



HAL
open science

Vécu de la dépression du post-partum du point de vue des patientes : étude qualitative par approche phénoménologique

Léa Malleret

► **To cite this version:**

Léa Malleret. Vécu de la dépression du post-partum du point de vue des patientes : étude qualitative par approche phénoménologique. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04769926

HAL Id: dumas-04769926

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04769926v1>

Submitted on 6 Nov 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2024

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 18/06/2024

Par

Léa Malleret

**Vécu de la dépression du post-partum du point de vue des
patientes: Etude qualitative par approche phénoménologique**

Dirigée par Mme la Docteure Aïcha Issa
et Mme la Docteure Fanny Huyard

JURY

Mme la Professeure Professeure Isabelle Aubin-Auger

Présidente

Mme la Docteure Aïcha Issa

Directrice

Mme la Docteure Fanny Huyard

Directrice

Mme la Docteure Armelle Grangé-Cabane

Membre du jury

Remerciements

Madame la Professeure Isabelle Aubin-Auger, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse et de juger mon travail.

Madame la Docteure Armelle Grangé-Cabane, merci d'avoir accepté de faire partie du jury et de m'apporter ton regard sur le sujet, merci également pour tes enseignements au sein du DMG et les échanges toujours enrichissants.

Madame la Docteure Aïcha Issa, merci d'avoir répondu il y a plus de deux ans maintenant à mon mail, d'avoir accepté de me rencontrer et surtout d'avoir accepté la direction de ma thèse. Ton expertise méthodologique et ton intérêt pour le sujet m'ont été d'une aide précieuse. Je te remercie pour ton accompagnement pendant ces années, cette thèse n'aurait pas été la même sans toi.

Madame la Docteure Fanny Huyard, merci d'avoir accepté de prendre cette codirection de thèse il y a quelques mois maintenant. Merci pour ton soutien précieux dans cette dernière ligne droite et pour ta bienveillance.

À toutes les femmes qui m'ont fait confiance en acceptant de me raconter leurs histoires, ce travail n'aurait pas été possible sans vous. Très bonne continuation à vous toutes.

Aux médecins rencontrés pendant mon parcours d'internat et qui ont fait de moi en partie le médecin que je suis aujourd'hui. Des mercis plus particuliers : à Émilie Bourges, tu m'as donné le goût de la médecine générale, merci de m'avoir montré toute la beauté de cette spécialité ; à l'équipe de médecine interne de la Croix Simon et particulièrement à Wladimir Mauhin, merci pour ta bienveillance, j'ai beaucoup appris à tes côtés ; à Élodie Sasia et ces six mois passés avec toi à Clichy ; à Mathilde Andlaeur, merci pour ton accueil au CIVG et ta douceur ; à Véronique Morel, je suis heureuse d'avoir été ton avant-dernière interne, merci pour ton regard toujours juste, tes conseils pour être une meilleure soignante, tes récits de voyage et tes sessions Duolingo en italien ; à Valérie Douillard, Marina Lavigne, Thomas Tarjus, Mathilde Chouquet et votre accueil au cabinet Condorcet où l'on se sent si bien. Thomas merci de m'avoir parlé de ce remplacement à la MSP Jean Jaurès, c'est toujours un plaisir de vous croiser à la MMG.

À toute la MSP Jean Jaurès, pour votre accueil pour mon premier remplacement il y a maintenant un an et demi, merci pour cette ambiance dans laquelle il fait bon travailler.

Audrey, Pei, Toutah, Sonia : merci pour votre bienveillance, votre patience, votre confiance et votre soutien, pour les rires et les chocolats, je n'aurais pas pu rêver mieux comme premier remplacement, preuve en est : je ne vous ai pas quittées depuis que j'ai mis les pieds chez vous. Je pense aussi à celles qui sont parties dde la MSP et avec qui ça a été un plaisir de travailler : Aude, merci de m'avoir ouvert les portes ; Mathilde, j'ai été très heureuse de te remplacer aussi ; Claire, on aura l'occasion de se recroiser d'un côté ou de l'autre du canal.

À ma team de co-remplaçants, pour les avis, les coups de main, les rires et les verres. Marion, je suis heureuse que nos chemins se soient croisés sente des Dorées. Antoine, même si tu es passé de l'autre côté en t'installant, tu resteras un de mes premiers co-remplaçants. Lallie, ça a été un plaisir de partager ces quelques mois avec toi, merci pour les goûters et ton oreille

toujours attentive. Manon et Vithiya, les journées ne seraient pas les mêmes sans vous. Merci aussi Marion, Romane, Fella et tous les autres.

À la team des kinés, Brice, Stéphane, Lucie, Jean-Mathieu : pour votre bonne humeur, les discussions, les cafés partagés, les aides quand il s'agit de bricoler ou de résoudre un problème informatique. De médecin me voilà enfin docteur, tel un rhododendron en fleurs :) Merci Makhoul et Sanja, pour les chocolats, les bonbons et les petites attentions. Merci aussi Christophe, Pascal, Audrey, Tania, c'est un plaisir de travailler avec vous.

Aux filles du foyer la Ruche, à Cécile, Raphaëlle, Pauline : parce que ces deux premières années n'auraient pas été les mêmes sans vous. Même si nos parcours et nos chemins se sont éloignés, les souvenirs de ces deux années restent gravés, alors merci.

À ma Belle Brochette de Zouz, mes plus belles rencontres de ces années d'externat. Bientôt nos dix ans, elles sont loin nos journées à la BU, nos before et nos soirées caves. De co-externes nous voilà confrères. Raf ma CoLove depuis déjà presque cinq ans, à toutes nos soirées en robe de chambre, nos discussions, nos essais culinaires, nos galères d'appart. Caro, me voilà bientôt témoin de ton mariage avec Attilio (Titi), je suis heureuse de faire partie de ta vie et de cette belle aventure, merci pour tout. Gwéna merci pour ta bonne humeur, ton amitié si précieuse et la découverte des Saint-Germain Spritz. Team Raclette for ever ; les filles, bon courage dans cette dernière ligne droite pour vous aussi, bientôt votre tour. Merci Lolo ma bretonne préférée (rendez-vous au Mont Ventoux ?), Sandya, Fabio, Claire, pour nos vacances en Corse, nos week-ends pour vos thèses, notre conversation spéciale commérages mariages et bébés, merci Julie, Juliette, Charlotte. J'espère qu'on continuera encore longtemps à se retrouver ; après Dreux, Chartres ou Angers, on a encore plein de coins à découvrir.

À tous ces co-internes avec qui j'ai partagé ces trois ans d'internat. Merci surtout à Léa et Luigi pour ces six mois chez Lidove, à nos soirées Pizza-Lanta, merci pour votre soutien, votre gentillesse et votre présence dans les coups de mou.

Un grand merci à ma team Cochin, celle du covid, nos photos masquées sur les murs du SAU marquent encore le souvenir de ces mois passés ensemble. Mes premiers co-internes, Flora, Jenny, Tania, Marie, Isa, Fabien, Tim, Marie : je n'aurais pas pu rêver meilleure équipe pour commencer mon internat et vivre cette période. Mes infirmiers préférés, Auriane, Charles, Fanny, Julie, Pinky et tous les autres. À nos soirées clandestines et celles qui ont suivi, aux moments partagés aux urgences et en dehors, c'était un bonheur de croiser votre chemin.

À la bande des bébés, des bières et des copains et aux nombreux enfants qui ont rejoint l'équipe, faisant de moi une tata de cœur comblée. Les années passent et les amitiés se renforcent, je vous aime.

Manon : merci pour ton amitié si précieuse, pour toutes ces aventures vécues ensemble depuis ces longues années. De ces folles soirées parisiennes ou conflanaises, à la rencontre de Siméon qui fait de moi une tata gaga, en passant par ton mariage avec Tim dont j'ai eu l'honneur d'être témoin, il s'en est passé des choses. Timothée, merci pour ta gentillesse et ton amitié, à mon tour de devenir docteur.

Léa & Vianney : merci de m'avoir confié ce rôle si précieux de marraine de Robin, qui me fait grandir à ses côtés, je suis heureuse de faire partie de votre famille. Merci pour tout ton soutien Léa et de prendre toujours autant soin des autres. Robin, quelle fierté d'être ta marraine, merci

pour le petit homme que tu es, pour tout l'amour que tu me donnes, merci de me faire voir le monde à hauteur d'enfant, je serais toujours là pour toi. Romane, merci pour tes câlins, ton sourire et tes rires communicatifs.

Romarc, mon vieux copain, merci pour toutes ces années d'amitié, ton soutien sans faille dans les joies et dans les peines, merci de faire partie de ma vie. Mathilde, merci pour tout, ça y est, c'est à mon tour, hâte de la vie d'après, je nous souhaite plein de bonheur dans nos vies professionnelles, quelle que soit la forme qu'elles prendront. Et merci Gustave pour tout l'amour que tu apportes.

Susie & Charles, votre petit poi(d)s devient un peu plus grand ça y est. De toute façon, ce statut sera très bientôt pris par votre petit gars que j'ai si hâte de rencontrer. Merci pour votre amitié, votre soutien et de toujours prendre soin de moi.

Jeanne, pas loin de dix ans d'amitié déjà et tant de moments vécus et de souvenirs partagés, merci pour tout, ça a été précieux de grandir à tes côtés. Charles, merci pour ta gentillesse, les conversations toujours enrichissantes et ton ouverture sur le monde. J'ai hâte de rencontrer votre mini-vous.

Baptiste et Goëry, merci d'être presque toujours dispos depuis toutes ces années quand il s'agit d'aller boire un verre, écouter un concert, faire la fermeture des bars ou prévoir des vacances en Irlande à cinq heures du matin. Pour tous les moments partagés, les soirées passées et les projets à venir.

Baptiste, merci pour toutes ces bières trinquées, toutes ces discussions enflammées et ces concerts de fanfare.

Goëry, merci pour ton soutien, pour toutes les glaces partagées et les librairies visitées, les balades à Montmartre et les idées de sujet de thèse quand j'étais en galère (tes propositions n'auront pas été retenues, j'espère que tu m'en veux pas), merci pour tout.

Gaëtan, même si j'ai jamais vraiment compris ta passion pour les cailloux, merci pour toutes ces années. Depuis les bancs de l'école jusqu'à Madagascar, on en aura vécu des choses. Et ce n'est pas fini, tu pourras bientôt m'expliquer la géologie des falaises de Moher ou du Burren.

Marie, ma copine de toujours, depuis les tapis de l'Éveil à la foi. Je suis heureuse que nos chemins continuent à se suivre. Merci pour les discussions toujours enrichissantes, ton oreille attentive, ton regard sur le monde et pour toutes les années d'amitié qui suivront.

Merci Lys-Paul & Marianne (et vos deux garçons incroyables, Isaiïah et Elijah), pour votre soutien et votre écoute, et pour votre intérêt et votre aide pour ma thèse.

Merci Gwladys pour tes partages et ton intérêt pour mon sujet, à très vite en Bretagne pour te voir avec tes petits (et moins petits) gars. Merci Victor, pour nos années de co-chefs chez les Kangooranges, & Lucie, à mon tour cette fois-ci. Camille, merci pour tes conseils en couture, hâte de m'y remettre et de partager avec toi les projets à venir. Merci Florian (on peut en parler maintenant, le sujet thèse n'est plus tabou), Martin, Fred, Lucie. Merci à vous tous les copains plus ou moins anciens, qui faites partie de ma vie et à tous ceux que je n'ai pas cités.

À vous toutes mes copines qui êtes devenues mamans ou qui allez bientôt le devenir. Vous ne m'avez pas quittée dans ce travail de thèse.

À tous les jeunes dont j'ai eu la chance d'être la cheftaine, aux parents qui m'ont fait confiance en me confiant leur enfant, à toutes les personnes qui m'ont accompagnée durant toutes ces années scouts. Merci particulièrement à vous, Jean-Marc & Bernadette, et Marie-Noëlle & Benoît, pour votre accompagnement, votre bienveillance, votre soutien dans le scoutisme, mais aussi bien au-delà. Cet engagement durant ces années m'aura fait grandir.

