressivement à l'état pré-gestationnel. **(1)** Cette expression fait référence à la définition de la période du post-partum la délimitant de l'accouchement jusqu'au retour de couches tout en intégrant la notion de continuité des 3 trimestres de la grossesse. **(2)** En septembre 2020, suite à une demande du ministère de la santé, une commission d'experts sous l'égide de Monsieur Adrien TAQUET, secrétaire d'état à l'enfance et à la famille, a remis un rapport nommé « Les 1000 premiers jours » où la difficulté de cette période est décrite et donc reconnue officiellement par le gouvernement. Ce travail se concentre essentiellement sur le développement de l'enfant mais il y est également abordé l'entourage de celui-ci, en insistant notamment sur l'accompagnement à la parentalité. On y trouve un chapitre sur les dépressions du post-partum prouvant que la santé psychologique de cette période est un point clé à aborder. **(3)** De nombreux troubles psychologiques peuvent se développer en post-natal et nous savons que la naissance d'une mère est un long chemin propre à chacune et cela même en l'absence de pathologies. Qu'en est-il des jeunes mères entrant dans ce 4ème trimestre et qui font face à des troubles psychologiques tel que des phobies d'impulsion ?

Les phobies d'impulsion sont des pensées involontaires, répétées, intrusives à type d'images où la personne se voit perdre le contrôle et/ou commettre un acte contre soi ou contre quelqu'un d'autre. La personne a peur de traduire ces pensées dans la réalité. Or, la définition des phobies d'impulsion inclut que la personne ne passe pas à l'acte et les répercussions se limitent à ces pensées obsessionnelles. Cela crée de l'anxiété chez le sujet et une honte d'en parler par culpabilité. Pour pallier cette anxiété, certains sujets peuvent développer ou non des habitudes, des compulsions ainsi que des comportements d'évitement. Ces névroses entrent dans la catégorie des troubles obsessionnels compulsifs ou TOC. **(4)(18)**

Pour les patientes en post-partum développant des phobies d'impulsion, leur nouveau-né devient activateur des pensées obsessionnelles. **(4)** Par exemple, cela peut être une image traversant les pensées d'une mère, où elle se voit noyer son enfant en lui donnant le bain, ou encore une image d'elle qui le jette par la fenêtre. Ces pensées obsessives reviennent à longueur de journée. Elles engendrent de la culpabilité chez la mère qui essaie de les chasser. Cependant cela a pour résultat d'exacerber le phénomène phobique et d'entretenir ces pensées. Ceci est à différencier de la peur de donner le bain à son nouveau-né ou la peur de le faire tomber lors des premiers jours à la maternité par exemple. En effet, ces peurs sont plus en rapport avec la préoccupation maternelle primaire plutôt que des phobies d'impulsion. **(5)**

Les névroses obsessionnelles du post-partum sont peu décrites contrairement à la dépression du post-partum ou la psychose puerpérale **(6)**. Par conséquent, on observe une grande variabilité dans l'estimation de la prévalence des TOC pendant le post-partum entre les études. En effet, certaines études de 1990 à 1999 estiment qu'entre 22 et 39% des personnes développant des TOC ont eu pour événement concomitant la naissance d'un enfant. **(6)** Une autre étude de 2009 rapporte que 9% des femmes en post-partum développeraient des TOC. **(7)** Enfin une dernière étude de 2013 estime les TOC post-natals de 4 à 9%. **(8)** Cependant les rapporteurs émettent des réserves sur leurs chiffres mentionnés car les patientes décrivent souvent une honte d'en parler à la famille, aux amis, aux professionnels de santé, par peur d'une séparation mère-enfant. **(9)** Mais ces études s'accordent cependant toutes à dire que leurs chiffres montrent la possibilité d'une vulnérabilité accrue aux TOC pendant cette période. Afin de diagnostiquer ces névroses et d'apporter une prise en charge adaptée à ces patientes il me semble nécessaire de comprendre leur vécu et les conséquences relationnelles, comportementales et psychiques de celles-ci. En effet, le post-partum est déjà décrit comme une période de vulnérabilité maternelle où le passage de femme à mère est une étape source d'appréhension et de bouleversements. **(1)(10)** Si à cela s'ajoutent ces névroses obsessionnelles peu connues par le milieu médical et par les futures mères cela pose question sur le devenir de la santé psychique du parent et de la relation mère-enfant. Ces névroses étant peu connues, et par conséquent mal diagnostiquées, il me semblait adéquat de m'entretenir avec des patientes dont un diagnostic de phobies d'impulsion a été posé afin de comprendre les conséquences de celles-ci sur leur postpartum. **(11) (7)**

Les sages-femmes sont considéré.e.s comme des professionnel.le.s de santé, pivots de la santé des femmes, dont un des rôles majeurs est de dépister des situations à risques. La santé mentale est l'une de nos préoccupations principales pendant le suivi de grossesse et l'accompagnement du post-partum. Nous pouvons donc être amené.e.s à dépister des femmes à risque de développer des névroses obsessionnelles et pour cela il me semble important de connaître les symptômes, la prise en charge et de savoir vers qui les diriger.

Afin de comprendre ces femmes concernées et donc de pouvoir adapter notre prise en charge en tant que sage-femme, s'est posé la problématique suivante : **En quoi les phobies d'impulsion en post-partum influencent-elles le vécu de cette période chez les mères ?**

Mon premier objectif est de comprendre comment les mères vivent leur post-partum lorsque celui-ci est rythmé de phobies d'impulsion à travers leurs témoignages afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes en partant de leur ressenti, leurs besoins, leur expérience. Mon second objectif est d'en faire ressortir les attentes de celles-ci envers le corps médical (sages-femmes, médecins, psychologues...).

Trois hypothèses sont ressorties de ce travail :

- L'apparition des phobies d'impulsions dans le post-partum jouerait un rôle dans le développement du Caregiving (**cf.II-4.**)
- L'état émotionnel de la mère en post-partum serait influencé par l'apparition des phobies d'impulsion durant cette période.
- Les phobies d'impulsions majoreraient l'isolement de la mère en post-partum

2 Généralités

2.1 Le post-partum

En cherchant une définition précise du post-partum, nous constatons que cette période possède différentes délimitations. Le dictionnaire Larousse considère qu'il s'étend de l'accouchement au retour de couches. **(12)** Or, nous savons que la réapparition des règles varie en fonction des femmes. L'OMS a désigné cette période comme étant les 28 premiers jours suivant la naissance de l'enfant. On entend également parler du post-partum comme étant les 6 premières semaines après l'accouchement. **(13)** Ingrid BAYOT, sage-femme et formatrice en périnatalité et allaitement, a proposé une nouvelle expression concernant cette période : le quatrième trimestre. Elle part du principe que les expressions telles que « post-partum », « post-natal », « suite de couches », se concentrent sur un événement passé qui est l'accouchement et ne se concentrent pas sur un moment présent. En effet, le moment de la naissance est considéré dans notre société comme l'élément phare de la grossesse et les expressions classiques exposées précédemment montrent que la période qui la suit ne serait que la suite de l'accouchement. Ingrid BAYOT va plus loin en montrant que cela est plutôt une continuité de l'état de la grossesse : « la dégestion ». Elle désire mettre en lumière cette période en lui attribuant une expression sans que celle-ci ne renvoie à une autre. Cela souligne son importance. **(2)** Une autre sage-femme, Anna ROY, dit que le post-partum dure plusieurs années, elle va jusqu'à parler de 3 ans. Elle nous invite à réfléchir sur le fait que les définitions parlant de 28 jours ou jusqu'au retour de couches sont des définitions médicales et ne correspondent pas à la réalité du vécu des mères. **(14)**

Dans ce mémoire, nous considérerons que le post-partum se définit comme la période suivant la naissance et jusqu'à plusieurs années après celui-ci. Chaque femme ayant défini la durée de cette période en fonction de son état psychique.

En revanche, concernant les changements psychiques qui accompagnent la période du post-partum, les études semblent s'accorder. En plus des changements physiques, les jeunes mères vivent une période de transition, d'adaptation, de remaniement identitaire. Elles sont amenées à s'ajuster quotidiennement et à rencontrer, comprendre, découvrir un être nouveau, leur nouveau-né, mais aussi elle-même en tant que mère. On parle de matrescence, mot conjuguant « maternité » et « adolescence », faisant référence à la naissance d'une mère, inventé par l'anthropologue Dana RAPHAEL puis amené dans le monde de la psychologie par Aurélie ATHAN. **(15)** Ce processus est physiologique mais n'en est pas moins déroutant.

2.2 La préoccupation maternelle primaire

Il me semble important de faire un aparté sur le concept de préoccupation maternelle primaire apporté par Donald WINNICOTT en 1956 afin de mieux comprendre les phobies d'impulsion et surtout de différencier les phobies d'impulsions de ce qui peut résulter de ce concept.

WINNICOTT l'explique comme étant un état de schizophrénie chez la mère : elle pense à la fois pour son bébé et pour elle-même. Mais également un état de dissociation la concernant : la mère se dissocie de soi pour se consacrer à son rôle de mère. Cet état est, selon le pédiatre et psychanalyste, indispensable pour répondre aux besoins du bébé car il permet à la mère de se mettre à la place de son enfant. Elle est dans un état d'hypersensibilité pour lui offrir un environnement propice à son bon développement. Il parle d'un état de fusion : le bébé est elle et elle est le bébé. Ce dernier ne peut vivre sans elle, il n'existe pas sans sa mère. **(16)**

Cet état propre au post-partum, où la femme se consacre à son rôle de mère, découvre qu'elle est « toute puissante » sur son enfant car il dépend totalement d'elle. Cela amène à des peurs compréhensibles telles que : le faire tomber, lui faire du mal etc. Cela peut se limiter à ces peurs rationnelles, mais pour certaines, cela va plus loin et nous rentrons alors dans les phobies d'impulsion, que nous traiterons dans ce mémoire. (16)

2.3 Les phobies d'impulsion

Les PI, selon le DSM-5 (17), **sont** une forme de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Il ne le considère pas comme faisant partie des troubles anxieux mais parle de relations étroites entre les deux. Il fait référence également au trouble dépressif comme étant une pathologie fréquente aux TOC. Il invite donc les professionnels à se pencher sur le diagnostic des PI tout en ayant en tête ces liens étroits avec ces troubles. Ce qui est intéressant pour nous en que sage-femme notamment pour les femmes atteintes de dépression du post-partum.

2.3.1 Trouble obsessionnel compulsif

Les phobies d'impulsion sont classées dans les troubles obsessionnels compulsifs (*cf. figure 1*).

Selon le DSM-5, un TOC est caractérisé par la présence d'obsessions **et/ou** de compulsions :

- Les obsessions

→ Pensées, pulsions ou images **récurrentes** et **persistantes** ressenties comme **intrusives** et **inopportunes**.

→ Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées ou les neutraliser par d'autres pensées ou actions = une compulsion.

- Les compulsions :

→ **Comportements** répétitifs ou des **actes mentaux** que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession.

→ Les comportements ou actes mentaux ont pour but de **neutraliser ou diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse.**

Le diagnostic repose donc en premier lieu sur la présence de l'un ou des deux critères énoncés ci-dessus. Ensuite, les obsessions ou compulsions font perdre un temps considérable à la personne concernée (au moins une heure par jour) ou est à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou provoque une altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines.

2.3.2 Les phobies d'impulsion

Les PI sont une forme de TOC caractérisées par la peur de faire du mal à soi-même ou à autrui, la peur de perdre le contrôle de soi-même. Les patients décrivent des pensées à type d'images à caractère agressives et/ou sexuelles. **(17)** Ces pensées sont répétitives, incontrôlables et décrites comme intrusives par la personne concernée. Elle développe une peur que la pensée la traverse et ne puisse pas la contrôler. Cette peur du passage à l'acte nourrit les pensées par sa dimension obsessionnelle. Elles peuvent mettre en place des comportements ou pensées compulsives comme décrites plus haut et des stratégies d'évitement de ces pensées pour diminuer l'anxiété créée par celles-ci. Ces personnes ne passeront jamais à l'acte dans le cadre de PI.

Ces formes de TOC peuvent se développer dans la période du post-partum, qui est, nous l'avons déjà évoquée, considérée comme une période de fragilité psychique et de vulnérabilité. Ces pensées deviennent un moyen de défense de l'inconscient contre la difficulté émotionnelle liée aux contraintes du nouveau-né. L'inconscient préfère créer ses pensées plutôt que de les mettre en application. Elles sont en quelque sorte le signal d'alarme d'une anxiété accrue. Quand nous reprenons l'ensemble des éléments diagnostiques des TOC, ainsi que la définition des PI, nous pouvons différencier celles-ci des pensées décrites plus haut en relation avec la préoccupation maternelle primaire.

Le DSM-5 prend maintenant en compte que certaines femmes développent des TOC durant le péri-partum, et évoque de possibles « *symptômes pouvant interférer avec la relation mère-enfant (ex : comportement d'évitement de l'enfant)* ». Il me semble donc important en tant que sage-femme de pouvoir identifier cette névrose obsessionnelle dans notre pratique afin de protéger cette relation entre la mère et son enfant en lui proposant une prise en charge adaptée. **(17)(18)**

2.3.3 Névrose ou psychose ?

En ayant en notre possession toutes ces informations, il est naturel de se pencher sur le caractère inquiétant de ces pensées. En effet, les femmes concernées ont peur de passer à l'acte et les professionnels de santé se doivent de penser à un diagnostic différentiel relevant de la psychose. Alors comment différencier des pensées qui sont de l'ordre de phobies d'impulsion de troubles psychotiques ?