À mes grands-parents, Papi André, Mamie Jeannette, Papi Michel : je suis sûre que vous auriez été fière de moi. Mamie Monique, même si ta mémoire défaille et que les médecins t'embêtent, j'espère que tu es fière de ta petite-fille enfin devenue docteure. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

À toute ma grande famille Malleret et Piton, tous mes oncles et tantes, cousins et cousines, de sang ou de cœur, petits-cousins et cousines, merci pour votre soutien. Françoise et Jean-Paul, merci pour cette semaine de thèse face à la mer l'an dernier, la prochaine fois je reviendrai juste pour profiter de la vue, de la plage et de votre accueil. Claudia, un merci tout particulier, pour ton oreille toujours attentive, pour ton intérêt pour mon sujet et pour ton aide quand je cherchais à recruter des patientes. Magalie, ma cousine chérie, merci pour tout, je nous souhaite du bonheur et de l'amour à foison, quels que soient nos chemins futurs.

À ma famille. Papa et Maman : merci pour votre soutien émotionnel et logistique sans faille depuis toujours, j'espère vous rendre fière. Simon mon petit frère devenu grand, Justin mon grand frère devenu papa, je suis heureuse d'être votre sœur. Amélie ma super belle-sœur, merci pour tout, je suis ravie que tu fasses partie de ma famille. Éloïse, ma nièce d'amour, merci pour tout l'amour et le bonheur que tu apportes autour de toi, pour tes sourires et tes câlins. Et bien sûr une pensée pour Louis, mon premier neveu pour toujours. Je vous aime.

Résumé et indexation en français

Vécu de la dépression du post-partum du point de vue des patientes : étude qualitative par approche phénoménologique

Résumé :

Introduction : Malgré l'importance établie du dépistage et de la prise en charge de la dépression du post-partum, problème de santé publique essentiel, cette pathologie reste sous-diagnostiquée en France. Les études qualitatives s'intéressant à la dépression du post-partum en médecine générale sont rares et ont principalement cherché à recueillir le point de vue des médecins. L'objectif de cette étude est, dans un premier temps, d'explorer le vécu des femmes ayant traversé une dépression post-partum et dans un second temps, d'analyser le rôle tenu par leur médecin traitant dans leur prise en charge.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative, en utilisant la phénoménologie interprétative, auprès de femmes ayant vécu une dépression du post-partum dans les deux ans précédant le recrutement. Treize entretiens semi-dirigés ont été effectués entre mars 2023 et février 2024.

Résultats : Les résultats nous montrent la difficulté du vécu de cette dépression, par l'intensité de ses symptômes et ses multiples retentissements sur la sphère personnelle, familiale et sociale. Sa survenue dans une période postnatale elle-même riche en bouleversements et perçue socialement comme source de bonheur et d'accomplissement, rend difficile l'expression de la souffrance psychique par les patientes confrontées au tabou de la dépression postnatale, et complique son dépistage. L'impact des professionnels de santé dans le vécu du long parcours diagnostique et thérapeutique est essentiel. Des qualités d'écoute et de réassurance sont attendues par les patientes et la relation de confiance avec le médecin traitant est particulièrement appréciée. Le soutien familial et amical et le partage d'expériences avec des pairs sont primordiaux. Un meilleur accompagnement au post-partum, une prise en compte de la santé psychique pendant la période périnatale et l'intégration du père à la prise en charge sont autant d'attentes exprimées par les patientes.

Discussion et conclusion : Le dépistage et la prise en charge des patientes souffrant de dépression du post-partum semblent encore perfectibles. L'entretien postnatal précoce instauré en 2022 pourrait contribuer à une amélioration et son impact reste à étudier. Informer les femmes sur la dépression postnatale pendant la période périnatale semble essentiel et contribue à briser le tabou qu'elle représente. Il est aussi important de renforcer la place du médecin traitant afin qu'il soit un soutien de choix des patientes et de prendre en compte le partenaire dans la prise en charge de la dépression maternelle du post-partum.

Spécialité : Médecine générale

Mots clés : dépression du postpartum, prise en charge postnatale, médecins généralistes, diagnostic précoce, recherche qualitative

Forme : Dissertation universitaire. Rameau : Thèses et écrits académiques

Résumé et indexation en anglais

Experiencing postpartum depression from the patients' perspective:

A qualitative study using a phenomenological approach.

Abstract:

Introduction: Postpartum depression represents a significant public health issue and the importance of its screening and treatment is well-established. However, this pathology remains underdiagnosed in France. Qualitative studies on postpartum depression in general practice are scarce, with the majority of existing research focusing on gathering the perspectives of medical professionals. The objective of this study is twofold: firstly, to examine the experiences of women who have suffered from postpartum depression, and secondly, to assess the role of their general practitioner in their care.

Method: A qualitative study employing interpretative phenomenology was conducted with women who had experienced postpartum depression in the two years prior to recruitment. Thirteen semi-structured interviews were conducted between March 2023 and February 2024.

Results: The results demonstrate the profound difficulties experienced by those afflicted with this form of depression, due to the intensity of its symptoms and the far-reaching repercussions on the personal, familial, and social spheres. The upheavals occurring during the postnatal period are socially perceived as a source of happiness and fulfilment for women. This makes it difficult for patients to express psychological suffering, which contributes to a general taboo on postnatal depression and complicates its detection. The impact of healthcare professionals on the patient's experience of the long diagnostic and therapeutic process is essential. Patients expect healthcare professionals to listen to them and reassure them, and they value the relationship of trust with their general practitioner. Support from family and friends, and sharing experiences with peers, are essential. Patients expressed expectations of better post-partum support, consideration of psychological health during the perinatal period, and the inclusion of the father in the care provided.

Discussion and conclusion: The detection and care of patients suffering from postpartum depression could be improved. The introduction of mandatory early postnatal interviews in 2022 could potentially contribute to this improvement, although the impact remains to be studied. It is crucial to inform women about postnatal depression during the perinatal period, as this helps to break the taboo surrounding this condition. It is similarly vital to reinforce the role of the general practitioner as the primary source of support for patients, and to consider partners in the care of maternal postpartum depression.

English keywords: postnatal depression, postnatal care, general practitioners, early diagnosis, qualitative research

Publication type: Academic Dissertation

Liste des abréviations

- ATCD : antécédent
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CMP : centre médico-psychologique
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
- CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes
- DPP : dépression du post-partum
- ELFE : Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance
- EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale
- EPP : entretien prénatal précoce
- FDA : Food and Drug Administration
- HAD : hospitalisation à domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HDJ : hospitalisation de jour
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- IPA : interpretative phenomenological analysis
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- ISRS : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- MT : médecin traitant
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- PP : post-partum
- PPN : période postnatale
- PS : professionnels de santé
- RDV : rendez-vous
- RGO : reflux gastro-œsophagien

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
RÉSUMÉ ET INDEXATION EN FRANÇAIS	6
RÉSUMÉ ET INDEXATION EN ANGLAIS.....	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
TABLE DES MATIÈRES	9
1 - INTRODUCTION.....	12
1.1 Généralités sur la dépression du post-partum.....	12
1.1.1 Définition et épidémiologie.....	12
1.1.2 Sémiologie.....	12
1.1.3 Prise en charge	14
1.1.4 Conséquences et complications.....	14
1.2 Suivi postnatal des femmes en France et place de la santé psychique	15
1.2.1 Enjeu d'actualité et de santé publique	15
1.2.2 État du suivi postnatal des femmes en France	15
1.2.3 Place du médecin traitant.....	16
1.3 Justification de la question de recherche	17
2 - MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	18
2.1 Choix du type d'étude.....	18
2.2 Population d'étude	18
2.2.1 Échantillonnage.....	18
2.2.2 Mode de recrutement.....	19
2.3 Recueil des données.....	20
2.3.1 Entretien individuel semi-dirigé.....	20
2.3.2 Guide d'entretien.....	20
2.3.3 Conditions de recueil des données.....	21
2.3.4 Retranscription des données	22
2.4 Analyse des données.....	22
2.5 Aspects éthiques et réglementaires	23
2.5.1 Cadre légal.....	23
2.5.2 Déclaration CNIL et comité d'éthique	23
3 - RÉSULTATS.....	24

3.1 Description des données.....	24
3.1.1 Caractéristiques des participantes.....	24
3.1.2 Caractéristiques des entretiens	26
3.2 Résultats de l'analyse.....	27
3.2.1 Vécu de la période postnatale chez les patientes interrogées : une période décrite comme éprouvante et faite de nombreuses désillusions	27
3.2.2 Vécu de la dépression post-partum : une symptomatologie intense et dévastatrice	36
3.2.3 Des facteurs de risque identifiés dans la survenue de cette dépression post-partum	43
3.2.4 Une dépression postnatale aux conséquences dévastatrices	51
3.2.5 Du diagnostic à la guérison : un parcours long et difficile	56
3.2.6 Rôle central des professionnels de santé rencontrés : leur impact bénéfique ou délétère.....	67
3.2.7 Une amélioration nécessaire de l'accompagnement des femmes en pré et post-partum : des attentes et besoins exprimés	73
3.2.8 La dépression du post-partum : un sujet qui reste tabou.....	79
4 - DISCUSSION	85
4.1 Synthèse des principaux résultats	85
4.2 Comparaison avec la littérature.....	88
4.2.1 Dépression du post-partum : symptomatologie, facteurs de risque	88
4.2.2 Impact sur les interactions mère-enfant et sur le développement de l'enfant	89
4.2.3 Freins au dépistage de la dépression du post-partum	90
4.2.4 Traitement antidépresseur et dépression du post-partum	91
4.2.5 Accompagnement et information sur la dépression du post-partum en période prénatale	92
4.2.6 Vécu de la période postnatale et de son accompagnement médical	94
4.2.7 La dépression postnatale paternelle.....	95
4.2.8 Place du père dans la prise en charge de la dépression du post-partum maternelle et dans la période périnatale	96
4.2.9 Prévention, dépistage, prise en charge de la dépression du post-partum. Entretien postnatal précoce....	97
4.3 Forces et limites de l'étude	100
4.3.1 Forces de l'étude	100
4.3.2 Faiblesses et limites de l'étude	101
4.4 Perspectives.....	103
4.4.1 Pour la recherche	103
4.4.2 Pour la pratique en médecine générale, l'enseignement et la formation	104
4.4.3 Pour l'organisation des soins	105
5 - CONCLUSION	106
BIBLIOGRAPHIE.....	107
TABLE DES FIGURES.....	115
TABLE DES TABLEAUX	116

ANNEXES.....	117
Annexe n°1 : Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : version validée en français	117
Annexe n°2 : Grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research).....	119
Annexe n°3 : Extraits du journal de bord	121
Annexe n°4 : Affiche de présentation du projet de recherche, à destination des patientes.....	122
Annexe n°5 : Guide d’entretien : version initiale et troisième et dernière version du guide	123
Annexe n°6 : Extrait des entretiens : entretien 10 dans son intégralité	125
Annexe n°7 : Note d’information à destination des patientes	131
Annexe n°8 : Formulaire de consentement à la recherche	133
Annexe n°9 : Avis favorable du Comité Ethique du CNGE	134

1 - Introduction

1.1 Généralités sur la dépression du post-partum

Après avoir vécu la grossesse et la naissance de l'enfant, la période du post-partum est un moment d'ajustement majeur pour la nouvelle mère. C'est une période particulière de vulnérabilité en raison de tous les changements qu'elle implique : modifications corporelles et biologiques brutales, nouveau rôle social et familial. Même dans un environnement médico-social idéal, la survenue de difficultés au cours de cette période est fréquente, tant sur le plan maternel que sur celui du nourrisson (1). C'est notamment une période de risque accru de survenue de l'ensemble des troubles psychiques, dont la dépression du post-partum est le plus fréquent (2).

1.1.1 Définition et épidémiologie

La dépression du post-partum est définie dans la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies) comme un épisode dépressif caractérisé apparaissant avant la 6^e semaine post-accouchement (3). Cependant, cette définition est élargie à la première année après l'accouchement de façon plus générale dans la littérature (4,5).

C'est une pathologie très fréquente, qui toucherait 15 à 30% des femmes selon les études, soit près de 100 000 femmes chaque année en France (6). Une méta-analyse réalisée en 2017 retrouve une prévalence en France de 18% (7). La dernière enquête nationale périnatale menée par l'Inserm et Santé Publique France en 2021 montre que 16,7% des femmes présentent une dépression du post-partum à deux mois de leur accouchement (8). De plus, sur la population étudiée de plus de 7000 femmes, 27,6% avaient des manifestations anxieuses, et 5,4% déclaraient des idées suicidaires (9).

1.1.2 Sémiologie

Les principaux symptômes retrouvés dans la dépression du post-partum (aussi appelée dépression postnatale) sont une tristesse de l'humeur, avec un sentiment d'incapacité concernant sa fonction de mère et une perte d'estime de soi ; une labilité émotionnelle ; et une

anxiété centrée sur le bébé, s'exprimant surtout par des phobies d'impulsion, des craintes de faire du mal à son enfant et un évitement du contact avec celui-ci (5). Sa présentation clinique affiche certaines particularités, rendant plus difficile le repérage de cette pathologie (5). Les plaintes somatiques sont parfois au premier plan, avec un épuisement physique majeur (10). Par ailleurs, le poids du facteur socioculturel, selon lequel la naissance d'un enfant est par essence un évènement heureux (1), conduit à un sentiment de forte culpabilité maternelle, voire de honte, entraînant une minimisation des symptômes, voire une dissimulation à l'entourage (5).

D'un point de vue physiopathologique, certaines études suggèrent le rôle des neurostéroïdes dans le développement de la dépression du post-partum, et ont montré que la chute de l'allopregnanolone (neurotransmetteur produit à partir de la progestérone, agissant sur les récepteurs GABA - acide γ aminobutyrique) était directement associée aux symptômes de cette pathologie (11,12).

La dépression du post-partum doit bien être différenciée du baby-blues, état transitoire associant anxiété, irritabilité, fatigue et labilité émotionnelle, touchant 30 à 80% des femmes dans les premiers jours après l'accouchement. Il n'est pas pathologique, et peut être considéré comme un état physiologique adaptatif. Cependant, il doit être considéré comme un facteur de risque de dépression ultérieure si les symptômes perdurent plus de deux semaines ou s'ils sont sévères (5).

Les facteurs de risque sont connus, mais cette pathologie peut aussi survenir en l'absence d'antécédent psychiatrique, de facteur de risque environnemental ou malgré le bon déroulement de la grossesse (11). On notera notamment une prévalence plus élevée dans les âges dits extrêmes (avant 20 ans, et après 35 ans), en cas de primiparité, d'antécédents psychiatriques, d'antécédents d'abus ou maltraitance, de situation socio-économique précaire, de complications maternelles ou fœtales pendant la grossesse, ou encore d'accouchement traumatique (5). L'existence de symptômes anxio-dépressifs pendant la grossesse est également un facteur de risque important, puisque près de 50% des épisodes dépressifs caractérisés pendant la période du post-partum débutent en pré-partum (13). De même, un antécédent de dépression postnatale est à rechercher, le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure étant de plus de 25% (10).

1.1.3 Prise en charge

La prise en charge thérapeutique de la dépression du post-partum repose, comme un épisode dépressif caractérisé en dehors de la période postnatale, sur l'association de psychothérapies et de traitements médicamenteux antidépresseurs de la famille des ISRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) tels que la sertraline ou la paroxétine (11).

De nouvelles perspectives thérapeutiques sont actuellement étudiées. Sur le plan médicamenteux, une molécule dérivée de l'alloprégnanone, appelée la brexanolone, a été développée aux États-Unis. Elle est administrée par voie intraveineuse continue pendant 72h et exerce un effet antidépresseur rapide. Cette molécule a reçu en 2019 l'approbation de la FDA (Food and Drug Administration) et est commercialisée dans l'indication de la dépression du post-partum aux États-Unis ; cependant elle n'est pas encore autorisée en France à l'heure actuelle (11,14). De nouvelles perspectives psychothérapeutiques se développent également, se basant sur les outils de thérapies cognitives et visant à cibler les croyances maternelles dysfonctionnelles (11).

1.1.4 Conséquences et complications

Les complications de la dépression du post-partum sont majeures. En effet, selon le dernier rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en France, publié en avril 2024, les suicides représentent la première cause de mortalité maternelle (dans la période allant de la conception à la première année après la naissance) (8). Ils surviennent en grande majorité après 42 jours de post-partum, avec un délai médian entre 4 et 5 mois. Cette enquête, réalisée entre 2016 et 2018, met en évidence dans la survenue de ces suicides une forte proportion de soins non optimaux (72%), notamment en pré conceptionnel et prénatal. Elle met également en évidence une très grande part de morts évitables (79%). Les facteurs d'évitabilité identifiés comprennent entre autres un défaut diagnostique, un défaut d'identification du risque de fragilité psychique, un traitement non adapté, un défaut d'interaction entre la patiente et le système de soins et un défaut d'organisation des soins (8).

Par ailleurs, le risque d'une altération des relations précoces entre la mère et l'enfant est majeur, pouvant entraîner des retards du développement psychomoteur du nourrisson, des troubles de l'attachement et un surrisque pour l'enfant d'être victime de carences, négligences ou maltraitance (15).

1.2 Suivi postnatal des femmes en France et place de la santé psychique

1.2.1 Enjeu d'actualité et de santé publique

Depuis plusieurs années, l'accompagnement des femmes pendant la période du post-partum, particulièrement sur le plan psychologique, est un sujet de santé publique d'actualité qui a fait l'objet de nombreuses recherches. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a notamment publié en 2013 des directives dans lesquelles elle suggère que chaque femme doive être interrogée dans les deux semaines après la naissance de son enfant sur la présence de symptômes psychiques ou dépressifs (16). Elle va même plus loin dans ses nouvelles recommandations en 2022. Elle préconise un dépistage systématique de la dépression du post-partum à l'aide d'échelles validées (telles que l'Edinburgh Postnatal Depression Scale ou EPDS) (annexe n°1) (17,18) et que chaque contact de soin avec un professionnel de santé pendant la période postnatale donne lieu à une interrogation des mères sur leur bien-être mental et émotionnel. L'OMS recommande également, dans la prise en charge de toutes les femmes, la réalisation d'interventions psychosociales à type de psychoéducation pour les aider à développer des stratégies d'adaptation et de gestion du stress, à la fois en anté et postnatal, afin de prévenir la dépression et l'anxiété (17).

En France, les pouvoirs publics ont également fait de la période du post-partum une priorité, à travers le rapport des 1000 premiers jours publié en 2020 (19) et le site internet du même nom. Une partie de cette plateforme à destination du public, élaborée par l'agence nationale de santé Santé Publique France, est consacrée à l'information sur la dépression du post-partum, et à son dépistage (20). En outre, des recommandations sont en cours d'élaboration par la Haute Autorité de Santé sur le thème « Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles périnataux », et toujours en attente de publication (15).

1.2.2 État du suivi postnatal des femmes en France

Il existe une différence quantitative importante entre le suivi proposé aux femmes pendant leur grossesse, une consultation mensuelle, et après leur accouchement : la consultation postnatale et depuis peu un entretien postnatal précoce.

En effet, cette mesure, préconisée par la Haute Autorité de Santé depuis 2014, a été concrétisée depuis le 1^{er} juillet 2022. Cet entretien postnatal précoce obligatoire est destiné à détecter les premiers signes de dépression du post-partum. Son objectif est de repérer de façon précoce ses

symptômes cliniques et les facteurs de risque qui y exposent et d'évaluer les besoins d'accompagnement de la femme et du conjoint. Il est réalisé entre la 4^e et la 8^e semaine après l'accouchement, par un médecin ou une sage-femme. Un deuxième entretien peut être proposé par la suite entre la 10^e et 14^e semaine suivant l'accouchement, par ce même professionnel de santé pour poursuivre l'accompagnement ou à la demande du ou des parents. Ces entretiens sont pris en charge aux taux habituels, soit 70% par l'assurance maladie obligatoire (21,22). Cet entretien s'ajoute à la consultation médicale postnatale prévue dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement, également obligatoire et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Cette consultation est destinée à faire le point sur l'état de santé de la mère, sur l'allaitement et les relations avec l'enfant, sur la contraception et la rééducation du post-partum et donne lieu à un examen clinique de contrôle (22).

En dehors de ces deux consultations, de nombreuses situations amènent les femmes à consulter après la naissance de leur enfant : pathologies aiguës touchant leur enfant ou elle-même, consultations de suivi du nouveau-né puis du nourrisson, vaccinations, etc. Autant de prises de contact qui sont des opportunités pour le dépistage de la dépression du post-partum chez les nouvelles mères.

1.2.3 Place du médecin traitant

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le suivi des femmes, au cours de leur grossesse d'abord, comme le recommande la Haute Autorité de Santé pour le suivi des grossesses sans risque ou à faible risque (23). On note qui plus est une progression de la participation des médecins généralistes aux suivis de grossesse. On constate notamment que les jeunes praticiens sont de plus en plus enclins à suivre les femmes enceintes par rapport à leurs aînés. De plus, du fait de l'évolution de la démographie médicale, les médecins généralistes sont de plus en plus impliqués dans ce suivi et par la suite dans celui de la mère et du nourrisson lors de la période postnatale (24). Par ailleurs, la HAS préconise une continuité du suivi avec le même professionnel de santé en pré et post-partum (25).

Le médecin généraliste est donc en première ligne et occupe une place majeure dans la prévention et le diagnostic précoce de la dépression du post-partum. La relation de confiance pouvant exister entre la patiente et son médecin traitant offre un espace de parole sécurisant. Lorsque le diagnostic de dépression du post-partum est suspecté, il est le plus à même d'assurer une prise en charge globale et un suivi à la fois de la mère et de l'enfant, tout en orientant vers

des professionnels et des structures de soin adaptés, par l'intermédiaire des réseaux de santé périnatale locaux (11).

1.3 Justification de la question de recherche

Malgré l'importance établie du dépistage et de la prise en charge de cette pathologie, problème de santé publique essentiel, elle reste aujourd'hui sous-diagnostiquée en France. Seules 50% des femmes souffrant d'une dépression postnatale seraient diagnostiquées par un professionnel de santé (5,10) et seulement un tiers bénéficieraient d'une prise en charge adaptée (11).

Il existe pourtant des outils de dépistage validés, comme le questionnaire EDPS (18) et sa version française validée (annexe n°1) (26). Mais il existe aussi un manque d'information des patientes et un manque de formation des professionnels de santé. Dans une thèse publiée en 2023, les médecins généralistes décrivent le manque de ressources, de temps et le sentiment d'impuissance comme freins au dépistage et à la prise en charge des patientes (27). D'autre part, on retrouve dans un autre travail de thèse réalisé en 2018 qu'un tiers des femmes ne sont pas satisfaites de la prise en charge psychologique par les professionnels de santé pendant la période du post-partum, proportion d'autant plus importante si elles présentent des facteurs de risque de dépression postnatale (jusqu'à 38%) (28). Selon les femmes, l'état psychologique pendant cette période fait partie des thèmes essentiels à aborder, notamment au cours de la visite postnatale et fait pourtant partie des thèmes les moins souvent évoqués au cours de celle-ci (29).

Les thèses qualitatives s'intéressant à la dépression du post-partum en médecine générale sont rares et ont principalement cherché à recueillir le point de vue des médecins (30,31). Au moment de commencer ce travail de recherche, seule une thèse remontant à 2016, réalisée en Normandie et se penchant sur le point de vue des patientes a été retrouvée, la question principale de l'étude étant la place du médecin traitant dans leur prise en charge (32).

Nous avons voulu nous concentrer dans notre travail de recherche sur le vécu des femmes ayant traversé une dépression post-partum. Dans un premier temps, l'objectif de l'étude est donc d'explorer le vécu de ces femmes, concernant leur parcours et leur prise en charge, afin d'identifier leurs besoins et leurs attentes. Dans un second temps, nous avons voulu analyser le rôle tenu par leur médecin traitant dans leur prise en charge.

2 - Matériel et méthode

2.1 Choix du type d'étude

Le travail de recherche réalisé pour cette thèse est une étude qualitative, ayant pour objectif principal d'explorer le vécu des femmes ayant traversé une dépression du post-partum. L'objectif secondaire était de comprendre la place de leur médecin généraliste dans leur prise en charge.

En ce qui concerne la méthode d'analyse des données, nous avons choisi une approche inspirée de la phénoménologie interprétative. Notre but était en effet d'explorer la manière dont l'expérience de la dépression postnatale a été ressentie et comprise par les femmes qui l'ont vécue et cette approche nous a semblé la plus adaptée.

Pour nous aider à la conception et à l'écriture du protocole de recherche qualitative, nous avons utilisé la grille de recherche COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (33) et sa version française (34) (annexe n°2).