Le DSM-5 propose pour chaque suspicion de TOC, et donc de PI, de les caractériser en 3 catégories en définissant la prise de conscience de la patiente aussi appelée « insight » :

- Avec bonne ou assez bonne prise de conscience : la personne peut nous verbaliser que les pensées sont de l'ordre de TOC et ne sont pas ou probablement pas la réalité.
- Avec mauvaise prise de conscience : la personne décrit que les pensées correspondant aux TOC sont probablement la réalité.
- Avec absence de prise de conscience ou avec présence de croyances délirantes : la personne pense que les pensées sont la réalité.

Le premier caractère est rassurant et nous dirige vers un diagnostic névrotique de PI et donc une assurance d'un non passage à l'acte. Le dernier caractère nous tourne vers une suspicion de diagnostic de troubles psychotiques et non névrotiques. Le deuxième n'est pas aussi facile que les autres à caractériser et nécessite d'être observateur pendant les soins et sur la relation mère-enfant, à l'écoute envers la patiente concernée.

Présence d' obsessions , de compulsions ou des deux			
A	<p>Obsessions définies par (1) et (2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets 2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c'est-à-dire en faisant une compulsions) 		
	<p>Compulsions définies par (1) et (2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportements répétitifs (par exemple se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible 2. Les comportements ou actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutée ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs 		
B	Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants		
C	Les symptômes obsessionnels compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à un abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale		
D	La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (...)		
Spécifier si			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou <i>insight</i> : la personne reconnaît que les croyances concernant le trouble obsessionnel compulsif ne correspondent certainement ou probablement pas à la réalité ou qu'elles pourraient être vraies ou fausses 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ avec mauvaise prise de conscience ou <i>insight</i> : la personne pense que les croyances concernant le trouble obsessionnel compulsif correspondent probablement à la réalité 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ avec absence de prise de conscience ou <i>insight</i> / avec présence de croyances délirantes : le sujet est complètement convaincu que les croyances concernant le trouble obsessionnel compulsif sont vraies 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ en relation avec des tics : présence de tics actuellement ou dans les antécédents du sujet

Figure 1: Critères diagnostiques du TOC, DMS-5 (17)

2.4 Lien d'attachement ou plutôt « Caregiving »

Dans ma première hypothèse, je parlais du lien d'attachement mère-enfant, j'aimerais revenir dessus pour définir ce à quoi je désire faire référence. Le lien d'attachement mère enfant ne concerne que l'attachement d'un enfant à son parent. Or, dans ce mémoire je désire évaluer le lien de la mère à l'enfant. Au moment de la construction de mes hypothèses j'aurai dû parler de « Caregiving », expression qui fait référence à l'ensemble des comportements et d'actions ayant pour objectif de répondre aux besoins de l'enfant. Cela demande une interprétation des comportements verbaux et non verbaux de l'enfant afin de répondre rapidement à ses besoins. C'est ce que l'on appelle la sensibilité au besoin d'attachement de l'enfant. **(19) (20)** Pour la suite de ce mémoire nous utiliserons donc l'expression « Caregiving ». Nous considérerons que cela renvoie à différents points : l'affection de la mère envers son enfant, la capacité de la mère à répondre aux besoins de l'enfant comme le nourrir, le changer, donner le bain, le rassurer ou encore le contact physique. Cette liste n'est cependant pas exhaustive. Mais surtout nous nous concentrerons sur la perception de ce lien à travers les yeux de la mère elle-même.

3 Méthodologie

3.1 Méthode choisie

Afin de mener cette étude, la méthode qualitative fut choisie à travers des entretiens individuels semi-directifs auprès de femmes ayant vécu un post-partum rythmé de PI. Cette approche m'a paru la plus adaptée car après avoir cherché des articles, livres sur le sujet, j'ai constaté le peu de matière sociologique, psychologique et scientifique sur le sujet notamment quand ces pensées concernent le post-partum. Il me paraissait donc adapté d'aller à la rencontre de ces femmes pour créer du discours sur ce sujet.

3.2 Population

La difficulté de ce début de travail était dans le recrutement. En effet, le caractère invisible et tabou de cette partie du post-partum m'interrogeait sur ma capacité à recruter pour mes entretiens individuels. Je gardais donc en tête la possibilité d'avoir peu de réponses suite à mon recrutement et donc que les participantes ne répondent pas toutes aux critères d'inclusion. J'ai cependant créé un pré questionnaire dans le cas où un grand nombre de femmes répondaient à mon recrutement afin de privilégier celles dont les PI sont apparues il y a maximum 5 ans et dont un diagnostic a été posé par un professionnel de santé. Je voulais également avoir un échantillon assez hétérogène concernant l'âge, la parité et l'estimation du degré d'ampleur dans le quotidien des PI.

3.3 Le recrutement

Le recrutement s'est déroulé à travers différentes pages Facebook : Association maman blues, Le mois d'or et un groupe privé de femmes regroupant des mères ayant eu un post-partum rythmé de PI. J'ai proposé un texte à chaque modérateur des pages/groupes cités plus haut qu'ils ont accepté de poster. Ce texte expliquant ma démarche se terminait par le pré-questionnaire à remplir si elle désirait participer à un entretien. Celui-ci était composé des questions concernant :

- Leur âge : pour avoir si possible une diversité dans les âges.
- Leur parité : pour pouvoir avoir des comparaisons entre plusieurs post-partum, éventuellement avoir deux post-partum avec des PI pour les multipares et des primipares pour avoir leur vécu sur un premier post-partum.
- L'estimation du degré d'ampleur qu'ont pris les PI dans leur quotidien (faible, modéré, fort, très fort) : pour savoir si c'était le même degré d'ampleur qui ressortait ou si cela variait (**cf. biais**)
- L'année d'apparition des PI : pour éviter le biais de mémoire.
- Si les PI ont été diagnostiquées par un professionnel de santé : afin d'être sûre que les pensées évoquées sont bien des PI.

A la fin de ce pré questionnaire, une adresse mail, créée pour ce mémoire, était écrite et chacune était invitée à me contacter si elle désirait participer à un entretien. J'ai reçu 15 réponses au pré-questionnaire et autant de mails me demandant de participer à l'étude. Une 16^{ème} personne m'a envoyé un mail sans passer par le pré-questionnaire par l'intermédiaire d'une amie qui y avait participé. J'avais donc 16 entretiens éventuels. Parmi les 16, 3 ne m'ont pas répondu suite à mes relances et 3 se sont désistées.

3.4 Outil construit : le guide d'entretien

J'ai élaboré un guide d'entretien (*cf. annexe 1*) afin de recueillir les données pendant les entretiens individuels. Je l'ai créé avec l'aide de ma guidante de mémoire et de mon directeur de mémoire. On y retrouve 6 thèmes principaux :

- Informations générales de l'enquêtée : J'y aborde aussi les informations personnelles de la femme afin de mettre en avant d'éventuels déterminants pouvant influencer le vécu du post-partum.
- Vécu, déroulé de la grossesse, de l'accouchement : J'y aborde la découverte de la grossesse, le déroulé de celle-ci et de l'accouchement au niveau accompagnement médical, psychologique et le vécu personnel.
- Identification et énoncé du diagnostic de phobies d'impulsion : Je les invite ici à m'expliquer les pensées intrusives qu'elles avaient. J'y aborde avec elles comment elles ont découvert qu'elles avaient des PI, qui leur en a parlé et s'il y a eu un diagnostic et si oui par qui.
- Les conséquences : J'y aborde l'état émotionnel, la relation mère enfant, la sensation d'isolement liés aux PI pendant le post-partum.

- Prise en charge, adaptation, accompagnement et soins des phobies d'impulsion : J'y aborde l'accompagnement auquel elles ont eu accès en post-partum, les différents professionnels rencontrés et la prise en charge concernant leurs PI. J'aborde aussi les solutions qu'elles ont mises en place par elle-même pour faire face aux pensées.
- Avis actuel : J'y aborde ici les sentiments qui ressortent avec du recul sur la période vécue mais aussi ce qu'elles auraient voulu avoir de différents avec le recul sur la prise en charge, l'information.

3.5 Application de la méthodologie

Chaque entretien s'est déroulé par visio-conférence sur la plateforme Zoom. Les entretiens n'étaient pas faisables en présentiel car elles habitaient à distance de Rennes. Ils ont tous été, après accord de chaque enquêtée, enregistrés de manière anonyme. Tous les entretiens se sont déroulés à partir du guide d'entretien puis retranscrits mot pour mot et anonymisés. Au bout de 8 entretiens j'étais à saturation, j'ai donc effectué 2 entretiens de plus qui ont confirmé la saturation.

A partir de ces retranscriptions, j'ai pu créer une grille d'analyse. Celle-ci est composée d'un ensemble de fichiers Word correspondant chacun à un thème provenant de mes hypothèses ou ressortant des entretiens. J'ai pu ainsi compléter chaque thème avec les idées, propos, réponses de chaque enquêtée afin d'avoir une vision globale des entretiens. Voici les différents thèmes ressortis :

- L'ambivalence de la maternité
- La pression/ représentation sociale du post-partum
- Le remaniement identitaire en post-partum
- La fatigue : source d'apparition des PI
- L'isolement : source ou conséquence des PI ?
- L'état émotionnel de la mère
- La relation mère-enfant

- Les différents types de PI
- Les stratégies d'évitement
- L'accompagnement du post-partum
- La prise en charge des PI par des professionnels de santé
- Méthodes d'auto-assistance

J'ai exclu l'enquêtée 2 de mon étude car après relecture de l'entretien, malgré le fait que je sois sûre qu'elle ait vécu une dépression du post-partum, ce qu'elle me décrit ne ressemble pas à des PI plutôt des peurs liées à la préoccupation maternelle primaire.

J'ai rencontré différents professionnels afin d'affiner mes connaissances. Premièrement, auprès de deux psychologues de maternité afin d'avoir leur expertise sur le sujet et pour compléter, confirmer mes connaissances. Nous avons pu discuter sur la clinique des PI, leurs causes, ce qu'elles signifiaient ainsi que leur prise en charge. Le deuxième avec deux sages-femmes qui sont formées en maternologie (prise en compte des aspects psychiques de la maternité, de la naissance, et de la parentalité) ou suivant des études de psychologie en parallèle de leur pratique. Le but était d'échanger sur nos pratiques en maternité, sur l'accompagnement des sages-femmes dans le post-partum, les outils à notre disposition et les points à améliorer pour prévenir, dépister les PI.

3.6 Les limites de l'étude

Le recrutement s'est déroulé au sein de pages et groupes Facebook traitant du post-partum et/ou de la santé mentale des mères. On peut donc penser que les enquêtées sont plus à même d'être informées sur ce sujet. Cependant la plupart se sont informées pendant ou après leur post-partum. J'ai pu donc avoir leur vision avant grossesse et après grossesse.

Les enquêtées venant me parler de leur vécu en entretien sont probablement des femmes pour qui les PI ont marqué leur post-partum au point de désirer témoigner. Elles n'incluent pas donc les femmes pour qui les PI ont eu moins d'impact sur leur post-partum.

4 Résultats et analyse

4.1 Entretiens

Suite à ce recrutement, parmi ces 16 personnes, j'ai pu m'entretenir avec 10 enquêtées. Les autres ne répondant pas ou s'étant retirés de leur proposition de participation. Je n'ai donc pas utilisé de critères d'inclusion ou d'exclusion du pré-questionnaire, ne pouvant pas me permettre de choisir au vu du petit nombre de femmes ayant répondu positivement à un entretien.

Grille de description des enquêtées :

	Âge	Parité	Année d'apparition des PI	Degré d'ampleur sur le quotidien	Diagnostic par un professionnel de santé	DPP ou un autre trouble mental
Enquêtée 1	36	2	2013 et 2018	Très fort	Oui	DPP
Enquêtée 2 EXCLUE	27	4	2020	Faible	Non	DPP
Enquêtée 3	37	2	2019	Modéré	Non	Non
Enquêtée 4	35	2	2015	Très fort	Oui	Non
Enquêtée 5	38	1	2020	Fort	Oui	Troubles anxieux
Enquêtée 6	33	1	2017	Très fort	Oui	DPP
Enquêtée 7	26	2	2019	Fort	Non	Non
Enquêtée 8	33	3	2015 et 2022	Fort	Oui	Non
Enquêtée 9	31	2	2018	Modéré	Non	DPP
Enquêtée 10	34	3	2019	Fort	Oui	Non

Légende : DPP = Dépression du post-partum

Analyse de la population

Cette grille nous montre que malgré la difficulté d'utiliser les critères d'inclusion pour le recrutement, en raison du faible nombre de réponses au questionnaire de recrutement, ces derniers sont relativement respectés. En effet on observe :

- Une diversité dans les âges allant de 26 ans à 38 ans
- J'ai pu m'entretenir avec des primipares et des multipares.
- Le degré d'ampleur sur le quotidien varie, montrant la subjectivité du sujet. Toutefois, ma population est majoritairement composée d'enquêtées, chez qui le degré d'ampleur a été autoévalué comme fort à très fort.
- Seulement 3 enquêtées n'ont pas eu de diagnostic par un professionnel de santé. Cependant, après relecture des retranscriptions, je peux confirmer que leur post-partum en était rythmé.
- Certains entretiens concernent des enquêtées me parlant d'un post-partum datant d'il y a plus de 5 ans mais cela n'a pas été un frein pour en parler, je n'ai pas fait face à un biais de mémoire. Cela montre qu'à distance de ces événements, il n'y a pas d'oubli. Cela témoigne de l'impact fort des PI.
- Sur les 3 enquêtées ayant vécu une DPP, 2 d'entre elles ont eu un diagnostic de PI symptômes de leur DPP.