Un journal de bord a été tenu sous la forme d'un traitement de texte rédigé chronologiquement, afin de servir d'outil réflexif tout au long du travail de thèse, depuis l'élaboration du sujet, en passant par la collecte et l'analyse des données. Il a permis de consigner à l'écrit les questionnements et réflexions, les notes de terrain suite à la réalisation des entretiens, ainsi que de rendre compte d'étapes marquantes (extraits en annexe n°3).

2.2 Population d'étude

2.2.1 Échantillonnage

La population d'étude a été choisie selon le principe de l'échantillonnage dirigé et homogène, tout en essayant de faire varier certaines caractéristiques qui nous ont semblé pertinentes au fur et à mesure du recueil et de l'analyse des données.

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants :

- Femmes ayant vécu une dépression du post-partum (diagnostic posé ou évoqué par un professionnel de santé) il y a deux ans maximum. Le délai de deux ans a été choisi afin

de limiter le biais de mémorisation, sans trop restreindre notre population cible et faciliter le recrutement des patientes.

- Personnes majeures, consentantes à l'entretien et à son enregistrement pour la retranscription et maîtrisant la langue française

Les critères de non-inclusion définis étaient :

- Femmes mineures, femmes refusant la réalisation ou l'enregistrement de l'entretien, difficultés de compréhension ou d'expression de la langue française
- Diagnostic de dépression du post-partum seulement évoqué par la patiente ou ses proches, sans confirmation par un professionnel de santé. Ce critère a été choisi afin de s'assurer que les femmes interrogées correspondent bien à la population d'intérêt étudiée ; le terme de « dépression du post-partum » pouvant parfois être employé par les patientes à tort, sans qu'il corresponde à la réalité de la définition admise par la communauté scientifique.

Aucun nombre d'entretiens n'a été déterminé a priori ; le recueil a été effectué jusqu'à suffisance des données. Treize entretiens ont été réalisés au total.

2.2.2 Mode de recrutement

Le recrutement des patientes a été effectué de différentes manières.

Une affiche présentant le projet de recherche a été réalisée par l'investigatrice principale. Elle comportait un lien permettant aux patientes de transmettre leurs coordonnées si elles souhaitaient participer à l'étude (par le biais d'un questionnaire sécurisé réalisé sur la plateforme LimeSurvey®) (annexe n°4).

Cette affiche a été transmise d'une part à différents médecins généralistes faisant partie des connaissances de l'investigatrice principale, en leur proposant de l'afficher ou de la diffuser auprès de leurs patientes. Elle a également été affichée par certains proches dans le cabinet de leur propre médecin traitant. Certaines patientes ont été recrutées de façon ciblée dans leur patientèle par certains médecins généralistes sollicités.

D'autre part, pour élargir le recrutement de façon ciblée, cette affiche de présentation du projet de thèse a été diffusée sur le compte Instagram® de l'association Maman Blues® (association de soutien, d'écoute et de conseils dans la difficulté maternelle, association reconnue d'intérêt général) (35). Elle a également été partagée par différents réseaux de santé périnatale en Ile-de-France à leurs professionnels de santé adhérents.

Une fois les coordonnées des patientes obtenues, un premier contact avec les participantes a été pris par e-mail ou téléphone préalablement à l'entretien, permettant de s'assurer des critères d'inclusion, de transmettre aux futures participantes la note d'information et le formulaire de consentement et de convenir ensemble des modalités de réalisation des entretiens.

Nous n'avons volontairement pas recruté de patientes lors de consultations de médecine générale ou dans les cabinets dans lesquels l'investigatrice principale de l'étude travaillait, afin de s'affranchir de la relation médecin-patient et d'être le plus neutre possible lors de la réalisation de ces entretiens.

2.3 Recueil des données

2.3.1 Entretien individuel semi-dirigé

Nous avons choisi d'emblée de réaliser des entretiens individuels. En effet, compte tenu du sujet abordé qui revêt un caractère personnel et intime, ce type d'entretien nous est apparu comme le plus adapté, permettant d'offrir aux participantes un espace de confiance propice au recueil de leur vécu, à l'inverse des focus groups.

Le choix s'est porté vers des entretiens semi-dirigés (ou semi-structurés) qui nous permettaient d'explorer des thématiques identifiées à l'avance de manière systématique. Par ailleurs, cette forme d'entretien était plus facile à mettre en œuvre et plus accessible pour l'investigatrice principale compte tenu de son inexpérience en recherche qualitative. Néanmoins, les entretiens étaient de plus en plus ouverts au fur-et-à-mesure de leur réalisation.

2.3.2 Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré à partir des données de la littérature. Une logique chronologique a été décidée afin de permettre aux participantes de rendre compte au mieux de leur parcours. Les questions ont été rédigées de la manière la plus ouverte possible. Le guide d'entretien a servi de trame, les questions étant adaptables et modulées en fonction des réponses proposées lors de chaque entretien. Ce guide a par la suite évolué tout au long de la réalisation des entretiens. Sont présentées en annexe la première et la troisième et dernière version de ce guide (annexe n°5). Il n'était pas fourni aux participantes en amont des entretiens.

L'entretien se concluait par un recueil de données socio-professionnelles si celles-ci n'avaient pas déjà été recueillies au fil de l'entretien : âge, nombre d'enfants, situation conjugale, profession.

2.3.3 Conditions de recueil des données

Les entretiens ont tous été menés par l'investigatrice principale de la recherche. Le choix du lieu était laissé aux participantes : à leur domicile, dans un lieu neutre proposé par l'investigatrice ou en distanciel par visioconférence.

Les entretiens ont été réalisés pour la majorité d'entre eux à l'aide d'un système de visioconférence en ligne ne nécessitant pas d'inscription préalable (RenaVisio[®], conformément au Règlement Général sur la Protection des Données), modalité choisie par la majorité des enquêtées pour des facilités organisationnelles. Les participantes étaient alors toutes à leur domicile pendant l'entretien. La visioconférence présentait l'avantage de pouvoir observer les expressions faciales et le langage non verbal des participantes, contrairement à des entretiens téléphoniques. Un entretien a été réalisé dans un café proche du lieu de travail de la participante, pour des raisons pratiques pour cette dernière.

Seul le son a été enregistré pendant les entretiens, à l'aide d'un dictaphone et de l'application d'enregistrement vocal du téléphone portable de l'investigatrice. Les discussions ayant eu lieu au décours immédiat de l'entretien ont également été enregistrées.

L'information et le recueil du consentement des participants était systématiquement fait en amont de l'entretien, par échange d'e-mails, de SMS ou échanges téléphoniques. Une notice d'information était délivrée aux participantes, présentée en annexe (annexe n°7). Il était précisé à titre indicatif que l'entretien pouvait durer « trente minutes à une heure ».

Le cadre était redéfini au début de chaque entretien : le contexte du travail de thèse de médecine générale, les modalités d'enregistrement de l'entretien, son caractère anonyme et la possibilité du retrait du consentement à tout moment. Les enquêtées étaient encouragées à être libres et spontanées dans leurs réponses, à rentrer dans les détails de leur vécu sans forcément se restreindre au cadre de la question initiale.

2.3.4 Retranscription des données

Chaque entretien a été retranscrit intégralement mot-à-mot sur le logiciel de traitement de texte Word[®]. Certains éléments de communication non verbale ont également été retranscrits (rires, pleurs, hésitation dans le discours, etc.) et notés en italique et entre parenthèses. Les participantes et leurs proches ont été anonymisés dans les verbatims. Certains éléments de lieux ou de dates ont été masqués afin d'assurer l'anonymisation des femmes ayant participé aux entretiens. Les entretiens n'ont pas été relus par les participants.

En raison de leur longueur, la totalité des entretiens ne sera pas présentée dans ce manuscrit. L'un des entretiens réalisés est proposé en annexe dans son intégralité (annexe n°6).

2.4 Analyse des données

Les données ont été analysées en plusieurs étapes grâce à la méthode de la phénoménologie interprétative (IPA). La réalisation des entretiens et l'analyse des données ont été effectuées en parallèle.

Dans un premier temps, des étiquettes expérientielles ont été établies à l'aide du logiciel NVivo[®] à partir des verbatims de chaque entretien. Ce premier codage a permis de faire émerger des propriétés puis des catégories pour chaque entretien. Chaque entretien a été analysé de manière indépendante. Ces catégories ont permis ensuite l'émergence de thèmes, connectés par la suite entre eux lors de l'analyse intégrative. Pour aider à la visualisation, un outil de visualisation graphique a été utilisé (GitMind[®]).

Des schémas et modèles explicatifs ont été réalisés à l'aide du logiciel PowerPoint[®].

Cinq des entretiens ont bénéficié d'une double analyse ouverte et d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs. L'analyse des données de deux d'entre eux a été triangulée avec les directrices de thèse, dont l'une ayant déjà supervisé plusieurs travaux avec une méthode d'analyse similaire ; les trois autres avec des chercheurs internes en médecine, réalisant également un travail de thèse avec une méthode qualitative.

2.5 Aspects éthiques et réglementaires

2.5.1 Cadre légal

Les entretiens ont été réalisés après obtention du consentement éclairé des patientes. Une note d'information expliquant le but et les modalités de réalisation du travail de recherche leur a systématiquement été remise en amont de la rencontre (annexe n°7). Un consentement écrit était signé par les patientes avant de procéder à l'entretien et à son enregistrement audio (annexe n°8).

Les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription : suppression des noms propres, anonymisation des participantes, suppression d'éléments précis (lieux, dates) pouvant permettre d'identifier les participantes. Les enregistrements ont été détruits après retranscription intégrale.

2.5.2 Déclaration CNIL et comité d'éthique

Ce travail de recherche a fait l'objet d'un dépôt de dossier de conformité auprès du délégué de protection des données de l'Université de Paris Cité. Un formulaire MR004 a été rempli auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Une demande auprès du comité d'éthique du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) a également été formulée avec émission d'un avis favorable (annexe n°9).

3 - Résultats

3.1 Description des données

3.1.1 Caractéristiques des participantes

Treize entretiens ont été réalisés dans le cadre de cette recherche, auprès de femmes ayant vécu une dépression du post-partum. Le nombre d'entretiens n'avait pas été fixé à l'avance, il a été conclu au cours de l'analyse que la suffisance des données avait été atteinte.

Le recrutement des participantes a été effectué par différents moyens. Six d'entre elles ont contacté l'investigatrice principale suite à une diffusion de la recherche par l'association Maman Blues[®], deux ont été recrutées de manière ciblée par l'intermédiaire direct de leur médecin traitant, trois par le biais d'une affiche présentée dans la salle d'attente de leur médecin généraliste et les deux participantes restantes ont eu connaissance de la recherche grâce à un proche leur ayant partagé l'affiche diffusée par l'investigatrice principale (annexe n°4).

Parmi les femmes ayant transmis leurs coordonnées par le biais de cette affiche et du formulaire de contact qu'elle contenait, nombreuses sont celles qui n'ont ensuite pas répondu à la sollicitation de l'investigatrice principale, par e-mail ou téléphone. Par ailleurs, quelques-unes ont été exclues du recrutement, car les critères d'inclusion n'étaient pas remplis : délai dépassant les 24 mois depuis leur accouchement, diagnostic suspecté par la patiente, mais non établi. Enfin, aucune n'a refusé la participation à l'étude.

L'investigatrice et les participantes ne se connaissaient pas au moment de l'étude.

Chaque entretien est identifié, et numéroté par ordre de réalisation : E1 étant le premier et E13 le dernier entretien réalisé. Cette identification est utilisée dans la citation des verbatims.

Les participantes étaient âgées de 27 à 44 ans au moment des entretiens, avec une moyenne d'âge de 31,3 ans. Toutes étaient en couple au moment de leur grossesse et de leur post-partum, l'une d'entre elles est depuis séparée de son conjoint (E1). Sept d'entre elles étaient primipares au moment de leur dépression postnatale ; pour les six autres participantes, la dépression avait eu lieu suite à la naissance de leur deuxième enfant (ou dans le cas de E4, de son deuxième et troisième enfant, ayant accouché de jumeaux).

Le délai entre l'accouchement et la réalisation de l'entretien était compris entre 12 et 27 mois. Une période de 24 mois maximum avait été fixée dans les critères de recrutement et a été respectée en prenant en compte la date de recrutement des participantes. Malheureusement, pour des raisons organisationnelles avec les participantes, deux des entretiens n'ont pu être réalisés que trois mois plus tard (E2 et E5). Pour quatre participantes, les données précises concernant ce délai sont manquantes. En effet, lors du premier contact préalable à l'entretien, elles ont bien déclaré que ce délai était inférieur à 24 mois, mais la date précise de l'accouchement n'a pas été abordée lors de l'entretien.

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes (données déclaratives)

	Âge* (ans)	Parité**	Profession	Délai entre l'accouchement et l'entretien	Particularités de la prise en charge de la DPP
E1	27	1 ^{er} enfant	Professeur des écoles	16 mois	Hospitalisation en unité mère-enfant
E2	31	1 ^{er} enfant	Responsable juridique	27 mois	
E3	37	2 ^e enfant	Agent commercial	NC***	
E4	27	2 ^e et 3 ^e enfants	Cadre	23 mois	
E5	28	2 ^e enfant	Professeur des écoles	27 mois	
E6	33	2 ^e enfant	Cadre ressources humaines	NC***	
E7	31	1 ^{er} enfant	Infirmière	NC***	Hospitalisation en clinique psychiatrique
E8	30	1 ^{er} enfant	Expert-comptable	18 mois	HDJ unité mère-enfant
E9	31	2 ^e enfant	Professeur des écoles	12 mois	
E10	27	1 ^{er} enfant	Aide-soignante	NC***	Hospitalisation en service psychiatrique
E11	44	2 ^e enfant	Responsable commerciale	22 mois	
E12	28	1 ^{er} enfant	Conseillère pénitentiaire	20 mois	HAD psychiatrique, HDJ unité mère-enfant
E13	33	1 ^{er} enfant	Sans emploi	22 mois	

* âge au moment de l'entretien ** au moment de leur DPP

***donnée précise manquante, mais \leq 24 mois

3.1.2 Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 24 mars 2023 et le 16 février 2024.

La quasi-totalité des entretiens a eu lieu en visioconférence, modalité choisie par 12 des participantes pour des raisons de praticité, d'emploi du temps ou de confort. Un seul des 13 entretiens s'est déroulé en présentiel dans un lieu public choisi par la participante, la seule consigne donnée était que le lieu soit assez calme pour procéder à l'entretien et l'enregistrement de ce dernier dans de bonnes conditions.

La durée des entretiens variait entre 25 minutes et 1 heure et 15 minutes, pour une durée moyenne de 45 minutes.

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

Entretien	Durée	Lieu de l'entretien
E1	45 minutes	Visioconférence
E2	1 heure	Visioconférence
E3	25 minutes	Visioconférence
E4	35 minutes	Visioconférence
E5	1 heure 5 minutes	Visioconférence
E6	1 heure 15 minutes	Visioconférence
E7	35 minutes	Visioconférence
E8	30 minutes	Visioconférence
E9	40 minutes	Visioconférence
E10	30 minutes	Visioconférence
E11	30 minutes	Visioconférence
E12	1 heure	Face à face
E13	50 minutes	Visioconférence

3.2 Résultats de l'analyse

3.2.1 Vécu de la période postnatale chez les patientes interrogées : une période décrite comme éprouvante et faite de nombreuses désillusions

Tout d'abord, la période postnatale apparaît, au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, comme une période difficile à vivre pour ces patientes, éprouvante et faite de nombreuses désillusions vis-à-vis de ce nouveau rôle de mère.

3.2.1.1 Une expérience éprouvante physiquement : une fatigue intense

La fatigue apparaît comme majeure dans le vécu de cette période postnatale. Toutes les femmes décrivent un **épuisement physique intense** qui accompagne l'arrivée de leur enfant, avec un manque de sommeil parfois accentué par les difficultés de sommeil de leur bébé.

E1 : Le retour à la maison : extrême fatigue, vraiment. [...] La nourrir et de devoir se réveiller tout le temps, de pas dormir.

E5 : Je suis rentrée à la maison, j'étais vraiment dans un état... Je savais plus comment je m'appelais. Je faisais les choses presque mécaniquement. J'étais vraiment très très fatiguée comme j'ai jamais été dans ma vie.

E13 : Il a passé des mois à ne pas vouloir dormir dans son lit, alors du coup, il dormait que sur moi. Je l'ai allaité pendant presque six mois. Donc il voulait pas dormir sans moi, il voulait pas être posé. Je dormais pas.

Ce manque de sommeil est décrit comme difficile à récupérer avec **une dette de sommeil qui s'accumule**, d'autant plus chez celles ayant déjà un premier enfant pendant ce post-partum.

E5 : Et puis je n'arrivais pas à dormir, le manque de repos fait que j'arrivais pas à récupérer. On dit tout le temps : dors quand ton bébé dort, mais enfin ça n'existe pas. Surtout quand t'as un premier, tu ne peux pas. [...] Même quand je dormais 2h, ça ne suffisait pas à rattraper un mois où je dormais une heure par-ci, par-là.

Il est vécu très difficilement par les patientes, jusqu'à être décrit comme une **réelle « torture »**.

Ce vécu épuisant du post-partum a parfois pu pousser certaines au bord de la rupture, jusqu'à envisager le pire, sans toutefois passer à l'acte.

E8 : Les premières semaines d'un enfant, c'est pas merveilleux. On ne dort pas, faut pas oublier que c'est un mode de torture quand même de priver quelqu'un de dormir. Ça a été compliqué.

E13 : Franchement, pour être totalement honnête avec vous, je condamne bien entendu le geste, mais je peux plus juger les femmes qui tuent leurs enfants. Je peux plus juger, parce que quand on atteint un niveau de fatigue extrême, et qu'on ne dort pas, toutes les nuits, toutes les nuits, toutes les nuits, c'est pas une petite insomnie, c'est vraiment toutes les nuits, on peut perdre la boule. Vraiment, je me suis retrouvé à me dire : j'en peux plus, j'en peux plus, j'en peux plus. Et heureusement que j'avais mon mari ou bien ma mère à côté pour prendre le relais. Si on est seul, c'est très dangereux, c'est vraiment très dangereux.

Cette fatigue extrême semble contribuer à l'installation de la dépression.

E5 : Je pense que cette extrême fatigue a vraiment contribué au fait que moralement, je n'arrivais pas à remonter la pente.

3.2.1.2 Un chamboulement sur le plan émotionnel

Au-delà de la fatigue physique, les patientes décrivent une **grande labilité émotionnelle**.

E3 : C'était un mélange de pleurs de joie, de pleurs de chagrin et de pleurs de regrets. C'était que des pleurs.

E13 : Entre mes hormones qui... Je riaais, je pleurais.

Partagée entre bonheur et peur, une des patientes interrogées évoque avoir eu des sentiments contraires vis-à-vis de son enfant, elle a ressenti une grande **ambivalence**.

E3 : C'était un mélange de sensations bizarres les premiers jours. Je pense que c'était la descente d'hormones. Par moments, j'étais très heureuse de l'avoir, et en même temps je me disais : il va se passer quelque chose, il va disparaître.

3.2.1.3 Le choc du post-partum et de la maternité : plongeon dans l'inconnu et la nouveauté

La confrontation au post-partum est vécue par la majorité des femmes interrogées comme un choc. Ce plongeon dans l'inconnu est parfois **appréhendé dès la grossesse**, avec un sentiment de peur. Il est notamment décrit par l'une des femmes, déjà mère d'un enfant, mais s'apprêtant à accoucher de jumeaux. Elle ne se sentait pas capable d'assumer ce nouveau rôle et était terrifiée par l'inconnu que ce deuxième post-partum représentait.

E4 : J'ai eu un gros moment de panique en me disant : je ne vais jamais y arriver avec deux, ils sont deux, ça va pas être possible, comment on va faire. Ça a été le premier gros moment de panique. Alors que jusqu'à présent, j'étais très heureuse d'avoir des jumeaux, c'était le gros moment de panique.

Dès les premiers temps de ce post-partum, elles se retrouvent confrontées à l'**inconnu de ce nouveau rôle de mère** qui n'a rien d'inné : la naissance d'un enfant conduit à la naissance d'une mère. Elles se sentent souvent perdues, dépassées par la nouveauté, avec une peur de mal faire.

E1 : J'ai tout de suite trouvé ça extrêmement compliqué tout ce qu'on m'expliquait, comme si c'était une science le bébé. Il fallait noter sur une feuille le nombre de cacas par jour, la couleur, j'étais éberluée par tout ce qu'on me demandait. Je me disais : mais je me suis lancée dans quoi là, c'est trop compliqué. Pourtant bon, j'ai fait des études (*rires*). J'avais vraiment l'impression de manquer d'expérience. « *Et de connaissances peut-être ?* » Oui, parce que je croyais que c'était intuitif. [...] J'étais complètement perdue par tout ce qu'on me disait.

E3 : Parce qu'on se sent perdu quand il y a un bébé qui arrive, on a peur de mal faire les choses. C'est malheureux. C'est là où on se pose plein de questions, les idées se mélangent dans notre tête et au bout d'un moment, on est débordés. Et ça contribue pour la dépression, le fait de se sentir seule et perdue.

E13 : Parce que quand on n'a pas d'enfant, on ne sait pas comment faire. [...] En fait, on ne naît pas maman, on le devient. On fait des erreurs, on se rattrape.

Face à cette nouvelle responsabilité de parents, les femmes interrogées décrivent souvent un **manque d'accompagnement et d'explications par les professionnels de santé**, dès la maternité, ce qui renforce leur désarroi. Elles se sentent parfois perdues face à des recommandations contradictoires.

E10 : Personne n'est venu nous voir pour nous montrer comment donner le biberon, comment changer une couche. Nous, c'est vrai que c'est notre premier. Moi j'avais jamais eu de bébé dans mon entourage. C'était vraiment tout nouveau et personne n'est venu en fait. On s'est débrouillés un peu par nous-mêmes, et les jours sont passés.

E1 : À chaque fois qu'une sage-femme arrivait, elles disaient chacune quelque chose de différent : pour dormir il faut absolument l'emballoter, d'autres il faut absolument qu'elle dorme toute seule avec une gigoteuse. J'étais complètement perdue par tout ce qu'on me disait.

La confrontation à la réalité de ce nouveau rôle est vécue de façon assez brutale. Certaines parlent d'un **manque de préparation à la réalité de la maternité** et laissent entendre qu'elles ne s'étaient pas renseignées sur le post-partum pendant leur grossesse, l'ampleur de cette responsabilité leur apparaissant alors une fois devenue mère.

E1 : Je réalisais pas ce qui m'arrivait, mais j'étais très contente que ce soit fait, d'avoir mon enfant, que l'accouchement se soit passé. Je pensais naïvement que c'était terminé, que c'est bon, tout rentrait dans l'ordre, le pire était passé. Et en fait pas du tout.

E13 : Mais d'avoir son propre enfant, franchement ça m'a donné une grosse claque, de voir tout ce qu'il y avait à faire, toute la fatigue qui entoure cet enfant.

Parmi les femmes interrogées, certaines évoquent le fait de ne pas avoir eu d'expériences de femmes enceintes dans leur entourage avant leur grossesse. Pour elles, ce **manque de modèle** semble avoir eu une influence sur leur vécu difficile de ce post-partum. Elles avaient alors pour seul repère le vécu de leur propre mère, vague ou alors idéalisé. L'une d'entre elles a justement hérité d'une vision facile du post-partum de sa mère, bien loin de son propre vécu et cela a contribué à son mal-être durant cette période postnatale. Elle souligne le manque de témoignages relatant des difficultés maternelles.

E1 : Et puis j'avoue que j'en ai voulu à ma mère de ne pas m'avoir préparée. Enfin je sais pas si c'est son rôle, mais en tout cas, elle me disait que c'était très fatigant le post-partum mais rien de plus. [...] Elle m'a beaucoup parlé de ses accouchements assez traumatisants, donc dans ma tête, c'était l'accouchement qui était traumatisant, c'était pas le post-partum.

E5 : Ce qui a aussi un peu contribué, c'est que j'étais la première de mes amies à être maman. J'avais encore une fois que ma maman en modèle [...] Et d'après elle c'étaient les doigts dans le nez, c'est la plus belle chose qui lui est arrivée. [...] Si je me compare à ma mère, je ne vauds rien. C'était mon seul modèle, et je pense que ça n'aide pas effectivement. [...] Si j'avais entendu : moi aussi j'ai eu des galères, des fois moi aussi j'ai préparé des pâtes tous les soirs pendant quatre jours parce que j'étais crevée après le boulot, moi aussi des fois je vous ai crié dessus parce que vous étiez super chiantes, moi aussi j'ai

pleuré au début parce qu'on dormait plus avec ton père. Je pense que si j'avais entendu ça plusieurs fois, je l'aurais mieux vécu.