4.2 Résultats

4.2.1 Description

Parmi les enquêtées je retrouve dans les phobies d'impulsion décrites :

- Pensées à caractère violent
- Pensées à caractère sexuel
- Pensées dirigées contre elle-même
- Pensées dirigées contre leur bébé

Grille de description des phobies d'impulsion :

	Contre elle même	Contre son bébé	Moment d'apparition	Stratégies d'évitement	Méthodes d'auto-assistance
Enquêtée 1 (V) DPP	<u>1er bébé</u> Aucune <u>2ème bébé</u> <input type="checkbox"/> Voyait des cordes accrochées à chaque branche d'arbres <input type="checkbox"/> Se voyait « foncer dans la voiture en face ou dans le mur »	<u>1er bébé</u> <input type="checkbox"/> Se voit le jeter par la fenêtre <u>2ème bébé</u> <input type="checkbox"/> Se voit le jeter par la fenêtre	Au bout d'un mois et demi de post-partum	<u>Physique :</u> Eviter d'être seule avec son enfant	<u>Mentale :</u> <input type="checkbox"/> Rationalisation mentale des pensées
Enquêtée 2 EXCLUE					
Enquêtée 3 (V)	<u>1er bébé</u> Aucune <u>2ème bébé</u> <input type="checkbox"/> Se voit basculer par la fenêtre <input type="checkbox"/> Se voit « se faire sauter la cervelle avec une arme »	Aucune	Quelques jours après l'accouchement	Aucune	En parler autour de soi dès qu'elle avait une pensée

<p>Enquêtée 5 (V)</p> <p>Troubles anxieux avec PI</p>	<p><u>Avant la grossesse</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Se voit se jeter du pont</p> <p><u>Après l'accouchement</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Se voit se jeter du pont</p>	<p><u>Avant la grossesse</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Se voit planter un couteau dans le dos de quelqu'un</p> <p><input type="checkbox"/> Se voit jeter le nourrisson d'un autre</p> <p><u>Après l'accouchement</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Se voir le secouer</p> <p><input type="checkbox"/> Se voir le jeter par le balcon</p>	<p>Augmentation 1 mois après l'accouchement</p>	<p><u>Physique</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Contourner son enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Éviter le balcon</p>	<p>En parler autour de soi dès qu'elle en avait</p>
<p>Enquêtée 6 (V et S)</p> <p>DPP</p>	<p>Aucune</p>	<p><input type="checkbox"/> Voit son bébé avec un pénis dans la bouche au lieu du biberon</p> <p><input type="checkbox"/> Se voit le noyer dans la baignoire</p> <p><input type="checkbox"/> Se voit jeter son bébé par la fenêtre</p> <p><input type="checkbox"/> Se voit être incestueuse pendant qu'elle donne le bain</p>	<p>1 mois après l'accouchement</p>	<p><u>Physique</u> :</p> <p>Eviter d'être seule avec son enfant</p>	<p>En parler dès qu'elle en avait</p>
<p>Enquêtée 7 (V)</p>	<p><u>1er bébé</u> :</p> <p>Aucune</p> <p><u>2ème bébé</u> :</p> <p>Se voit avoir un accident de la route, foncer dans un arbre avec la voiture</p>	<p><u>1er bébé</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Se voyait « lâcher sur le sol son bébé et il se fracasse la tête »</p> <p><input type="checkbox"/> Se voit laisser son bébé dans son bain et qu'il se noie</p>	<p>1 mois après l'accouchement</p>	<p><u>Physique</u> :</p> <p>Serrer son enfant fort contre soi pour le rassurer/se rassurer dès qu'elle en avait</p>	<p>En parler autour de soi quand elle en avait</p>

Enquêtée 8 (V)	Aucune	<input type="checkbox"/> Se voit faire tomber la poussette d'un pont <input type="checkbox"/> Se voit faire tomber son bébé de la fenêtre <input type="checkbox"/> Se voit faire tomber son bébé de ses bras	Dès la naissance	Aucun	<u>Mentale :</u> Rationaliser mentalement chaque pensée
Enquêtée 9 (V) DPP	Aucune	<input type="checkbox"/> Se voir passer son bébé à quelqu'un puis lâcher son bébé par terre avant la que la personne le récupère <input type="checkbox"/> Se voyait noyer son bébé pendant le bain	Dès les premières semaines après la naissance	Eviter d'être seule	Aucune
Enquêtée 10 (V)	Aucune	<input type="checkbox"/> Se voir tomber avec son bébé dans les bras et qu'il se « fracasse la tête » <input type="checkbox"/> Se voyait lancer son bébé, le jeter par terre <input type="checkbox"/> Se voyait le frapper	2 mois après l'accouchement	<u>Physique :</u> Eviter d'être seule	<u>Mentale :</u> Rationaliser verbalement à l'oral ou dans sa tête

Légende

- Caractère violent : (V)
- Caractère sexuel : (S)

4.2.2 Analyse

Les différents types de phobies d'impulsion

“J’avais l’impression de savoir à quoi m’attendre. Depuis mes 3 ans je rêvais d’être maman. Ça été d’autant plus déstabilisant, je pense que j’avais beaucoup idéalisé, je pense qu’il me manquait la moitié du truc...”

Enquêtée 4

Pour certaines les pensées ont été **symptôme d’anxiété** lié au post-partum et notamment à la réalité du post-partum qu’elles ont découverte en comparaison de la représentation qu’elles en avaient. Beaucoup décrivent un remaniement identitaire auquel elles ne s’attendaient pas. Le passage de femme à mère a été difficile pour certaines car cela signifiait de laisser une partie d’elles-mêmes au passé pour s’engager dans une nouvelle étape de vie. Cela venait perturber un équilibre acquis ces dernières années, il fallait alors le retrouver d’une autre manière. De plus, la pression de la société sur les jeunes mères vient ajouter du poids à l’anxiété. Et l’ambivalence maternelle amour/ haine, envers son enfant, retrouvée très classiquement pendant cette période provoque de la culpabilité qui engendre également de l’anxiété. Ces pensées intrusives sont une réponse de l’inconscient à l’anxiété, un moyen de se protéger contre celle-ci pour pouvoir continuer de prendre soin du nouveau-né.

“Et en fait je pense que la société te met une telle pression, tu dois réussir sur tous les points.”

Enquêtée 8

Pour d’autres les PI étaient **symptôme de dépression du post-partum**. C’est probablement l’anxiété liée à la DPP qui engendre les PI. Cependant, cette anxiété nourrit les PI qui elles-mêmes nourrissent l’anxiété. La mère entre alors dans un cycle difficile à briser. **(Cf. figure 2)**.

“Et après la pédopsychiatre m’a dit que je faisais une dépression du post-partum traduite par des phobies d’impulsion. “

Enquêtée 6

Degré d'ampleur des phobies d'impulsion sur le quotidien

Tout d'abord aucune des enquêtées ne m'a évalué le degré d'ampleur des PI sur leur quotidien comme faible. Seulement 2 l'ont considéré comme modéré, 4 comme fort et 3 comme très fort. Nous avons donc ici 7 femmes sur 9 pour qui les PI ont eu un impact fort à très fort sur leur quotidien. Cela montre l'importance de porter un intérêt sur ce sujet et cela questionne sur les conséquences de cet impact sur l'état émotionnel de la mère. Je développerai ce point plus loin dans l'analyse des résultats.

L'enquêtée 6 ayant vécu des PI à caractère sexuel a évalué le degré d'ampleur comme très fort. Cela aurait été intéressant de m'entretenir avec d'autres enquêtées ayant vécu un post-partum avec ce type de PI. Je ne peux pas m'arrêter sur une enquêtée pour faire un lien entre les deux mais je le garde en tête, cela pourrait être une piste. Cependant, cette même enquêtée a développé une dépression du post-partum traduite par des PI, ce qui est le cas également de l'enquêtée 1 qui a également décrit le degré d'ampleur comme très fort. Je pense donc que des PI liées à une DPP sont plus difficilement supportables au quotidien probablement liées à un degré d'anxiété plus élevé.

Je n'ai pas trouvé de lien à travers mon étude entre le degré d'ampleur des PI sur le quotidien et le type de pensées : PI contre le bébé, PI contre elle-même, PI contre les 2. Il y a donc un côté subjectif qui est à évaluer en fonction de chaque femme.

Ce que traduisent les types de phobies d'impulsion

“ Pour mon 1er bébé les phobies d'impulsions étaient contre mon bébé, il était la source du mal-être. Pour mon 2ème bébé, les phobies d'impulsion étaient contre mon bébé pendant 1 semaine puis que contre moi-même, j'étais la source du mal-être donc je devais disparaître.”

Enquêtée 1

Au cours de mes entretiens, j'ai pu constater que les enquêtées développant des PI dirigées contre elles-mêmes pensaient plutôt qu'elles étaient la source du problème. Les pensées violentes dirigées contre elles-mêmes traduisaient une pensée de fuite pour échapper à ces difficultés. Alors que les enquêtées qui avaient développé des PI dirigées contre leur bébé pensaient plutôt que la source du mal-être était leur bébé. Et donc que les pensées violentes traduisent une pensée où l'enfant disparaissait d'une façon ou d'une autre pour échapper à ce mal-être.

Ces pensées ne veulent pas dire qu'elles ont envie que cela se produise mais on retrouve ici une ambivalence amour/ haine très présente et probablement source de culpabilité et de honte pour ces femmes. Cela répond à la question de l'état émotionnel de la mère dans ce type de post-partum mais aussi cela pose question du développement du Caregiving notamment quand les pensées sont tournées vers l'enfant.

Cela peut être intéressant de savoir cela afin de diriger nos questions en post-partum en tant que soignant et d'essayer de trouver l'origine du mal-être.

A quel moment du post-partum les phobies d'impulsion apparaissent-elles ?

Les pensées intrusives sont apparues pour certaines dès la naissance de leur enfant et pour d'autres cela est venu quelques jours après et maximum 1 mois demi après l'accouchement pour certaines. On retrouve une grande partie des enquêtées pour qui les PI sont apparues au bout d'un mois - un mois et demi de post-partum. Ce critère commun me questionne. Peut-être cela est-il dû à :

- L'accumulation du manque de sommeil depuis la naissance. Toutes sans exception m'ont expliqué que la fatigue augmente considérablement les PI voire peut être en partie leur déclencheur.
- Au pic de croissance connu des 1 mois de vie d'un nouveau-né engendrant une augmentation du temps d'alimentation à lui consacrer.
- A l'apparition des coliques vers 1 mois de vie engendrant des pleurs de douleur inconsolables. Cela peut provoquer un sentiment de culpabilité chez la mère.

- A l'arrêt des visites à domicile et pas de consultation pour la mère avant les 6-8 semaines de post-partum (consultation post-natale, rééducation du périnée) et donc au manque de conseils venant de professionnels de santé.
- La concomitance avec la fin du congé paternité (21 jours au moment du post-partum de la plupart des enquêtées)
- A la diminution de l'intérêt des proches de la naissance du nouveau-né et donc à la diminution du soutien, de l'attention envers la nouvelle mère.

“Donc en fait pour la petite info j’ai commencé à ressentir ça quand j’étais toute seule avec la petite, qu’elle pleurait et que j’étais épuisée”

Enquêtée 5

La fatigue : source d'apparition des phobies d'impulsion

“Ça arrivait à n’importe quel moment de la journée mais ça apparaissait surtout quand j’étais épuisée en fait. Le facteur qui déclenchait c’était la fatigue et je me disais quand je voyais ces images qu’au moins tout s’arrêterait et je pourrais dormir.”

Enquêtée 7

“En fait, à ce moment-là du post-partum, où tu doutes, où tu es fatigué, c’est compliqué, tu te remets en question, y a le couple, y a la maison. Je pense que c’est un terrain tellement prenant, ça ne fait qu’empirer le phénomène.”

Enquêtée 8

Au cours de mes entretiens, 7 enquêtées sur les 9 m’ont évoqué la fatigue comme critère d’apparition ou d’exacerbation des PI en intensité et/ou en fréquence. C’est-à-dire que les PI sont apparues pour toutes ces enquêtées quand la fatigue était extrêmement intense, souvent dès 1 mois- 1 mois et demi de post-partum. Puis dans les semaines qui suivaient, les jours où la fatigue était plus intense, les PI étaient plus régulières dans la journée mais étaient aussi moins supportables. Cela se traduisait par une augmentation de leur anxiété.

Ce critère d'apparition/ exacerbation est important à prendre en considération. En effet les femmes isolées (femmes seules, famille ou ami.e.s peu présent.e.s, co-parent peu impliqué) sont plus sujettes à la fatigue. Cela pourrait donc être un critère de vulnérabilité aux PI à dépister en anténatal.

L'état émotionnel de la mère

Concernant les conséquences de ces pensées sur l'état émotionnel de la mère toutes ou presque m'ont décrit : de la culpabilité envers leur bébé, de la honte, un sentiment profond d'échec dans leur compétence de mère, une vulnérabilité excessive, de l'anxiété et une ambivalence amour/haine envers leur bébé. La mère étant dans notre société considérée comme devant être la femme parfaite en tout point : une bonne mère, une femme et conjointe idéale, l'idée même d'avoir des pensées qui mettent en péril leur enfant, rend difficile voire impossible de les accepter, de les accueillir et d'en parler. Il y a alors une accumulation de ces émotions négatives qui alimentent l'anxiété et le tabou. De plus l'enfant étant source des PI et/ou ayant été l'élément déclencheur de celles-ci, on ne peut qu'imaginer que les émotions envers l'enfant doivent être remplies d'ambivalence. En effet l'amour envers celui-ci est indéniable mais les émotions négatives le sont tout autant et prennent une grande place. Ce qui alimente également l'anxiété.

“C’était inconcevable, je me demandais ce que je pouvais lui apporter, comment je pouvais la regarder dans les yeux, regarder les autres dans les yeux.”

Enquêtée 4

L'isolement : source ou conséquence des phobies d'impulsion ?

La question était aussi de savoir si les PI majoraient l'isolement de la jeune mère dans son post-partum. Les entretiens ont montré deux réponses.

Premièrement il semblerait que c'est plutôt le post-partum qui isole la jeune mère dans ses relations sociales et non les PI en elles-mêmes. Cependant on peut nuancer ce propos en constatant qu'elles sont relativement seules dans la prise en charge de ces pensées car pour la plupart, elles en parlent peu au co-parent, à l'entourage et aux professionnels de santé qui les entourent. Cela, par peur : « *d'être prise pour une folle* » (Enquêtée 4), « *d'être enfermée* » (Enquêtée 6), « *que les services sociaux prennent mon enfant* » (Enquêtée 5). Comme dit plus haut, cela pose question du tabou de ce sujet. Ce tabou influence l'état émotionnel de la mère car c'est lui qui est à l'origine de la honte et de la culpabilité.

“J'ai vraiment cru que je devenais tarée, je me disais que c'était pas possible, qu'on allait m'enfermer. “

Enquêtée 7

Aussi nous pouvons observer que l'isolement est davantage source de PI que conséquence, par l'anxiété que l'isolement produit. Les femmes décrivent une augmentation de la fréquence, de l'intensité, de l'impact sur le quotidien des PI lorsqu'elles se retrouvaient seules avec leur enfant. Dès qu'un proche était présent, elles décrivaient soit une diminution ou un arrêt complet des pensées intrusives soit une diminution de l'impact de celles-ci sur leur état émotionnel notamment sur l'anxiété. En effet, en présence d'un proche, elles peuvent passer le relais, en parler pour certaines. Mais surtout, selon elles, quelqu'un serait présent pour les arrêter si elles passaient à l'acte. L'isolement produit de l'anxiété qui produit des PI. L'anxiété est diminuée par la présence d'un proche et donc les PI diminuent en fréquence, en intensité.

Ici le **critère d'isolement** est encore une fois mis en lumière parmi les critères de développement des PI.

La relation mère-enfant / Les stratégies d'évitement

Pour revenir sur la relation mère-enfant, elle semble être peu altérée pour la plupart des femmes de manière subjective. Chaque enquêtée a tenu à préciser que l'amour qu'elle portait à leur enfant n'en n'était pas moins fort mais elles décrivent toutes une ambivalence amour/haine envers leur bébé. Il semble que les PI n'ont pas d'impact sur l'affection de la mère envers son enfant mais c'est plutôt l'ambivalence maternelle amour/haine physiologique créant de l'anxiété qui participait au développement des PI.

Cependant, il est important de parler des stratégies d'évitement car pour certaines éviter d'être seule devient la solution pour composer avec les PI. Cela pose question sur la capacité de la mère à répondre aux besoins primaires de son enfant, seule, sereinement, notamment pour les PI qui surviennent lors d'un bain ou lors de l'alimentation au biberon. Ces moments privilégiés d'un parent avec son enfant deviennent des moments d'anxiété, avec peu ou sans plaisir et a donc un impact sur le "Caregiving" et par conséquent sur le lien d'attachement en construction pour l'enfant. De plus, nous savons que ce lien d'attachement passe par la réponse aux besoins primaires et émotionnels du bébé surtout les premiers mois quand les interactions entre les 2 passent principalement par les soins et le contact physique. D'autres évitent le sujet des pensées. Par exemple, une femme se voyant sauter du balcon peut éviter les balcons, cela devient sa stratégie d'évitement. Comme dit plus haut, les PI peuvent être plus spécifiquement tournées vers l'enfant. Les enquêtées ont alors le sentiment que c'est leur enfant qui est la source de l'anxiété et des pensées. En sachant cela nous pouvons en tant que soignant être attentif sur la relation mère-enfant et ne pas hésiter à discuter avec la patiente, la déculpabiliser afin de l'aider à comprendre ces émotions. Même si toutes les femmes m'ont expliqué qu'elles pouvaient s'occuper de leur enfant dans les soins primaires, beaucoup m'ont décrit la difficulté à prendre du plaisir à les faire et donc à créer du lien avec leur enfant. Les stratégies d'évitement sont à repérer pour proposer un suivi plus rapproché couplé avec un psychologue.

“Et au bout d’un moment j’avais des sensations d’évitement, je la contournais et faut surtout pas faire ça, tu donnes de l’eau à ton moulin. Mais je savais pas quoi faire d’autres j’étais toute seule.”

Enquêtée 5

NB : certaines femmes ont besoin de voir le sujet des PI pour déclencher la PI et d’autres non. Exemple : besoin de donner le bain pour avoir la pensée intrusive de le noyer.

Méthodes d’auto-assistance et solution

3 enquêtées sur les 9 interrogées m’ont décrit une rationalisation mentale ou orale de leurs pensées dès que celles-ci apparaissaient afin de les éloigner et de revenir à la réalité. 4 m’ont évoqué le fait de verbaliser à quelqu’un ou à soi-même oralement la pensée qu’elles venaient d’avoir dans le même but que la première méthode décrite. Certaines n’ont pu développer ces méthodes que lors de leur deuxième post-partum après avoir connu ces mêmes pensées pour leur premier enfant. Il y a donc une grande partie qui n’avait aucune méthode d’auto-assistance. Elles se retrouvaient donc démunies face à leurs pensées intrusives.

Les PI ont pour la plupart des enquêtées diminuées voire disparues dès lors qu’elles en ont parlé, qu’elles ont compris de quoi il s’agissait, qu’elles ont compris qu’elles ne passeront pas à l’acte. Cela montre que la solution est relativement simple et en tant que sage-femme, nous sommes capables d’aider ces femmes à mieux vivre leur post-partum quand il est rythmé de PI, étant souvent la première porte d’entrée aux confessions de ces femmes. Cependant, il ne faut pas passer à côté d’un suivi conjoint avec un.e psychologue surtout pour les femmes qui en ressentent le besoin et pour éventuellement diagnostiquer un trouble source ou lié à ces pensées.

Informer en anténatal

Toutes sans exception décrivent un manque d'informations sur la période du post-partum, des changements psychiques, sur le remaniement identitaire des mères, des couples etc... et ce même en assistant à des séances de préparation à l'accouchement. Cela remet en question l'accompagnement que nous offrons aujourd'hui en anténatal, sur le contenu des cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité. La plupart aimerait avoir plus d'échanges sur ce sujet. Cependant parler des PI systématiquement en prénatal semble être sujet à débat par peur d'engendrer une angoisse non nécessaire chez les femmes qui n'en développeront pas. Pourtant, lors de ces séances, de nombreuses situations sont évoquées pouvant potentiellement arriver pendant la période périnatale. Ce sont des risques évoqués et non des prédictions certaines. Et l'évocation de ces risques permet aux femmes de se préparer à différentes éventualités. Et lorsque l'on constate comme dit plus haut qu'en parler a été une solution pour diminuer la fréquence, l'intensité et l'impact sur le quotidien des PI, n'est-il pas pertinent de faire une information commune à toutes les femmes ? L'objectif serait de prévenir l'arrivée éventuelle de celles-ci pour en casser le tabou et donc la honte et donc la culpabilité. Cela permettrait d'en parler plus facilement aux proches mais surtout aux professionnels de santé rencontrés. L'autre solution serait d'aborder le sujet avec des femmes en anténatal qui seraient sujettes à l'anxiété. Notamment celles qui semblent peu entourées, et donc sujettes à un isolement social certain en post-partum par exemple. Il serait intéressant de réfléchir à une grille de critères pour repérer les patientes à risque d'anxiété accrue.

La place de la santé mentale dans l'accompagnement du post-partum

Enfin, la plupart d'entre elles se sont senties très seules dans leur accompagnement du post-partum par les professionnels de santé. Elles ont trouvé que leur santé mentale avait peu de place dans les échanges avec les intervenants pendant cette période. Il en est également ressorti que pour celles qui osaient en parler à leur sage-femme, gynécologue ou médecin traitant, beaucoup d'entre eux ne connaissaient pas ce qu'elles décrivaient et étaient assez démunis sur la prise en charge à effectuer. Il en découle une errance de diagnostic pour certaines d'entre elles. Aussi, nous pouvons questionner la prise en charge des jeunes mères en sortie de maternité et notamment la place que nous laissons à la santé mentale de celles-ci. Il serait intéressant d'inclure dans les consultations de post-partum des questions afin de cibler les patientes ayant des PI pour leur laisser la possibilité d'en parler. Cela nécessiterait probablement une formation des professionnels de santé de la périnatalité.

“On est quand même dans une société où on n'a pas trop cette idée d'entourer la femme qui vient d'accoucher comme on peut voir dans d'autres cultures. On est très isolé.”

Enquêtée 7

A la suite de l'analyse de chaque entretien, j'ai créé un cycle des phobies d'impulsion en post-partum (*cf. figure 2*).

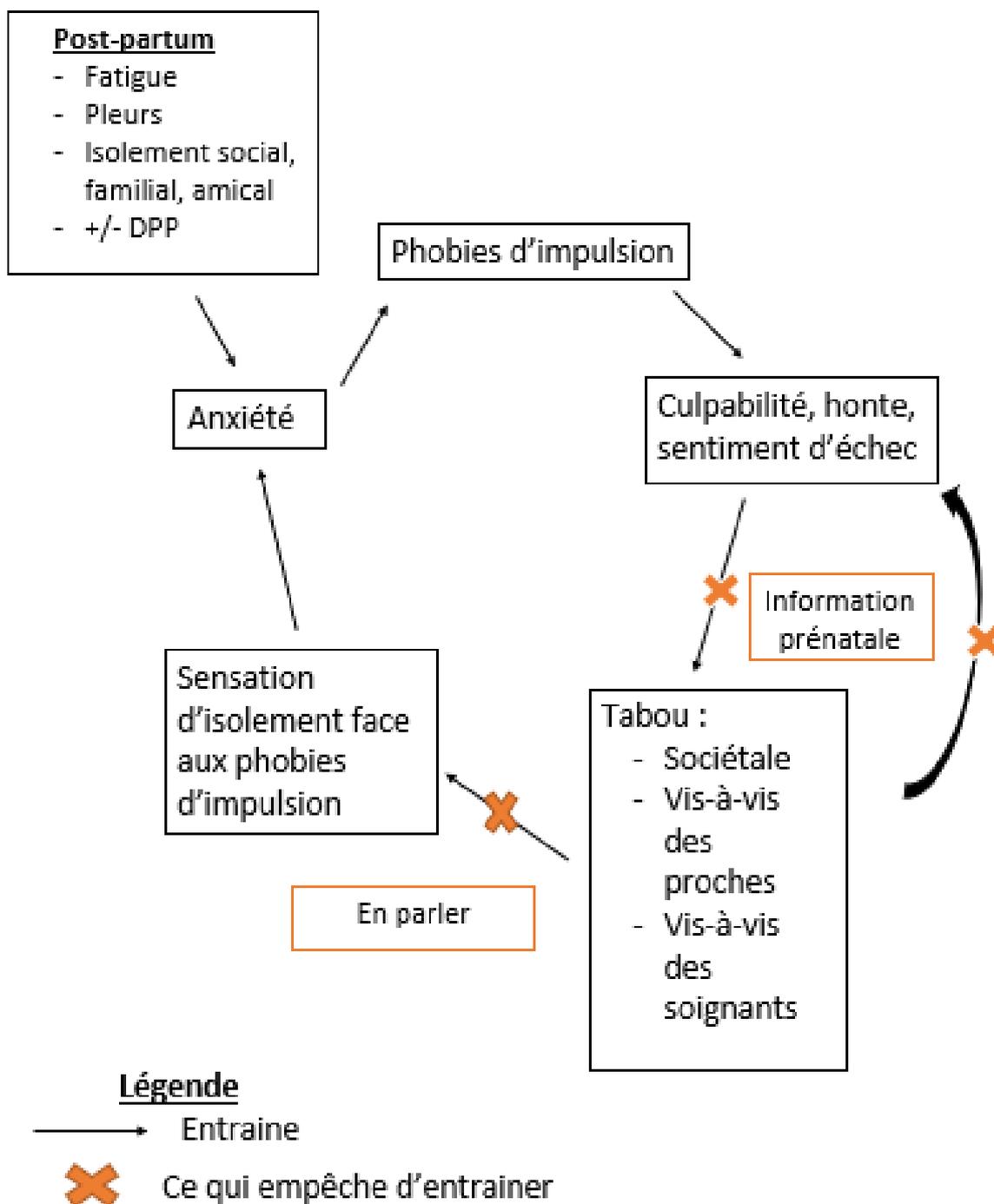


Figure 2 : Cercle des phobies d'impulsion en post-partum

5 Discussion

Tout d'abord, nous reviendrons sur chaque hypothèse et nous discuterons les résultats associés. Puis, nous évoquerons des propositions concernant l'accompagnement en prénatal et en postnatal, la place des sages-femmes dans la prévention et le dépistage des PI, le maillage professionnel essentiel à leur prise en charge.

5.1 Les hypothèses

5.1.1 Développement du Caregiving et phobies d'impulsion

Comme décrit plus haut, nous avons considéré dans cette étude que le Caregiving renvoie à différents points : l'affection de la mère envers son enfant, la capacité de la mère à répondre aux besoins de l'enfant comme le nourrir, le changer, donner le bain, le rassurer ou encore le contact physique. Cette liste n'est cependant pas exhaustive. Nous voulions savoir si le Caregiving était impacté par les PI.