3.2.1.4 Une confrontation à la réalité : une suite de désillusions

À travers ces entretiens, on comprend que pour ces femmes, les semaines et mois qui suivent leur accouchement sont ponctués de nombreuses désillusions. Le **mythe d'un post-partum idéalisé** s'effondre souvent. Une participante décrit avoir été troublée par un sentiment de fragilité ressenti.

E1 : En fait je m'attendais pas à ce que le post-partum soit un moment de fragilité intense. Je pensais pas qu'on était aussi fragile en post-partum. Je crois que c'est de la naïveté tout simplement.

Dès leur retour chez elles, certaines femmes décrivent une première désillusion. Le **retour à domicile** idéalisé ne s'avère pas si merveilleux qu'attendu, il s'y associe parfois une perte totale de repères dans cet environnement pourtant familial, mais chamboulé par l'arrivée d'un enfant. L'une des femmes parle même d'un « enfer » pour décrire ce nouveau quotidien avec son nourrisson.

E10 : J'avais qu'une seule idée, c'était de me dire : ça va aller mieux à la maison. Et en fait pas du tout. Pas du tout. Arrivée à la maison, j'avais perdu tous mes repères, je me sentais plus chez moi. C'était vraiment bizarre cette sensation. J'avais vraiment perdu tous les repères.

E9 : Et ce n'était pas une bonne idée de rentrer si tôt. À peine rentrée, j'avais déjà envie d'y retourner. La maternité, c'est plus sympa en fait. (*rires*)

E1 : « *Comment se sont passés les premiers temps après le retour à la maison, les premières semaines ?* » L'enfer (*rires*). C'était l'enfer.

Par ailleurs, l'une des participantes à l'étude décrit également une **désillusion face à la réalité d'un nouveau-né**. Elle dit avoir été étonnée et déçue par la prépondérance de l'alimentation dans la vie de son bébé durant ses premières semaines, ainsi que par l'aspect limité des interactions qu'elle vivait avec son enfant.

E1 : J'étais aussi très étonnée, un nourrisson c'est... Je m'attendais à avoir un bébé plus âgé tout de suite. Je savais pas ce qu'était un nourrisson, j'avais jamais vu de bébé aussi jeune. C'était pour moi juste un tube digestif. Il fallait s'occuper d'un tube digestif, c'est tout. J'étais extrêmement déçue qu'il n'y ait aucune interaction. Je m'attendais à ce que l'interaction vienne du bébé, je m'attendais pas à ce que ça vienne de moi. Je m'attendais à avoir un bébé de six mois à peu près, avec qui je peux sourire, interagir, mais rien du tout.

De plus, le vécu de cette période postnatale est aussi marqué par la **désillusion concernant ce nouveau statut de mère**, pas si rose et idéal qu'elles l'avaient imaginé. L'une des femmes a le sentiment de se sentir piégée dans ce rôle et décrit l'arrivée de son enfant comme impactant négativement tous les pans de sa vie.

E13 : Parce que vraiment, à ce moment-là, j'avais encore beaucoup de douleurs, je pouvais pas m'allonger, je pliais les jambes très difficilement, j'avais pas repris le sport. Ça n'allait pas dans tous les domaines, dans tous les domaines de ma vie. Je voyais pas cet enfant comme quelque chose de bien.

E13 : J'ai pris vraiment la considération de ce rôle une fois que... « *Une fois que vous étiez devenue vraiment maman ?* » Ouais ouais, mais dans quoi je me suis embarquée, maintenant je suis piégée quoi. C'est pour la vie maintenant. [...] Je suis prisonnière de ce rôle-là. C'est pour ça que je vous ai dit, parfois, j'ai plus envie d'avoir ce statut-là, rien que pour être un peu plus libre.

Cette nouvelle **responsabilité** de mère est vécue comme écrasante, très lourde à porter.

E2 : J'ai senti une grande charge sur mes épaules, que le bébé avait une grande dépendance à moi, à laquelle je n'étais pas forcément préparée. Je me suis dit : en fait beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses vont reposer sur moi.

E1 : Et puis j'étais écrasée par la responsabilité que ça impliquait d'avoir un bébé, de le maintenir en vie. [...] C'est extrêmement dur à vivre d'être isolée et que tout repose sur nos épaules. Que si on fait mal c'est foutu, on peut pas faire de faux pas. J'avais vraiment cette impression que j'avais pas le droit à l'erreur.

E13 : Parce que c'est une responsabilité qui est là tout le temps.

3.2.1.5 Un rôle de mère parfaite à remplir : une exigence envers soi-même

Les femmes interrogées expriment une **peur de ne pas être à la hauteur** et un sentiment d'incapacité vis-à-vis de cette fonction maternelle qu'elles doivent maintenant remplir.

E11 : J'avais l'impression d'être vraiment la mauvaise élève, la mauvaise mère dès le début.

E10 : J'avais besoin constamment qu'on me rassure, je pleurais beaucoup. J'avais peur de pas être à la hauteur en fait.

Elles présentent pour beaucoup une grande **exigence envers elles-mêmes** et veulent à tout prix remplir ce rôle de mère parfaite, sans se laisser de droit à l'erreur. Elles se décrivent d'ailleurs souvent comme perfectionnistes avec un besoin de maîtrise permanent. Cette exigence s'ajoute parfois à la volonté de remplir également parfaitement les tâches domestiques.

E4 : Sauf que j'ai ce souci de vouloir que tout soit bien, que l'appartement soit tout le temps propre, que ma fille aînée ne manque de rien, d'essayer de toujours de passer du temps avec elle. Et là, c'est devenu un petit peu plus compliqué, de vouloir tout gérer, et de vouloir que tout soit parfait.

E6 : Mais bon, c'est aussi un peu plus fort que nous. Surtout quand on est jeunes mamans. On a envie de tout bien faire, on a envie d'être parfaite. [...] Et comme dans la réalité, ça se passe pas comme on voulait, on culpabilise et on se fait aussi du mal psychologiquement. On se rend malheureuse alors que dans les faits on n'a pas à se rendre malheureuse.

E12 : Et que moi, je me mets une espèce de degré d'exigence, qui est plus néfaste qu'autre chose finalement.

Dans la volonté d'être la mère parfaite, l'une des femmes, déjà mère d'un premier enfant, explique aussi qu'elle s'imposait le devoir de s'occuper **de son deuxième enfant comme de son aîné**.

E6 : Je me suis dit que j'allais tout faire pour que cet enfant soit traité de la même manière que la première. [...] Je me suis dit que pour le 2^e il ne fallait vraiment pas que je fasse de différence ou que je le traite moins bien. J'étais vraiment focalisée là-dessus.

L'exigence d'être une mère parfaite qui peut tout gérer a pu amener l'une des patientes interrogées à **refuser des aides proposées**, probablement à tort.

E4 : J'avais la possibilité d'avoir une aide pendant un mois, parce que c'était une grossesse gémellaire, et je ne l'ai pas fait. J'ai voulu tout faire moi-même et que personne d'inconnu ne vienne chez moi. Et ça je pense que j'aurais dû, parce que ça m'aurait aidé.

De cette exigence envers soi-même, impossible à vraiment satisfaire, découle souvent un **sentiment de culpabilité** parfois récurrent pour certaines.

E5 : C'est mon grand truc la culpabilité. Je pense que c'est le grand truc de toutes les mamans. [...] C'est vraiment le pire sentiment de la maternité que je peux ressentir. Je passe mon temps à culpabiliser, à me dire : tu as fait ça, mais c'est pas bien ; tu ressens ça, mais c'est pas bien ; tu penses ça mais tu devrais pas.

Le sujet des **réseaux sociaux** a été abordé par l'une des femmes. La comparaison avec d'autres mères et avec l'image idéalisée de la maternité à travers le spectre des réseaux est décrite comme délétère.

E4 : Et évidemment, je suivais beaucoup de mamans de jumeaux, qui étaient nés à peu près au même moment que les miens. J'avais l'impression que pour eux tout était parfait. Mais je n'avais pas pris conscience que ce qu'ils nous montraient, c'était peut-être 5 min de leur journée et pas les 24h. À côté, vous ne voyez pas que c'étaient certainement les mêmes galères.

3.2.1.6 Un quotidien qui déborde ces nouvelles mères

Les femmes interrogées décrivent s'être senties débordées pendant cette période postnatale par **la charge de travail** qu'implique ce nouveau quotidien, celle de s'occuper de leur enfant. **L'alimentation du nouveau-né** apparaît comme prendre une place prépondérante dans leur vécu.

E1 : Mais c'était un travail monstrueux de la nourrir toute la journée. Je crois que c'est vraiment l'alimentation qui m'a fait plonger dans la dépression post-partum.

E9 : Il avait tout le temps, tout le temps envie de boire. Toutes les heures, je lui donnais un biberon, de quarante ou cinquante, donc en fait, j'étais tout le temps en train de lui donner le biberon parce qu'il prenait son temps pour le boire. J'avais un biberon tout le temps dans les mains. Si je l'avais allaité, au moins j'aurais une main libre. Mais là du coup, j'avais les deux prises.

Au-delà de l'alimentation, elles décrivent être submergées par les impératifs de la vie quotidienne. Les journées deviennent alors très difficiles à vivre, presque **insurmontables**.

E5 : Changer les couches, allaiter, et en même temps t'occuper de ton petit qui court partout. [...] Ça ne me convenait pas, vraiment je n'y arrivais pas, je ne sortais pas la tête de l'eau. Mes journées étaient longues longues longues, et mes nuits courtes courtes courtes. Je n'en pouvais plus.

E2 : Je me mettais beaucoup beaucoup de choses à faire : comme je vais reprendre le boulot, il va falloir que je fasse à manger pour la petite, du fait maison, il faut que je fasse les courses, le ménage, il y a le rendez-vous sage-femme, le périnée ; [...] une accumulation de choses avec une pression que je me mettais toute seule.

3.2.1.7 Sentiment de solitude de la nouvelle mère

Au fil de l'analyse des entretiens, se dessine un **sentiment de solitude** pendant le post-partum souvent ressenti par les patientes interrogées.

E1 : C'est extrêmement dur à vivre d'être isolée, et que tout repose sur nos épaules.

E13 : Je me suis sentie très seule surtout. [...] Je me suis sentie très seule...

Cette solitude est accentuée parfois par le **manque de relais reçu du conjoint** qui ne prend pas sa part à la charge des tâches domestiques ou par son manque de présence, très occupé par son travail.

E9 : Quand je suis rentrée, alors ça paraît bête comme ça, mais quand je suis rentrée, il n'avait pas passé l'aspirateur, il n'avait pas changé les draps. Et moi ça m'a fait vriller en fait. (*rires*) Je viens d'accoucher là, ça fait quarante-huit heures que j'ai pondu un truc de trois kilos, et l'aspirateur était même pas passé pour mon retour. C'est juste la moindre des choses, quoi.

E11 : J'avais mon conjoint, mais c'est vrai qu'il travaille énormément. Il travaillait même le soir. Donc même s'il a été là, il n'était pas pro actif.

3.2.1.8 Une nouvelle mère qui s'oublie

La naissance de leur enfant conduit certaines des femmes interrogées à s'oublier et faire passer leur **vie de femme au second plan**, derrière leur rôle de mère.

E7 : Le retour à la maison assez compliqué pour moi, parce qu'on rentre dans une nouvelle forme de prise en charge. On s'occupe plus de soi, on s'occupe d'un bébé. [...] Je faisais que de m'occuper de ma fille.

E2 : Je commençais à m'autoépuiser, à pas du tout ressentir mes besoins. J'étais même pas en capacité d'écouter ce dont j'avais besoin. [...] Je pense que ces petits signes avant-coureurs, si je m'étais plus écoutée, peut-être que j'aurais pu me dire : ok, j'ai vraiment besoin d'un peu plus de pauses.

D'ailleurs, l'une d'elles décrit avoir parfois ressenti le **besoin d'être seule** afin d'avoir justement des moments uniquement pour s'occuper de soi.

E2 : J'aimais bien avoir mon petit moment quand le papa et elle dormaient. Le soir, même si j'étais fatiguée, j'avais besoin d'être seule. Je donnais beaucoup pour mon bébé toute la journée. Ces moments où c'était que moi, ça me faisait du bien. C'était étonnant pour moi parce que je suis quelqu'un qui n'est pas du tout solitaire, avant j'aurais détesté être seule et là j'en avais besoin.

3.2.1.9 Une dynamique familiale parfois bouleversée

Certaines des femmes ont vécu cette dépression du post-partum suite à la naissance de leur deuxième enfant. L'arrivée de ce dernier a alors **bouleversé la structure familiale**. Ce changement n'était pas toujours bien vécu par l'aîné ; l'une des participantes raconte avoir rencontré des difficultés avec son premier enfant suite à l'arrivée du cadet. D'autre part, le rôle de mère de deux enfants et la charge de travail en découlant s'avèrent compliqués à gérer. L'équilibre entre les attentions portées à chacun des enfants apparaît aussi délicat à trouver, l'une des femmes reconnaît avoir délaissé son nouveau-né en faveur de son aîné.

E5 : C'est bon : on arrête le contrat avec la nounou, je vais être en congé maternité, je peux m'occuper des deux enfants. Et en fait c'était un enfer.

E9 : Ma fille, elle avait deux ans et demi à ce moment-là, et elle a pas bien vécu l'arrivée du petit frère. Elle était gentille avec lui, mais avec nous, avec moi en tout cas, elle me l'a fait payer clairement. [...] Je m'occupais pas trop [de mon fils] du coup, je préférais m'occuper de ma fille. Pour pas qu'elle se sente délaissée, je voulais pas qu'elle se sente rejetée et au final, c'est plutôt lui que j'ai délaissé. Je n'avais pas remarqué sur le coup.

E9 : Quand les deux se mettaient à pleurer en même temps, c'était l'horreur. [...] Quand j'étais seule avec eux, c'était compliqué, parce que la grande était demandeuse de faire pleins de choses, on avait l'habitude de faire du bricolage et des trucs comme ça. Mais du coup, c'était plus possible, parce que lui, avec ses reflux, il avait tout le temps, tout le temps envie de boire.

3.2.1.10 Spécificités de l'allaitement : un vécu souvent difficile et épuisant

Parmi les femmes interrogées, certaines avaient choisi d'allaiter leur enfant. Plusieurs décrivent avoir été surprises par les difficultés rencontrées à la mise en place de l'allaitement. Elles parlent d'un **manque de connaissances** à ce sujet, ne s'étant pas toujours informées pendant leur grossesse, mais également d'un **défaut d'accompagnement** et d'aide apportés à la maternité notamment.

E1 : Je croyais que c'était intuitif. L'allaitement par exemple, on met le bébé au sein et il tète. Je pensais pas que c'était aussi régulier d'allaiter. [...] Je m'étais pas assez renseignée sur l'allaitement. Je croyais qu'on produisait du lait à la maternité, que la montée de lait se passait à la maternité. Moi j'avais que du colostrum à la maternité, je sais même pas si c'est normal ou pas, mais ma montée de lait est arrivée à la maison, trois jours après l'accouchement.

E13 : La première infirmière qui passe a été très froide avec moi, elle essayait pas trop de m'expliquer comment faire tenir mon fils pour qu'il boive bien. Elle a tout de suite voulu lui donner un biberon alors que j'avais pas demandé. Alors que ma demande à moi, c'était de l'allaiter, au moins un minimum.

La mise en place de l'allaitement a souvent été vécue comme progressive et laborieuse, moins simple et fluide qu'elles l'avaient imaginée. La plupart racontent avoir rencontré des **difficultés à allaiter** leur enfant.

E1 : Je voulais allaiter, donc j'ai commencé à allaiter mais ça se passait pas très bien, au sein, elle s'endormait. [...] Quand je lui donnais le sein, elle s'étouffait avec mon lait parce que ça jaillissait. Vraiment, j'y arrivais pas du tout. Ce qui était très frustrant, c'est de produire autant de lait, et de la voir qui crève la dalle entre guillemets.

E2 : La mise en place de l'allaitement : je l'allaitais et elle avait un peu de mal à prendre le mamelon. Maintenant je sais qu'elle mange très lentement. Tout se fait très progressivement, dans les étapes de sa vie. La mise en place de l'allaitement a été progressive. [...] L'allaitement était encore difficile. Il y a eu deux mois avant que vraiment je prenne plaisir, et qu'il y ait un bon rythme de croisière.

E11 : Sauf que moi j'étais quand même très pro-allaitement à la base, mais c'est vrai qu'il a mis beaucoup de temps à démarrer, plus qu'avec ma fille.

Pour l'une d'entre elles, l'allaitement a en plus été vécu de manière assez **solitaire**, sans recevoir de soutien de son entourage, que ce soit de son conjoint ou de sa mère.

E2 : L'allaitement, mon mari était pas trop pour. Il me l'a pas interdit, mais je sentais que c'était pas son truc. Pour ma mère, avec qui je m'entends très bien, c'était pas un bon souvenir pour elle. Donc elle me disait : « ma pauvre, tu vas allaiter, tu vas voir cette galère ». Donc malgré tout, c'était assez difficile de poursuivre là-dedans, mais j'étais tenace, et j'ai poursuivi. [...] Et ça a été dur. Parce que pas soutenue. On me disait : « ma pauvre, tu sais c'est pas grave si tu arrêtes ». Moi, je voulais coûte que coûte poursuivre. Un peu difficile.

Sur le plan physique, l'allaitement semble également avoir un impact important pour les patientes. L'une explique au cours de son entretien avoir été complètement dépassée par sa lactation et avoir vécu difficilement les **changements corporels induits** et les douleurs physiques ressenties, jusqu'à avoir la sensation de ne plus reconnaître son propre corps.

E1 : J'ai pas compris ce qui m'arrivait. Je sais pas si ça rentre dans l'hyper lactation, mais vraiment j'ai produit énormément de lait. Et les sensations associées à la production de lait étaient très très désagréables. J'avais les mains en feu, les pieds en feu, je sais pas comment l'expliquer. Je suppose que c'est la vascularisation, on est très irrigué. J'avais vraiment l'impression que mon corps m'était étranger, et qu'il produisait du lait à outrance, ça coulait de partout.

L'allaitement maternel **accentue encore l'épuisement** décrit par les femmes pendant cette période postnatale, renforçant le manque de sommeil et la difficulté à se reposer. Plusieurs expliquent d'ailleurs avoir été poussées par leurs proches à arrêter d'allaiter, au vu de leur fatigue, afin de leur permettre de **donner le relais pour l'alimentation** de leur enfant.

E2 : Alors se reposer, c'est un bien grand mot quand on allaite.

E3 : J'étais très fatiguée parce que j'allaitais. J'ai réussi à ce qu'il allaite, mais je ne savais pas que c'était si épuisant. Il voulait téter tout le temps, toutes les heures, parfois toutes les 30 minutes.

E11 : Ce qui a vraiment été le choc pour moi, c'est qu'on m'a dit : « écoutez, si ça a l'air trop dur, arrêtez l'allaitement ». Elle m'a recommandé la cousine en question d'arrêter l'allaitement pour pouvoir dormir et relayer avec le papa, qu'il puisse donner le biberon.

E5 : J'allaitais, donc forcément je m'occupais beaucoup de la petite toute seule. [...] Il a commencé à me dire : « écoute, arrête d'allaiter, comme ça au moins on pourra faire le biberon, et on pourra vraiment se relayer complètement la nuit ». Et moi je ne voulais pas.

Ces difficultés rencontrées conduisent parfois certaines d'entre elles à abandonner leur allaitement. Cet **arrêt est alors vécu souvent à contrecœur**.

E1 : Donc pendant deux semaines et demie, je l'ai allaité, jusqu'à ce que je craque et que j'arrête complètement du jour au lendemain.

E11 : Et ça a vraiment été une défaite pour moi. Je l'ai vraiment mal vécu, parce que je me disais qu'il était né et j'arrivais déjà même pas à lui donner les meilleures choses qui puissent exister, alors que je sais que je suis quelqu'un qui produit du lait. [...] Ne pas avoir allaité, c'est vraiment un gros regret.

Malgré ce vécu souvent difficile et épuisant, une des patientes note tout de même que son allaitement a selon elle contribué à la **création d'un lien fort** avec son enfant.

E5 : C'est un avis personnel, mais pour moi l'allaitement a vraiment contribué à créer un lien fort avec mes enfants. T'as toujours ton enfant sur toi, soit à la tétée, soit en portage. J'étais vraiment proche d'eux.

3.2.2 Vécu de la dépression post-partum : une symptomatologie intense et dévastatrice

La dépression du post-partum apparaît au fil des entretiens comme une expérience très pénible et difficile pour les femmes interrogées qui l'ont traversée. Les symptômes ressentis sont très intenses, la souffrance psychique profonde, avec parfois des idées suicidaires fortes.

3.2.2.1 Une souffrance psychique intense

Les symptômes de la dépression s'installent parfois **très tôt** dans le post-partum et sont exprimés dès la maternité.

E3 : Après, les premiers jours à la maternité, c'était un mélange. J'avais toujours cette sensation que mon fils pouvait disparaître. [...] Je crois que c'est à partir de là que les choses ont commencé, quand j'étais encore à l'hôpital. C'est comme si une partie de moi regrettait de l'avoir eu.

Les femmes interrogées **vivent l'installation progressive et l'intensification** de leurs troubles, et certaines expriment avoir ressenti que leurs symptômes dépassaient le cadre d'un simple baby-blues.

E3 : Plus le temps passait à l'époque, et plus ça s'intensifiait, les pensées négatives, les idées noires. [...] Mais j'ai vu que ça durait. Normalement, les gens disent que le baby blues, c'est 2-3 mois maximum et là, je voyais que le temps passait et ça ne changeait pas mon état. J'étais toujours triste et malheureuse par période. Je me disais : mais ça va s'arrêter quand ? [...] Alors que quand on est passé par là, on sait très bien que ce n'était pas que de la fatigue, que ce n'était pas qu'un baby blues, ce n'est pas la même chose.

E5 : Mais je me suis dit c'est bon, c'est les hormones, attends un peu. Au bout de 3-4 semaines, je sentais que j'arrivais pas à remonter la pente, j'étais vraiment trop fatiguée, ça n'allait pas. [...] Sur l'arrêt de travail, elle avait écrit dépression post-partum. Elle ne m'a jamais dit : tu fais une dépression post-partum par contre. Mais moi je le savais. C'était pas juste un baby blues, vraiment j'étais au fond du trou. Et puis ça faisait 3-4 mois que j'avais accouché.

Le sentiment **d'angoisse et de peur constante** est l'un des premiers symptômes exprimé par les patientes. L'une d'elle parle même d'une angoisse de mort permanente, qui prenait toute la place dans son ressenti.

E13 : Je pensais que j'étais anxieuse avant d'être devenue maman, mais là je découvre ce que c'est que l'anxiété.

E12 : J'avais une angoisse permanente extrêmement forte, vraiment. J'ai déjà été angoissée, mais là c'était... « *Au-delà de ce que vous aviez déjà...* » Ah ouais, c'était... J'avais l'impression que j'allais mourir en fait. Je me disais : il y a quelque chose qui va pas. [...] C'était vraiment l'angoisse qui prédominait sur tout. C'était pas forcément la tristesse. J'étais pas triste, enfin je ressentais plus rien. J'étais anesthésiée par l'angoisse. Je ressentais juste une angoisse de mort en permanence.

Cette anxiété s'exprime parfois chez certaines femmes par des crises de panique, des **crises d'angoisse** qui les envahissent et les submergent.

E8 : Je faisais des crises de nerfs à toute heure de la nuit.

E11 : J'étais très stressée, j'avais comme des crises de... J'avais des suées, j'avais des diarrhées, j'avais comme des espèces de crises de panique.

Elles témoignent quelquefois d'une **angoisse qui devient omniprésente** et qui prend source dans n'importe quel élément de leur quotidien. L'une explique devenir angoissée de la moindre sortie en famille, mais également par le fait de rester seule chez elle.

E10 : Jusqu'au moment où tout était source d'angoisse, même l'environnement extérieur était vraiment source d'angoisse, les voitures, tout ça, tout m'oppressait. Tout était vraiment vraiment insupportable.

E11 : Ça m'angoissait qu'on parte tous les quatre, qu'on soit tous les quatre en famille. Je sais pas pourquoi, j'étais angoissée. La situation d'être en famille comme ça m'angoissait. Je supportais pas de sortir, j'avais envie de rester chez moi. [...] Je supportais plus d'être toute seule, j'avais peur d'être seule. [...] une angoisse pour moi, de me retrouver seule. J'avais jamais vécu ça. J'avais besoin d'être avec du monde autour.