Les résultats ont montré que l'affection de la mère pour son enfant ou l'amour des enquêtées pour leur enfant ne diminuait pas malgré les PI. Cependant elles décrivent pour la plupart un sentiment d'ambivalence amour/ haine qui vient perturber leurs croyances sur ce qu'elles devraient ou ne devraient pas ressentir pour leur bébé. L'ambivalence maternelle est souvent décrite comme une opposition entre l'amour et la haine envers son enfant. Or, ces deux sentiments ne s'opposent pas. C'est l'indifférence qui s'oppose à l'amour. Il est plus adapté de voir le sentiment de haine comme traversant le sentiment d'amour et d'accepter que ces deux sentiments puissent être simultanés, bien que perturbants. Le mot "haine" ici n'est pas à voir comme destructeur mais est symbolique des sentiments négatifs que l'on peut ressentir à l'égard de son enfant tout en l'aimant. La haine ne supprime pas l'amour. Il faut la voir comme une protection, un amour inconditionnel, sans haine, peut être à long terme destructeur car une mère ne peut pas se donner entièrement à son enfant. Elle permet de sortir de la fusion pure et complète avec son enfant pour aller vers l'individualisation. **(21)(22)(23)** En tant que mère, il est difficile d'intégrer cette notion et peut être source d'anxiété et de culpabilité : pourquoi je ne ressens pas que de l'amour envers mon bébé ? L'ambivalence maternelle est donc physiologique et n'a

pas d'impact sur le Caregiving directement. Cependant, elle est source d'anxiété et peut participer au développement de PI en post-partum mais pas l'ambivalence maternelle en elle-même.

Nous pouvons en tant que sage-femme en anténatal lors des séances de préparation à la parentalité, intégrer cette notion dans une séance sur le sujet du post-partum et échanger sur cette ambivalence presque systématique. Cela permettrait aux mères de l'identifier par elle-même et/ou d'en parler à un soignant rencontré en post-partum. En effet les visites à domicile, la consultation post-natale ou l'entretien post-natal récemment créé (nous reviendrons dessus), sont des moments clés où nous pouvons en tant que sage-femme échanger avec nos patientes sur ce type de questionnement et diminuer l'anxiété par la compréhension de leurs propres mécanismes psychiques.

Ensuite, pour les femmes en post-partum développant des PI dirigées contre leur bébé, il est important de cibler les femmes ayant des stratégies d'évitement concernant les soins primaires donnés à leur enfant. Nous pouvons donner comme exemple, de ne plus donner le bain pour des mères ayant des PI de noyade de leur enfant pendant le soin. Ou éviter de donner le biberon pour des femmes ayant des PI incestueuses pendant l'alimentation au biberon. Ou encore de sortir de la pièce où l'enfant pleure pour une mère éprouvant des PI où elle se voit jeter l'enfant par la fenêtre pour ne plus l'entendre. Le Caregiving repose sur la responsabilité de répondre aux besoins de l'enfant, de le rassurer, de le protéger. Les stratégies d'évitement peuvent venir altérer cette compétence. **(24)** Ce cas précis montre l'importance en tant que soignant de repérer le type de PI et de poser la question des stratégies d'évitement. S'ensuit alors un suivi pluriprofessionnel couplé avec un psychologue quand les pensées deviennent trop envahissantes.

5.1.2 Les phobies d'impulsions sur l'état émotionnel mère

Dans un second temps nous voulions savoir si les PI pendant le post-partum avaient un impact sur l'état émotionnel de la mère.

Tout d'abord, nous avons vu à travers les résultats que le post-partum en lui-même était source d'anxiété, de fatigue et d'isolement social. La littérature confirme ces résultats. En effet, l'anxiété est commune à de nombreuses jeunes mères dû à l'adaptation physique, émotionnelle, à l'apprentissage de son rôle parental, à la responsabilité de s'occuper d'une personne complètement dépendante de soi, à la matrescence **(25)(26)(27)**.

Le DSM-5 a décrit que l'anxiété se traduisait par au moins 3 de ses critères **(17)** :

- Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
- Fatigabilité
- Difficultés de concentration ou trous de la mémoire
- Irritabilité
- Tension musculaire
- Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité et non satisfaisant)

La sensation d'être à bout, la fatigabilité, l'irritabilité et les perturbations du sommeil reviennent beaucoup dans les mots employés par les enquêtées. Ces symptômes sont eux-mêmes majorés par le manque de sommeil et la fatigue du post-partum à lui seul dû à l'accueil d'un nouveau-né dans le foyer.

La fatigue a été à travers les résultats un des éléments clé de l'apparition des PI en post-partum. Fatigue pouvant être décrite comme physique dû au manque de sommeil. Elle est un signal d'alarme indiquant le manque de sommeil. Il est cependant difficile de trouver un équilibre avec un nouveau-né ayant un cycle de sommeil très différent de celui que nous connaissons en tant qu'adulte. De plus, nous avons vu plus haut que l'anxiété augmente la fatigue, que nous pouvons définir comme émotionnelle c'est-à-dire le sentiment d'avoir épuisé toutes ces ressources émotionnelles.

Ces fatigues physiques et émotionnelles simultanées augmentent la difficulté à rationaliser, contrôler les situations difficiles du post-partum auxquelles les mères font face. **(28)** Toutes les enquêtées ont évoqué que leurs pensées intrusives sont apparues quand elles avaient atteint un niveau de fatigue très élevé.

L'isolement dans leur post-partum a beaucoup été décrit par les enquêtées. Une grande partie s'est sentie très seule durant cette période. Elles ont toutes affirmé que leurs pensées intrusives apparaissaient seulement quand elles étaient seules ou s'intensifiaient en fréquence et/ou en impact. Il est important de préciser que la plupart des enquêtées se sont retrouvées seules avec leur nouveau-né quand le congé paternité de leur conjoint s'est terminé au bout de 21 jours (durée du congé paternité avant juillet 2021) c'est-à-dire très tôt. Cette situation est commune à de nombreuses jeunes mères, malgré le rallongement du congé paternité à 1 mois. Cette durée reste courte et nous avons vu que les PI apparaissaient pour beaucoup à ce moment précis. De même pour les femmes n'ayant pas un soutien de la part de la famille ou amis, l'isolement est très présent pendant cette période. Pour pallier à cela, et parce que les femmes ne se sentent pas bien accompagnées pendant leur post partum, les demandes de suivi plus rapproché en post-natal sont en nette recrudescence selon les études. Ce sentiment d'abandon par le corps médical et par la société en général, est confirmé par le succès du livre "*Ceci est notre post-partum*" de la sociologue Ilana Weizman. **(29)**

Ces trois critères communs (l'anxiété, la fatigue, l'isolement), retrouvés pour une grande partie des enquêtés dans le développement des PI peuvent nous servir en tant que soignant en anténatal et en postnatal. **En effet, pourquoi ne pas utiliser ces critères de vulnérabilité pour cibler les patientes à risque ?** Nous y reviendrons dans un second temps.

Maintenant que nous avons identifié des critères de vulnérabilité à partir de cette étude à l'origine de PI en post-partum, voyons les conséquences de ces pensées intrusives sur l'état émotionnel de la mère. Les résultats ont montré chez les enquêtées :

- De la culpabilité envers leur bébé
- De la honte
- De l'anxiété
- Un sentiment profond d'échec dans leur compétence de mère
- Une ambivalence amour/haine envers leur bébé

Pour les enquêtés, avoir des PI ont été source d'une tryptique connue en psychologie "Honte, culpabilité, anxiété". **(30)(31)**

Prenons l'exemple des mères développant des PI contre elle-même, pensées souvent violentes où elles se voient d'une manière ou d'une autre s'échapper de leur situation actuelle, en d'autres mots, se donner la mort. Ces pensées qui traversent leur esprit provoquent un sentiment de culpabilité. Elles ont l'impression pendant un instant d'avoir abandonné leur rôle de mère, d'avoir abandonné leur enfant.

Dans le cas de PI dirigées contre leur enfant, il y a une culpabilité d'avoir des pensées où elles agissent contre celui-ci. Ces pensées étant répétitives, intrusives au quotidien, ce sentiment persiste et s'introduit profondément dans les émotions quotidiennes. S'ensuit alors de la honte car ce n'est pas acceptable selon la société d'avoir de telles pensées. De plus, les PI étant apparues après la naissance de leur enfant, il y a création de sentiments contradictoires : l'amour pour cet enfant mais aussi la haine car il est source malgré lui de ces pensées et de ce mal-être. Elles ont l'impression d'avoir échoué dans leur rôle de mère. Il est difficile pour elles d'expliquer que ces pensées ne sont pas des envies, qu'elles ne veulent pas passer à l'acte mais que cela traduit des émotions refoulées d'une difficulté maternelle importante, d'une anxiété importante. Elles devraient être perçues comme un syndrome d'alarme, comme un besoin d'être aidé, d'avoir un soutien physique et psychologique. **(32)** Mais les PI étant peu connues par la société, elles deviennent plutôt un tabou. **Ne serait-il pas intéressant en anténatal de faire une information systématique sur les phobies d'impulsion ?** Nous y reviendrons dans un second temps.

5.1.3 L'isolement : source et conséquence des phobies d'impulsion

Dans un troisième temps, nous voulions savoir si les PI majorent l'isolement des mères en post-partum. Cette hypothèse sous-entend que l'on considère déjà que le post-partum est source d'isolement et les résultats de l'étude l'ont confirmé comme décrit plus haut.

Aussi, les enquêtées ont décrit que les PI se sont déclarées pour la plupart autour d'un mois- un mois et demi de post-partum, période du post-partum durant laquelle elles se sont retrouvées très seules avec la fin du congé paternité, la fin des visites à domicile des sages-femmes et pas toujours de relai de la part de la famille, des amis. Elles décrivaient également une augmentation de l'intensité et de la fréquence des pensées lorsqu'elles étaient seules et une diminution quand elles pouvaient en parler ou passer le relais. **L'isolement est ici source de PI.** La consultation post-natale n'étant pas avant 6-8 semaines de post-partum, elles décrivent un manque d'accompagnement de plusieurs semaines qu'elles auraient aimé avoir durant cette période. De plus cette consultation post-natale a été vécue par les enquêtées comme "*trop*" médicale ou plutôt "*pas assez*" tournée sur le versant psychologique, vécu du post-partum, et qu'il n'y avait pas selon elles la place de parler de leur santé mentale.

Le CNGOF définit la consultation postnatale tel que **(33)** :

“La consultation postnatale clôture le suivi de grossesse. Elle a un rôle de synthèse, d'information de la patiente et de ses médecins habituels. Elle a pour objectif d'identifier les séquelles et conséquences de la grossesse afin de proposer à la patiente une prise en charge adaptée. Elle doit également permettre de rechercher les facteurs de risque pour une prochaine grossesse, notamment ceux qui seraient accessibles à un traitement en dehors de la grossesse qui permettrait d'améliorer le pronostic d'une grossesse ultérieure.” CNGOF 2015

Cette définition sous-entend par “séquelles” le côté médical mais aussi psychologique que cette consultation doit approfondir. Le 12 -ème point de la fiche du CNGOF définissant la consultation post-natale, “*Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance*” (33), prend en compte l’aspect psychologique et invite au dépistage et la prévention de troubles psychiques. Malgré ces recommandations les enquêtés n’ont pas ressenti la possibilité d’en parler.

Nous pouvons nous poser plusieurs questions :

- Le professionnel de santé a-t-il posé des questions à ce sujet ?
- Le professionnel avait-il le temps de mettre en place ces recommandations au sein de la consultation ?
- Le professionnel se sent-il assez formé pour dépister des troubles psychiques ?

Ces trois questions reviennent à se poser une seule et même question : **Le dispositif de dépistage actuel est-il adapté aux phobies d’impulsion en post-natal ?** Nous y reviendrons dans un second temps.

Pour les enquêtées ayant eu des difficultés à en parler à un proche et/ou un professionnel de santé par honte, culpabilité, l’isolement s’est creusé. En effet, elles se sont retrouvées seules face à leurs pensées avec toutes les conséquences émotionnelles de celles-ci décrites plus haut. Pour rompre cet isolement, il serait intéressant de pouvoir leur laisser une liberté de parole auprès de professionnels de santé afin qu’elles comprennent ce que sont les PI. Cela permettrait de libérer le tabou et de pouvoir en parler aux proches et éventuellement de rencontrer d’autres femmes ayant vécu une situation similaire. Cela donnerait un sentiment d’appartenance à une communauté de personnes toujours dans le but de rompre l’isolement lié à ces pensées. Cela serait aussi une porte pour qu’elles osent demander du soutien, un relais quand elles en ressentent le besoin.

Pour oser en parler en tant que jeune mère en post-partum, il est important selon moi, que ces femmes aient au moins entendu parler des PI une fois en anténatal. En effet, cela aura pour effet de rompre le tabou du sujet. Dans un deuxième temps, il est nécessaire de donner ce temps de parole à ces femmes au sein des consultations du post-partum.

5.2 Propositions

5.2.1 Anténatal : Ne serait-il pas intéressant en anténatal de faire une information systématique sur les phobies d'impulsion ?

5.2.1.1 L'entretien prénatal précoce

Aujourd'hui, la PNP (préparation à la naissance et à la parentalité) comprend en plus des 7 séances, un entretien prénatal précoce obligatoire, pris en charge à 100% par la sécurité sociale, à proposer systématiquement avant le 4ème mois de grossesse. Il peut être fait en couple ou en individuel et est distinct d'une consultation médicale de suivi de grossesse classique. Il permet au couple ou à la femme de parler librement autour d'un projet de naissance, de parentalité. Il peut être pratiqué par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste. Il a pour but pour chaque femme de : **(34)(35)**

- Cibler les besoins en termes d'accompagnement
- Répondre aux questions
- Proposer des séances de PNP
- Identifier les questions, les points essentiels à aborder lors des séances de PNP
- Dépister des situations de vulnérabilités

Les critères de vulnérabilité principaux à repérer sont : **(34)**

- Antécédents obstétricaux (vécu des grossesses antérieures et des actes liés à la naissance)
- Problèmes de type relationnel en particulier dans le couple, violence domestique, en particulier conjugale
- **Stress, anxiété, troubles du sommeil du début de grossesse**, épisode dépressif durant la grossesse
- Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)
- Précarité, risque social (maladie, chômage, changements familiaux : enfants, **parent isolé** ou rupture conjugale, recomposition)
- Naissance à haut risque psycho-affectif (annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap)
- Le décès d'un proche en cours de grossesse (père, mère, toute personne significative pour la femme)

Dans ces critères nous retrouvons donc bien les trois critères de vulnérabilité augmentant le risque de développer des PI en post-partum : **l'isolement, la fatigue, l'anxiété**. Cela montre donc que l'entretien prénatal précoce est déjà adapté pour intégrer dans notre réflexion, la notion de risque de développement de PI en post-partum. Repérer des critères de vulnérabilités permet d'orienter, de créer un suivi pluridisciplinaire tel que la protection maternelle infantile (PMI) ou un psychologue.

Selon moi, il serait intéressant d'intégrer le questionnement sur le vécu des précédents post-partum et d'en profiter pour poser la question : **avez-vous vécu ou pensez-vous avoir eu des pensées intrusives envers vous ou votre bébé après la naissance de vos enfants ?** Cela permettrait si la patiente ne connaît pas ce que sont les PI ou en a vécu sans le savoir ou n'a jamais osé en parler, d'ouvrir le dialogue, de leur donner un moment d'écoute et de leur montrer la possibilité en post-partum d'en reparler si besoin. En effet, quand nous constatons que les enquêtées interrogées, ont toutes observées une diminution, puis une disparition de leurs pensées intrusives dès qu'elles ont compris de quoi il s'agissait, qu'elles ont pu en parler régulièrement, cela me semble important de faire une information systématique en anténatal. Cet entretien prénatal précoce étant obligatoire depuis 2020, il me semble approprié d'en parler pendant afin de cibler l'ensemble des femmes enceintes.

Certaines enquêtées ont évoqué leur questionnement sur l'information systématique concernant les PI en anténatal. Elles redoutaient qu'aborder ce sujet ne fasse qu'augmenter une peur d'en développer alors qu'une partie des jeunes mères n'en développeront jamais.

Selon moi, il faut en parler car la balance avantages/ inconvénients est en faveur de l'avantage. En effet, un risque est défini par : **(36)**

- L'ampleur des dommages potentiel : nous avons vu précédemment les conséquences des PI
- La probabilité de subir le dommage : nous avons vu à travers la littérature scientifique que les chiffres sont très variés en fonction des études mais que le pourcentage de PI en post-partum pouvait être élevé selon certaines.

Parler de ce risque (ici l'apparition des PI) permet :

- D'évaluer la probabilité de survenue avec les critères de vulnérabilités (isolement, fatigue, anxiété)
- De mettre en place des moyens de prévention (entretien prénatal, PNP) pour diminuer le risque
- D'échanger sur ce risque pour en diminuer le tabou
- De mettre en place un suivi adapté pour identifier l'apparition des PI ou non (en visite à domicile, en consultation post-natale, en entretien post-natale précoce)
- De mettre en place une prise en charge adaptée en cas d'apparition de PI (PMI, psychologue, aide sociale)

Ici, il est donc pertinent d'évoquer le risque d'apparition des PI car nous pouvons agir dessus.

L'inconvénient dont parlent certaines enquêtées étant selon elles la peur inutile d'en développer alors qu'une partie n'aura jamais de PI. Mais justement, le fait d'en parler, de dédramatiser le sujet, de le comprendre peut éviter cet inconvénient. C'est la méconnaissance qui engendre la peur. Le savoir c'est le pouvoir. Il y a donc un réel intérêt à en parler systématiquement.

5.2.1.2 Les séances de préparation à la naissance et la parentalité

Aujourd'hui, 7 séances sont remboursées par la sécurité sociale pour toute femme enceinte et sont donnés par les sages-femmes en libéral ou en milieu hospitalier. Ils peuvent selon le choix de chaque femme être fait en collectif ou en individuel. **(34)(35)** Les séances de préparation à la naissance et la parentalité peuvent prévenir l'anxiété liée à la découverte de la réalité du post-partum. Nous avons vu que pour de nombreuses enquêtées, les PI ont été le symptôme de l'anxiété liée à cette réalité. Elles n'étaient pas assez préparées à ce qui allait suivre après l'accouchement. Elles ont toutes exprimé le besoin de davantage accentuer les séances sur le post-partum.

Selon moi, il serait pertinent de cibler 2 séances sur le post-partum en commençant par demander comment elles perçoivent cette période et d'en déconstruire les idées reçues. Le but étant d'aborder :

- Les changements physiques : les lochies, les cicatrices, les tranchées, déculpabilisation face au nouveau corps
- La physiologie du post-partum : que se passe-t-il dans le corps au niveau hormonal ?
- Le remodelage du couple : passer d'une dyade à une triade, modification des places de chacun si fratrie
- Le changement de rythme : rythme d'un nouveau-né VS rythme d'un adulte
- L'ambivalence maternelle
- Le besoin de soutien, de s'entourer : aide de la famille et/ou des amis concernant l'organisation des tâches quotidiennes et le soutien moral
- Savoir demander de l'aide et ne pas en avoir honte : proches et professionnels de santé

Je pense qu'il est nécessaire d'être transparent en tant que sage-femme pendant ces séances, de ne pas édulcorer, de ne pas idéaliser, tout en parlant aussi des beaux moments qu'elles vont vivre. Je pense également que la présence du co-parent est à encourager pendant ces échanges. En effet, nous avons constaté que l'isolement maternel augmente l'anxiété et donc les PI. La compréhension de cette période doit être égale au sein du couple afin de comprendre les enjeux, l'importance du soutien ainsi qu'avoir les clés pour repérer les moments difficiles où une aide peut être demandée auprès de professionnels de santé.

Un autre problème se dessine : le manque de temps. En effet, 7 séances pour aborder un grand nombre de sujets semblent très peu. De plus, certaines femmes ne viendront peut-être pas si nous rajoutons des séances, par manque de temps personnel. Je propose également, de donner des ressources sur le post-partum à emmener à la maison sur un flyer tel que :

- Des podcast (exemples : *La Matrescence* de Clémentine SARLAT ou *Les Maternelles* ou *Podcast Grand bien vous fasse ! : Les phobies d'impulsion et les pensées parasites (podcast-radio.com)*)
- Des documentaires (exemples : *Post-partum le documentaire* d'Ève SIMONET)
- Des films (exemples : *A la vie* d'Aude PÉPIN ou *A l'ombre des mères* de Murielle LABROSSE)
- Des livres (exemple : *Le quatrième trimestre* d'Ingrid BAYOT)

Ces ressources que chaque sage-femme peut choisir, peuvent être un point de départ pour des débats, des discussions pour la séance suivante ou de questions pour la prochaine consultation prénatale. Il est pertinent selon moi de donner différents types de supports afin de répondre aux goûts, envies propres à chacun.

5.2.2 Postnatal : Le dispositif de dépistage actuel est-il adapté aux phobies d'impulsion en postnatal ?

Aujourd'hui, les sages-femmes occupent une place cruciale dans l'accompagnement du post-partum des jeunes mères. Elles sont présentes pendant les suites de couches, lors des visites à domicile. Elles reçoivent les accouchées en consultation postnatale et dernièrement en entretien postnatal précoce et proposent également 2 séances de suivi postnatal.

Toutes ces sages-femmes en exercice sont donc en première ligne pour diagnostiquer des femmes développant des PI pendant cette période et ce dès le séjour à la maternité. En effet, une des enquêtées décrivait en avoir dès les premiers jours après la naissance de son bébé.

Les visites à domicile permettent d'évaluer l'environnement, questionner plus facilement sur les habitudes, le soutien des proches, l'état d'anxiété depuis le retour de la maternité, la fatigue accumulée. Cela permet d'observer les soins du nouveau-né donnés par la mère, et la relation mère-enfant. Cela peut être plus facile d'aborder le sujet des PI en partant de ce que l'on observe, des soins. Deux visites à domicile sont possibles remboursées à 100% par la sécurité sociale les 12 jours suivants la naissance. La 1ère est à prévoir la première semaine après l'accouchement si possible 48h après la sortie de la maternité. La deuxième est à définir avec la sage-femme si cela est nécessaire. D'autres peuvent être proposées si le contexte le justifie. **(37)**

Puis, dans les 6-8 semaines suivant l'accouchement, la consultation post-natale est obligatoirement à faire avec un.e sage-femme ou un.e médecin. Elle est remboursée à 100%. Nous avons déjà décrit plus haut ses objectifs. Nous avons vu que malgré les recommandations, les enquêtées avaient trouvées que leur santé mentale n'avait pas été évaluée.

Depuis juillet 2022, l'entretien postnatal précoce et 2 séances de suivi postnatal sont compris dans le parcours de soin du post-partum. **(38)**

L'entretien postnatal précoce est proposé systématiquement entre la 4ème et la 8ème semaine du post-partum. Un 2ème entretien est possible entre la 10ème et la 14 -ème semaine de post-partum si le professionnel de santé (médecin ou sage-femme) le juge nécessaire. Les objectifs sont :

- De repérer les premiers signes de la dépression du post-partum (état dépressif ou anxieux, fatigue, humeur instable...);
- D'identifier d'éventuels facteurs de risques qui exposent les parents à cette dépression (isolement, événement stressant...);
- D'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du couple en termes d'accompagnement

Les 2 séances de suivi post-natal sont réalisées seulement par les sages-femmes en collectif (même groupe de séance de PNP si possible) ou en individuel entre le 8ème jour suivant la naissance et la 14ème semaine de post-partum. Ce n'est pas une consultation à visée médicale mais permet d'échanger seule (à domicile ou au cabinet) ou en groupe (au cabinet) sur des questionnements, des difficultés, des situations de jeunes mères. Elles sont remboursées à 100% jusqu'au 12ème jour puis 70%. **(38)**

Il y a un donc un réel changement depuis juillet 2022 concernant le suivi postnatal des jeunes mères et plus particulièrement l'écoute, le dépistage, l'orientation concernant la santé mentale **(Cf annexes 2 et 3)**.

Ces dernières mises à jour du suivi postnatal permettent plusieurs choses :

- Donner plus de temps de consultation aux professionnels de santé pour prendre le temps d'évaluer la santé mentale tout en ayant du temps pour une consultation médicale dédiée
- De ne pas laisser les jeunes mères sans suivi pendant plusieurs semaines (**Cf. annexe 2**) prévenant le sentiment d'isolement
- De sortir les jeunes mères de l'isolement à travers les séances de suivi postnatales

Elles permettent donc d'intégrer plus facilement le dépistage des PI en post-partum. Mais les professionnels de santé sont-ils assez formé.e.s ?

5.2.3 Formations des professionnels de la périnatalité

Ces nouvelles réformes donnent vie à de nouvelles consultations. Il y a donc un besoin de formation pour les mener correctement, avec des outils adaptés, une connaissance de la psychologie périnatale et de son réseau local (psychologue, psychiatre...).

La formation à la psycho-périnatalité est nécessaire pour faire la différence par exemple entre phobies d'impulsion, dépression du post-partum, psychose. Nous pouvons prendre l'exemple du Royaume-Uni qui en 2014 a mené une étude qui a démontré que le pays gagnerait en termes de coût économique à formé en amont les professionnels de santé à la psycho-périnatalité. David CAMERON a par la suite investi 365 millions de livres sterling dans ce domaine. Cet argent a pu financer la formation d'au moins un spécialiste par maternité (sage-femme ou psychologue ou médecin...) Peut-être est-il intéressant de s'inspirer de l'exemple britannique ? C'est ce que fait actuellement l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale. **(39)(40)**

Aussi certains outils peuvent être mis à disposition pour ces consultations. Notamment les grilles évaluant l'anxiété maternelle. Il serait intéressant d'estimer le degré d'anxiété en anténatal, qui est je le rappelle, est un des trois critères de vulnérabilité aux PI selon cette étude. Mais également, en post-natal pour orienter un interrogatoire pour diagnostiquer des PI.

En anténatal nous retrouvons comme échelle le PRAQ-R2 (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire), qui est le premier outil validé en français pour repérer l'anxiété spécifique à la grossesse. **(41) (Cf annexe 4)**

En postnatal nous pouvons citer l'échelle PNPSI : échelle de stress perçu pour les femmes lors du post-natal. **(27)(42) (Cf annexe 5)**

Ces échelles sont des outils complétant la clinique pour évaluer objectivement l'anxiété. Elles peuvent permettre d'orienter notre prise en charge en anténatal en proposant un suivi avec un psychologue ou en premier lieu d'ouvrir le dialogue avec les patientes. Le but étant de prévenir l'augmentation de cette anxiété en postnatal et donc de prévenir le risque d'apparition des PI. Puis en postnatal d'évaluer les causes de l'anxiété comme l'isolement ou la fatigue, anxiété pouvant être la source de PI. Il est possible avec ces échelles d'adapter les séances de PNP et le suivi post-natal en fonction des causes de l'anxiété retrouvées. **(42)**

Enfin, il est indispensable de former les professionnels de santé de la périnatalité et notamment les sages-femmes à la clinique des phobies d'impulsion pour les dépister rapidement en post-partum. En effet, nous avons constaté à travers l'étude que le simple fait de parler des PI, de comprendre ce qu'elles sont et de savoir qu'elles ne passeront pas à l'acte diminuent la fréquence et l'intensité des pensées. Donc plus les PI sont dépistées tôt plus elles peuvent disparaître tôt. Et les sages-femmes sont en première ligne pour les repérer, plus ou moins orienter vers d'autres professionnels de santé spécialisés.

5.3 Conclusion des propositions

- Faire une information systématique sur les PI pendant l'entretien prénatal précoce et inclure une question sur un éventuel d'antécédent de PI
- Faire du lien en anténatal entre les 3 critères de vulnérabilité (isolement, fatigue, anxiété) et le risque de développement de PI en post-partum
- Développer des séances en PNP plus centrés sur le post-partum et donner des ressources à lire, écouter, regarder à la maison sur le sujet, si les patientes le souhaitent
- Évaluer le degré d'anxiété en anténatal et en postnatal
- Inclure le dépistage des PI au nouveau plan de suivi postnatal
- Former plus de professionnels de santé à la psycho-périnatalité et notamment à la clinique des PI

6 Conclusion

La littérature scientifique ne s'accorde pas sur le pourcentage de femmes déclarant des phobies d'impulsion dans le post-partum. Mais cette étude a montré que le Caregiving pouvait être impacté pour des jeunes mères développant des stratégies d'évitement. Cependant l'amour ressenti envers l'enfant ne change pas. Aussi, le post-partum étant déjà source d'isolement, les jeunes mères sont isolées dans leur parcours de soin concernant leurs pensées intrusives par peur d'en parler. Et pour celles qui ont le courage de le faire, les professionnels de santé n'y sont pas toujours formés. Enfin, l'état émotionnel de la mère est fortement impacté passant de l'anxiété à la culpabilité, la honte, le sentiment d'échec à devenir une bonne mère au sens où la société le définit. Nous avons constaté que trois critères de vulnérabilité ressortent : l'anxiété, la fatigue et l'isolement. Ils nous permettraient de dépister en anténatal les femmes à risque de développer des phobies d'impulsion. De plus les conséquences décrites plus haut sur le vécu du post-partum nous portent à vouloir former les professionnels en psychologie périnatale, améliorer notre système d'information et de dépistage en anténatal et de diagnostic en postnatal concernant les phobies d'impulsion. Sans oublier une meilleure information sur le post-partum, lui-même source d'anxiété. Enfin, il est intéressant de constater que certaines dépressions du post-partum se déclarent sous forme de phobies d'impulsion.

7 Ouverture

J'aimerais faire plusieurs ouvertures qui pourraient faire l'objet d'autres études. Dans ce mémoire, j'ai rencontré des femmes atteintes de PI pathologiques, impactant leur quotidien. Il serait intéressant d'aller à la rencontre de femmes qui ont vécu transitoirement des PI lors de leur post partum, sans impact sur leur quotidien. Aussi, j'aimerais évaluer la proportion de femmes en post-partum qui déclarent des PI.

Bibliographie

Documents référencés

- 1- Bayot I. Le post-partum côté femme : un quatrième trimestre de « gestation » ? Sortir des dénis culturels pour un meilleur accompagnement. *Perinatalite*. 2019 ;11(1) :26-31. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2019-1-page-26.htm>
- 2- Bayot I. Le quatrième trimestre de la grossesse. Eres. 2018. 288 p. (1001bb).
- 3- Ministère des solidarités et de la santé. 2020. « Les 1000 premiers jours ». rapport-1000-premiers-jours.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)
- 4- Guettier, B. 1996. "Des phobies d'impulsion dans le post-partum organisatrices de la séparation mère-enfant ?", *Perspectives psychiatriques*, vol.35, 131-135. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-3-page-92.htm>
- 5- Le Nestour A, Guettier B. Phobies d'impulsion en périnatalité : entre ligature et sacrifice | Cairn.info. *Le carnet Psy*. 2009. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2017-4-page-22.htm>
- 6- Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium : A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*. 1 janv 2003 ;17(4) :461-78. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618502002062>
- 7- Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TLC, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*. 1 nov 2009 ;50(6) :503-9. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X0800182X>
- 8- McGuinness M, Blissett J, Jones C. OCD in the Perinatal Period: Is Postpartum OCD (ppOCD) a Distinct Subtype? A Review of the Literature. *Behav Cogn Psychother*. Mai 2011 ;39(3) :285-310. Disponible sur https://core.ac.uk/reader/185480219?utm_source=linkout
- 9- Donahue Jennings K. et al. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders* 54 (1999) 21-21. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032798001852>
- 10- Benzonana P, Epiney M, Razurel C. Repenser les soins au post-partum : mise en perspective d'un véritable plan périnatal. *Perinatalite*. 2019 ;11(1) :4-8. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2019-1-page-4.htm>

- 11-Challacombe FL, Wroe AL. A hidden problem: consequences of the misdiagnosis of perinatal obsessive–compulsive disorder. Br J Gen Pract. 1 mai 2013 ;63(610) :275-6. Disponible sur <https://bjgp.org/content/63/610/275>
- 12-Larousse É. Définitions : post-partum - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>
- 13- OMS. Soins à la mère et au nouveau né dans le post-partum : guide pratique. 1998. Disponible sur : <http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/OMS-post-partum.pdf>
- 14-ROY A. La vie rêvée du post partum. Larousse. 2021. 224 p.
- 15-Athan A. Matrescence [Internet]. Matrescence. Disponible sur: <https://www.matrescence.com>
- 16- Winnicott D. La Mère suffisamment bonne. Payot. 2006.
- 17-DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux - cartonné - Marc-Antoine Crocq, Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer
- 18- Clair AH. Chapitre premier. Des symptômes au diagnostic de TOC. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2021.p. 9-43.
- 19-Saive AL, Guédeney N. Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants. Devenir. 2010;22(4):321-38.
- 20-Demers I, Bernier A, Tarabulsy GM. Représentations mentales maternelles : concepts et mesures liés à l'attachement. Enfance. 2009;2(2):207-22.
- 21-Benhaïm M. Ambivalence maternelle. Spirale. 2002;21(1):99-107.
- 22-Benhaïm M. Clinique du discours ambivalent. Psychanalyse. 2011;53-97.
- 23-Leader D. Sur l'ambivalence maternelle. Savoirs et clinique. 2002;1(1):43-9.
- 24-Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Enfances & Psy. 2015;66(2):14-22.
- 25-Razurel C (2015) Se révéler et se construire comme mère. Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg
- 26-Organisation mondiale de la santé (1999) Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. OMS, Genève
- 27-Évaluation du stress en post-partum des mères lors de la consultation postnatale | Cairn.info [Internet]. [cité 25 oct 2021].

- 28- Tran V. Fatigue émotionnelle. In: Dictionnaire de la fatigue [Internet]. Genève: Librairie Droz; 2016 [cité 17 janv 2023]. p. 306-9. (Travaux de Sciences Sociales).
- 29- Weizman I. Ceci est notre post-partum. Marabout. 2021.224 p. (Famille-Education).
- 30- Capponi I, Horbacz C. À propos de l'invisibilité de l'anxiété périnatale. Perspectives Psy. 2007;46(4):362-7.
- 31- Freymann JR, Lemler D. 1. Trois concepts ou trois affects ? In: De la honte à la culpabilité [Internet]. Toulouse: Érès; 2010 [cité 24 janv 2023]. p. 11-26. (Hypothèses).
- 32- Le Nestour A, Guettier B. Phobies d'impulsion en post-partum : syndrome d'alarme ou processus défensif dynamique ? | Cairn.info. Enfances & Psy [Internet]. 2009 [cité 20 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2009-3-page-92.htm>
- 33- CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique Post-partum. 2015.
- 34- HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Décembre 2007.
- 35- HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Décembre 2005.
- 36- Guillon B. Nouvelles perspectives en matière de gestion du risque. Gestion 2000. 2012;29(4):15-7.
- 37- HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mai 2014.
- 38- Amélie. Après l'accouchement : le retour à la maison [Internet]. 2023 [cité 31 janv 2023].
- 39- Sananès S, Collomb N, Dugnat M, Poiso F, Grégoire A. Santé mentale périnatale outre-Manche : une inspiration possible pour la France ? Spirale. 2019;92(4):117-20.
- 40- Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. 2014;
- 41- Reymond C, Derguy C, Wendland J, Loyal D. Validation française d'une échelle d'anxiété spécifique à la grossesse (PRAQ-R2). Pratiques Psychologiques. 1 juill 2020;26(3):231-40.
- 42- Bernard E, Zakarian C, Pauly V, Riquet S. Évaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement au Gynépôle de Marseille. Santé Publique. 2017;29(5):611-22.

Documents non référencés

- 1- Post-partum et phobies d'impulsion - La chronique de Baptiste Beaulieu. 2020 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=LwyNhxA8tHc>
- 2- Vendittelli F, Molénat F. Post-partum : un moment clé. Innovation et rigueur des interventions professionnelles. Perinatalite. 2019;Vol. 11(1):2-3.
- 3- Prat R. La terreur de la dépendance comme expérience fondatrice du maternel. Le Carnet PSY. 2013;168(1):26-35.
- 4- Pirlot G, Cupa D. Chapitre 4. État et névrose phobiques ou « %hystérie d'angoisse % ». In: Approche psychanalytique des troubles psychiques [Internet]. Paris: Armand Colin; 2017 [cité 12 sept 2022]. p. 19-30. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/approche-psychanalytique-des-troubles-psychiques--9782200617783-p-19.htm>
- 5- Nachin C. Genèse des phobies et topiques des phobiques. Perspectives Psy. 2014;Vol. 53(4):326-30.
- 6- Demers I, Bernier A, Tarabulsky GM. Représentations mentales maternelles : concepts et mesures liés à l'attachement. Enfance. 2009;2(2):207-22.
- 7- Dayan J. Chapitre II - L'anxiété périnatale normale et pathologique. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2016 [cité 14 sept 2022]. p. 23-32. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-baby-blues--9782130730545-p-23.htm>
- 8- Crop A. Comme une comète [Internet]. La boîte à bulles. 2021 [cité 2 déc 2021]. 288 p. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Crop-Comme-une-comete/1340348>
- 9- Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. Devenir. 2003;15(1):5-25.
- 10- Bayot I. Le post-partum côté femme : un quatrième trimestre de « gestation » ? Sortir des dénis culturels pour un meilleur accompagnement. Perinatalite. 2019;11(1):26-31.
- 11- fB G, GUETTIER B. Des phobies d'impulsion dans le post-partum organisatrices de la séparation mère-enfant ? PERSPECTIVES PSYCHIATRIQUES. 1996;(vol 35 n°2 avril-mai):131-5
- 12- Adriansen S. La remplaçante [Internet]. First. 2021 [cité 14 juin 2021].
- 13- Simonet E. Post-partum le documentaire. 2022.

- 14- Maman Blues - le site de la Difficulté maternelle - Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://www.maman-blues.fr/>
- 15- Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 févr 2015;173(1):79-84.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Je m'appelle Cléa, je suis étudiante sage-femme, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je m'intéresse au vécu des phobies d'impulsion qui surviennent après l'accouchement.

Si vous êtes d'accord, votre expérience va me permettre d'améliorer notre prise en charge concernant ces manifestations. Les informations que vous me transmettez sont utilisées exclusivement dans le cadre de cette étude

Aussi, je m'assure de votre anonymat au sein de mon mémoire. Avec votre consentement j'enregistrerai notre entretien pour rester fidèle à vos propos dans ma retranscription. L'anonymat est également valable pour l'enregistrement et la retranscription.

Si vous avez besoin que l'on arrête ou de faire une pause, c'est à tout moment possible. Il n'y a aucune obligation de réponses ni de bonnes réponses à donner. C'est avoir votre expérience et votre ressenti qui est important dans mon étude.

Avec votre autorisation je vais aborder différents thèmes.

Thème 1 - Informations générales

- Pouvez-vous me donner quelques informations personnelles et vos antécédents ?

Relance :

☐ Âge

☐ Profession (travail repris ou non, contraintes depuis la reprise)

☐ Situation familiale : en couple ? Vivent ensemble ?

☐ Êtes-vous satisfaites de votre situation conjugale, familiale ?

☐ Avez-vous rencontré des difficultés sur la période de la grossesse et/ou suite à la naissance

Thème 2- Vécu, déroulé de la grossesse et de l'accouchement

- Pouvez-vous me parler de votre/vos grossesse.s et accouchement.s ?

Relance :

☐ Sur le plan le plan physique

☐ Sur le plan émotionnel

☐ Sur le plan des soins, du suivi, de l'accompagnement

- Antécédents psychologiques : Auparavant y a-t-il eu dans votre vie des événements qui vous ont marqué sur le plan émotionnel et affectif ? Avez-vous eu besoin d'aide ?

Thème 3- Identification et énoncé du diagnostic de phobies d'impulsion

- Pouvez-vous me décrire les manifestations (relance : pensées, phobies d'impulsions) qui se sont produites et vos réactions ? les circonstances ? le moment de survenue ? l'intensité ? les répétitions ?
- Qu'est ce qui a conduit à identifier ces manifestations et à les nommer ?

Relance :

☒ Qui a posé le diagnostic ?

- Quelle a été l'évolution de ces phobies d'impulsion ?
- Aviez-vous nommé ces pensées avant que le diagnostic vous soit donné ?
- Dès lors que vous avez pu mettre un mot sur ce que vous éprouviez. Ces manifestations ont-elles changé, en quoi ?
- En avez-vous toujours ?
- Si elles ont disparu : A quel moment ? Y a-t-il eu un moment spécifique ?

Thème 4 - Les conséquences

- Quelles ont été les conséquences sur votre quotidien, pouvez-vous me faire part de ce que vous avez vécu ?

Relance :

☒ Concernant ce que vous avez ressenti, est ce que vous pouvez me citer les émotions principales que vous avez retenues de cette période ?

☒ Selon vous, quels ont été les effets sur vous ? votre enfant ? votre entourage ? vos relations ?

☒ En avez-vous parlé à votre entourage (amis, famille, partenaire) ?

☒ Comment a réagi votre entourage ?

☒ Avez-vous trouvé du soutien auprès d'eux ?

Thème 5 - Prise en charge, adaptation, accompagnement et soins des phobies d'impulsion

- Qu'avez-vous mis en place pour gérer vos phobies d'impulsion ?

Notes pour moi : compulsions (rituels)

- Concernant ce qui a pu vous aider pour faire face aux troubles avez-vous été accompagnée ?

Relance :

☒ Combien de professionnels différents sont intervenus ?

☒ Qu'est-ce qui vous été proposé ?

- Etiez-vous satisfaites par l'accompagnement ?
- Que pensez-vous de ce qui a été fait ? Qu'auriez-vous souhaité en plus ou de différent ?
- Avez-vous trouvé des solutions en vous-même ? Par vous-même ? Lesquelles ?

Thème 6- Avis actuel

- Avec le recul que vous avez aujourd'hui, quel est votre sentiment vis-à-vis de ce que vous avez vécu ?
- Concernant la prise en charge que pensez-vous de ce qui est fait pour les phobies d'impulsion ?
- Qu'auriez-vous aimé savoir avant de vivre cette période ?
- Comment définiriez-vous les phobies d'impulsion ?

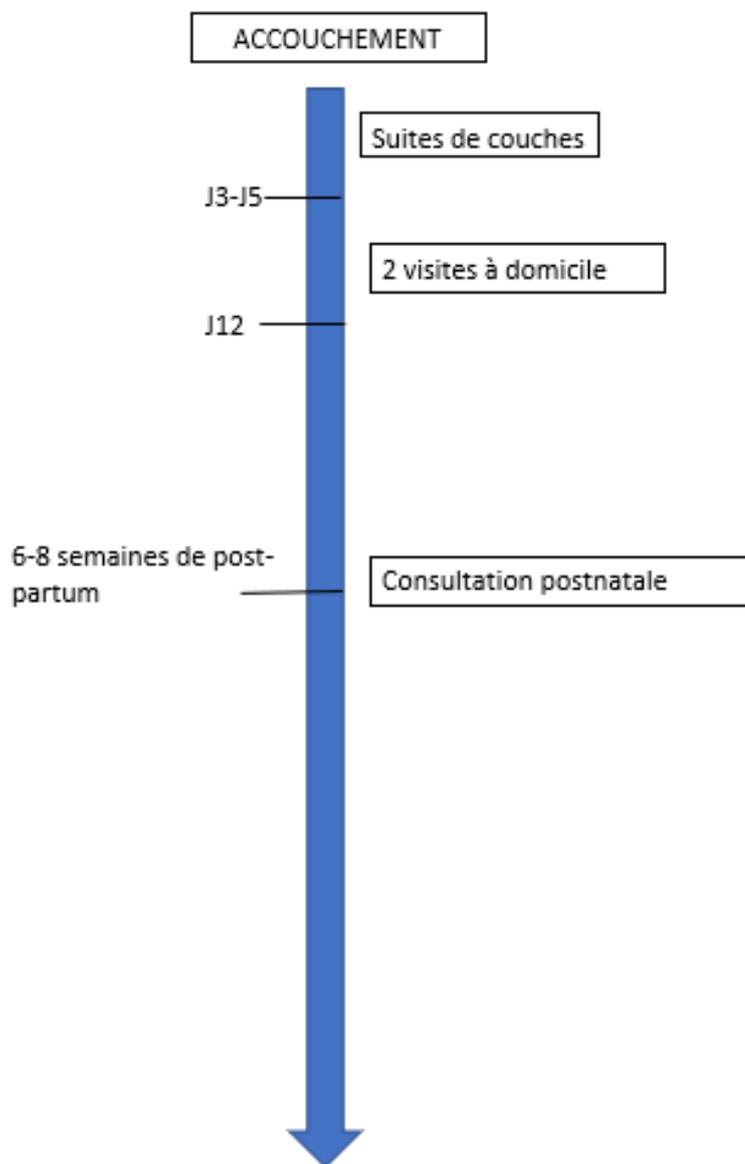
Relance :

☒ Quels mots vous viennent en tête à ce sujet ?

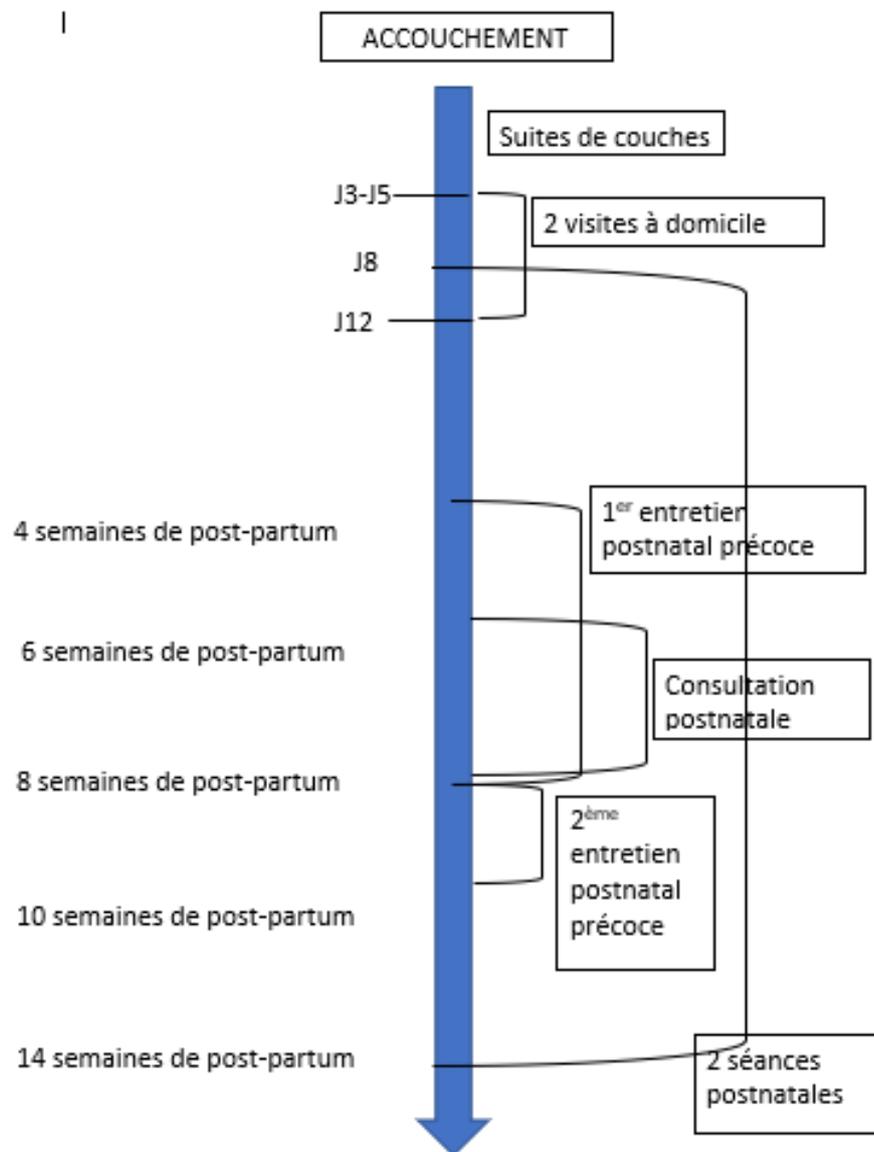
Conclusion :

- Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas évoqué ensemble ?
- Si d'autres idées vous viennent, vous pouvez m'envoyer un mail par la suite.

Annexe 2 : suivi postnatal avant juillet 2022



Annexe 3 : suivi postnatal après juillet 2022



Annexe 4 : PRAQ-R2 (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire), échelle française (41)

Tableau 5

Version française du PRAQ-R2.

Consigne: Veuillez répondre le plus honnêtement possible à ces questions, concernant votre grossesse actuelle (une seule réponse par question)					
	Pas du tout (1)	Plutôt pas (2)	Parfois (3)	Plutôt oui (4)	Tout à fait (5)
1. J'appréhende l'accouchement					
2. Je suis inquiète de la douleur des contractions et de la douleur pendant l'accouchement					
3. Je suis inquiète de ne pas retrouver ma ligne après l'accouchement					
4. Je pense parfois que notre enfant sera en mauvaise santé ou sera sujet à des maladies					
5. Je suis soucieuse de mon physique peu séduisant					
6. Je suis inquiète de ne pas pouvoir me contrôler lors de l'accouchement et de hurler					
7. Je suis inquiète de ma très grande prise de poids.					
8. J'ai peur que le bébé soit handicapé mental ou qu'il y ait une atteinte cérébrale lors de l'accouchement					
9. J'ai peur que notre bébé soit mort-né ou qu'il meure pendant ou immédiatement après l'accouchement					
10. J'ai peur que notre bébé souffre d'un défaut physique ou je m'inquiète que quelque chose soit physiquement anormal chez le bébé					

Annexe 5 : PNPSI (échelle de stress perçu pour les femmes lors du post-natal) (42)



Échelle de stress perçu pour les femmes lors du post-natal (PNPSI)

Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J-P., Sellenet, C., Epiney, M. (2013). Validation of the PostNatal Perceived Stress Inventory (PNPSI) in a French-speaking population of primiparous women. *JOGNN*, 42, 685-696

Voici une liste des soucis et d'inquiétudes que vous pouvez ressentir comme stressants.

Consignes : Lisez bien chaque phrase. Pour chacune vous avez le choix entre cinq réponses possibles.

Choisissez celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez en ce moment à propos du problème en question en cochant par une X à droite l'une des cinq réponses proposées (cochez une seule case pour chaque ligne) :

- 1 : non je ne me sens pas du tout stressée ;
- 2 : oui, je me sens un peu stressée ;
- 3 : oui je me sens moyennement stressée;
- 4 : oui je me sens très stressée;
- 5 : oui, je me sens énormément stressée.

	<i>Je suis plus ou moins stressée par ...</i>	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyenne ment	4 Très	5 Énorm ément
1	... ma fatigue, mon manque de sommeil					
2	... le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour moi					
3	... le rythme du bébé (bébé qui pleure, qui demande beaucoup)					
4	... l'état de santé de bébé					
5	... l'idée de la mort subite du nourrisson					
6	... le fait de donner les soins de bébé (bain, soins du cordon, changes...)					
7	...l'impression de ne pas être à la hauteur pour m'occuper du bébé					
8	... la cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement (le fait de ne pas reconnaître mon corps)					
9	... la douleur de la cicatrice (épisiotomie ou césarienne)					
10	... le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment					
11	... la douleur de l'allaitement					
12	... le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant (sortir, voyager ...)					
13	... l'écart entre ce que je m'étais imaginée et ce que j'ai vécu vis-à-vis de : l'allaitement, du rythme du bébé, de l'organisation de la maison (soulignez ce qui vous convient)					
14	... la garde du bébé quand je reprendrai le travail					
15	... la reprise de mon travail (ou de mes activités)					
16	... les propos contradictoires des soignants					
17	... la reprise de ma sexualité					
18	... ma relation avec mon partenaire					
19	... la place du père auprès du bébé					

RESUME

Problématique : En quoi les phobies d'impulsion (PI) en post-partum influencent-elles le vécu de cette période chez les mères ?

Objectifs : Le but de cette étude est de comprendre le vécu des mères en post-partum lorsque celui-ci est rythmé de PI et de faire ressortir les attentes de celles-ci envers le corps médical.

Hypothèses : L'apparition des PI dans le post-partum jouerait un rôle dans le développement du Caregiving, l'état émotionnel de la mère en post-partum serait influencé par l'apparition des PI durant cette période, les PI majoreraient l'isolement de la mère en post-partum

Méthode : une méthode qualitative a été privilégiée pour cette étude à travers 10 entretiens semi-directifs auprès de femmes ayant vécu un post-partum rythmé de PI.

Résultats : Cette étude montre que le Caregiving peut être impacté pour des mères développant des stratégies d'évitement à leur PI. Aussi, les jeunes mères sont isolées dans leur parcours de soin concernant leurs pensées intrusives. Ensuite, l'état émotionnel de la mère est fortement impacté passant de l'anxiété à la culpabilité, la honte, le sentiment d'échec maternel. Enfin, 3 critères de vulnérabilité ressortent : l'anxiété, la fatigue et l'isolement.

Conclusion : Il semble important de dépister en anténatal les femmes à risque de développer des PI et de diagnostiquer les PI en post-natal ainsi que d'informer sur la période du post-partum et inciter à un suivi rapproché pendant cette période. Cela implique de former les professionnels à la psychologie périnatale.

Mots clés : phobies d'impulsion, post-partum psychologie périnatale

ABSTRACT

Problematic : How do postpartum impulse phobias (IP) influence mothers's experiences of this period?

Objectives: The aim of this study is to understand the experience of mothers during the postpartum period when it is punctuated by IP and to highlight their expectations of the medical profession.

Hypotheses: The appearance of IP in the postpartum period would play a role in the development of Caregiving, the emotional state of the postpartum mother would be influenced by the appearance of IP during this period, the IPs would increase the isolation of the postpartum mother

Method: A qualitative method was used for this study through 10 semi-directive interviews with women who had experienced a postpartum period marked by IP.

Results: This study shows that Caregiving can be impacted for mothers developing avoidance strategies to their IP. Also, mothers are isolated in their caregiving journey regarding their intrusive thoughts. Secondly, the mother's emotional state is strongly impacted, ranging from anxiety to guilt, shame, and feelings of maternal failure. Finally, 3 criteria of vulnerability stand out: anxiety, fatigue and isolation.

Conclusion: It seems important to screen women at risk of developing impulse control phobias in the antenatal period and to diagnose IP in the postnatal period, as well as to provide information about the postpartum period and to encourage a close follow-up during this period. This implies training professionals in perinatal psychology

Key words : impulse phobias, post partum, perinatal psychology