D'autre part, on retrouve au fil de l'analyse l'expression d'un grand mal-être, d'une **tristesse de l'humeur** qui s'installe et qui s'exprime par des pleurs récurrents. Certaines parlent également d'une **irritabilité** qui l'accompagne.

E2 : C'était plus une panique, mais c'était un profond mal-être. J'étais vraiment pas bien.

E5 : Je pleurais tout le temps, enfin pas tout le temps, mais très souvent. Dès qu'il y avait un petit truc qui n'allait pas, je pleurais. Sous la douche, je pleurais. Je voyais ma tête, je pleurais. La petite pleurait un peu trop et je n'arrivais pas à la consoler, je pleurais. Enfin je pleurais tout le temps.

E9 : Après je pleurais beaucoup, le soir surtout. Au lieu d'essayer de gratter des heures de sommeil, j'allais dans la salle de bain, et je pleurais. Alors c'est horrible dit comme ça, mais j'étais assise par terre dans ma salle de bain pendant trois heures à pleurer.

E11 : Et après, j'ai commencé, je sais plus quand exactement, mais j'ai commencé à déprimer. J'ai commencé à pleurer, à ne plus y arriver...

Ce profond mal-être est souvent ressenti comme très **décourageant**. Les femmes interviewées indiquent alors ne pas entrevoir une issue favorable à leur état à ce moment de leur parcours.

E2 : J'avais vraiment impression d'être dans un tunnel et je savais plus en sortir.

E4 : C'est horrible de penser à ça (*larmes aux yeux*), mais à ce moment-là, on se dit qu'on ne va jamais y arriver.

3.2.2.2 Une anxiété centrée sur son enfant

Le sentiment anxieux, qui fait partie de l'expression de la dépression postnatale, est très souvent **focalisé sur leur enfant** chez ces patientes. Elles ressentent une inquiétude constante pour ce dernier, une peur qu'il lui arrive quelque chose, ou même qu'il meure de faim.

E1 : J'avais vraiment l'obsession de la nourrir, j'avais peur qu'elle meure de faim. C'était ça, ma peur. [...] J'avais peur de mal la nourrir et j'avais peur aussi de mal faire et qu'elle meure dans son sommeil. J'étais dans une inquiétude disproportionnée.

E3 : Il y avait ce mélange de : c'est très bien, il est là, mais au fond de moi, je me disais : je vais le perdre. [...] Au fond de moi, j'avais l'impression qu'il allait disparaître, que quelque chose allait arriver, que ça n'allait pas.

D'autre part, cette anxiété centrée sur leur bébé s'exprime également par le sentiment **d'être un danger pour ce dernier**, de ne pas pouvoir lui donner un environnement sécurisant. Presque toutes témoignent également avoir eu de nombreuses **phobies d'impulsion**, leur faisant craindre de faire du mal à leur enfant, jusqu'à avoir peur d'elle-même.

E1 : Je me disais : mais si elle meurt, on va mettre en prison parce que j'aurais pas su la nourrir. Je me faisais des scénarios catastrophes dans la tête. Si elle meurt, forcément, ils vont dire que c'est ma faute. [...] J'avais aussi des phobies d'impulsion, j'avais peur de lui faire du mal, j'avais peur de péter un plomb.

E3 : J'avais peur pour moi et pour mon enfant, je ne voulais plus rester toute seule avec lui tellement j'étais à bout.

E12 : J'ai plus cette peur de rester avec mon bébé depuis très peu de temps. Pendant longtemps, avant je comptais chaque heure. Pas parce que c'était pas du bon temps, mais parce que j'avais l'impression que lui... Que c'était néfaste pour lui. Parce qu'il sentait que ça me faisait peur.

E10 : J'ai eu beaucoup de phobies d'impulsion, je savais pas que ça s'appelait comme ça, j'avais des flashes où je me voyais faire du mal au bébé. C'était très très anxiogène. [...] J'avais peur de moi-même. Je pouvais pas rester toute seule avec mon bébé parce que j'avais peur de ce que je pourrais faire.

Au contraire, l'une d'entre elles explique de **jamais** avoir eu de telles phobies à propos de son enfant, alors qu'elle avait déjà pu en vivre avant de devenir mère.

E12 : Pour le coup, je n'ai jamais eu de phobie d'impulsion par exemple, alors je sais que c'est que ça peut être un des symptômes, jamais. Alors que je pouvais en avoir avant, par exemple, où on se dit si là, je saute sur le quai ça va faire quoi. Ça jamais. J'ai jamais eu envie de faire de mal à mon bébé.

Une des participantes explique que l'anxiété qu'elle ressentait était notamment liée à une **peur de ne pas comprendre les besoins de son enfant**, qui ne pouvait s'exprimer que par des pleurs qu'elle vivait systématiquement comme un cri de détresse.

E12 : Je supportais pas d'entendre mon bébé pleurer, c'était horrible. Pour moi c'était un cri d'alerte, mais plus plus (+). Alors qu'un bébé basique c'est son seul moyen d'expression. Et en fait, j'arrivais pas à gérer ça. [...] Ce dont j'avais peur, c'est de passer à côté de quelque chose avec mon bébé. Le fait qu'il ne parle pas, le fait que quand il pleure je ne sache pas reconnaître les pleurs au début, c'était extrêmement angoissant pour moi.

3.2.2.3 Des pensées noires et suicidaires parfois très présentes

Les mères interrogées sont nombreuses à décrire pendant leur dépression postnatale des **idées suicidaires**. L'une d'elle décrit un sentiment de souffrance psychique tellement intense, que la mort est alors vue comme seule et ultime solution.

E1 : Je m'étais dit : un jour, je la laisserai à la PMI et j'irai me suicider. J'ai vraiment eu très rapidement des idées suicidaires, je dirais dès les deux semaines après avoir accouché.

E4 : Et puis j'ai aussi eu des pensées négatives envers moi-même. [...] C'est difficile de se dire qu'on a pu penser un jour en ayant un couteau dans la main pour couper des légumes ou autre : et si je le faisais glisser sur mon bras, ou...

E7 : Parce que oui, j'ai eu des idées noires. J'ai clairement eu envie de sauter par la fenêtre et de me faire du mal.

E9 : J'essayais de trouver des idées, je sais pas : faire un accident de voiture, ou sauter par la fenêtre, ou des choses comme ça.

E12 : Moi je savais au fond de moi qu'il y avait un truc qui s'était fait, mais psychiquement. Vraiment, je sentais qu'il y avait un truc qui faisait que je ne pouvais pas ressentir du plaisir, vraiment. C'était horrible, je voyais tout en noir. [...] Je lui ai dit : je vais me flinguer, là dans les jours qui viennent, il faut faire quelque chose. Mon bébé n'existait plus dans ma tête, mon mari n'existait plus, ma famille n'existait plus. La seule issue que je voyais à cette souffrance psychique que j'avais jamais ressentie avant, c'était la mort. [...] Je me disais : il y a un bébé, il y a un bébé, faut que tu restes, au moins un peu, au moins le temps que [mon mari] sache changer une couche et faire un bib. Vraiment, c'était ça dans ma tête. J'attendais et je me disais : il faut au moins que quelques semaines se soient passées. Je me disais, il faut tenir au moins deux mois, et après tu pars.

Ces idées suicidaires sont notamment appuyées chez ces femmes par la pensée que leur enfant **serait plus heureux sans elles**, et que leur disparition serait bénéfique pour leur entourage.

E10 : Là, je commençais à avoir vraiment des idées noires, je me disais que mon bébé serait mieux sans moi, qu'il fallait mieux que je meure, que ce serait plus simple, qu'au moins ça m'éviterait de lui faire du mal. Et qu'il serait plus heureux sans moi, et que ce serait plus simple en fait. Je commençais à me faire un peu des scénarios tout ça.

E4 : Je me disais que si j'étais plus là, que mon mari serait plus heureux avec mes enfants et que mes enfants seraient plus heureux, parce qu'au moins ils n'auraient plus cette maman pas capable de s'occuper d'eux. Pendant ces petits instants, je me disais que la vie serait plus simple pour tout le monde et moi, je me prendrai plus la tête.

Deux d'entre elles témoignent avoir eu des **gestes de violence physique** à l'encontre d'elles-mêmes.

E8 : J'ai commencé à me faire du mal. C'est-à-dire que je me tapais les genoux très forts et... enfin je me faisais du mal quoi.

E9 : Des trucs physiques aussi : je m'arrachais les cheveux, je me griffais aussi les bras, mais ça je ne m'en rendais pas compte sur le coup. C'est seulement le lendemain que je me rendais compte. Voilà, c'étaient des choses comme ça, très très joyeuses.

Les pensées suicidaires ont parfois pris la forme de réels scénarios, amenant les patientes à la **limite d'un passage à l'acte suicidaire**. Dans deux des entretiens, les femmes témoignent de la conscience et de la lucidité qu'elles avaient à ce moment-là vis-à-vis de leurs troubles et de leur risque imminent de passage à l'acte.

E7 : J'ai littéralement pété les plombs. Je me suis réveillée un matin, j'ai ouvert la fenêtre, j'ai appelé mon mari et je lui dis : rentre, sinon je vais sauter. [...] Le fameux jour où je sentais que ça n'allait pas, j'étais proche du passage à l'acte, je passais devant le frigo de la pharmacie, je voyais l'insuline, et je me demandais si ça n'allait pas m'aider à dormir.

E12 : C'est moi qui, quand j'ai commencé à élaborer les scénarios dans ma tête, j'ai dit... Parce que je suis un peu formée à ça, la prévention au suicide et tout. Et je me suis dit : oula, t'as atteint la phase de cristallisation, il faut faire quelque chose tout de suite parce que ça peut arriver vite. [...] À un moment donné, quand il y a eu une énième rechute, avec des idées très noires, ils ont vraiment eu peur. Ils se sont dit : « là, il y a des scénarios, il y a des trucs qui viennent très vite, il suffit qu'à ce moment-là, elle soit toute seule ». Et je savais que si j'avais été toute seule... Vraiment, je sais que... J'aurais pu aller au bout, vraiment...

Parmi les personnes interrogées, l'une d'elle souligne que ses idées de mort ont toujours été tournées vers elle-même, et jamais à l'encontre de son enfant.

E12 : Pareil, une des questions des médecins à laquelle j'ai répondu quelques fois, dans mes scénarios [mon fils] n'était jamais là. Je n'envisageais pas un suicide collectif, on va dire. Au contraire, je ne voulais pas que ma famille découvre mon corps.

3.2.2.4 Une image de soi démolie

Le vécu de la dépression postnatale s'accompagne chez les femmes interrogées d'une **perte totale d'estime en elles-mêmes**. Elles décrivent une grande remise en question et un sentiment d'échec concernant leur rôle de mère qu'elles considèrent ne pas réussir à remplir. Un discours de **dévalorisation** de soi est récurrent.

E1 : J'avais l'impression que j'étais pas apte à m'occuper d'elle, que je faisais mal. Forcément, je faisais mal. [...] Je voyais même pas ce que je pouvais dire [à ma fille] à part : je suis nulle et j'y arriverai jamais.

E10 : Du coup même moi, je me disais : c'est moi le problème, c'est moi qui ne suis pas comme tout le monde, c'est que je ne suis pas faite pour être mère.

Une des patientes relate même un **sentiment de honte et de responsabilité** face à son état et ses symptômes de dépression.

E1 : J'avais extrêmement honte de l'état dans lequel je m'étais mis. J'avais l'impression que c'était moi qui m'étais mis dans cet état de zombie.

De plus, on retrouve, comme déjà évoqué, un **sentiment de culpabilité intense** et récurrent accompagnant le vécu des symptômes anxio-dépressifs chez ces patientes. Elles expriment à plusieurs reprises se sentir coupable d'être une mauvaise mère pour leur enfant, de pas réussir à remplir correctement le rôle qui leur incombe.

E5 : Ces pensées-là me faisaient tellement culpabiliser, que ça me faisait repleurer. Je me disais : mais t'es vraiment une mère pourrie franchement, qui pense ça ? Qui n'a pas envie d'être avec ses enfants ? [...] Et puis plus j'y pensais, puisque je les aime plus que tout, c'est même pas un sujet et que j'ai envie d'être une bonne mère pour eux ; plus je me disais, mais pourquoi tu penses ça, tu es vraiment la pire quoi. C'est pas possible, à quel moment on peut penser ça. [...] Je culpabilisais tellement, j'avais tellement l'impression d'être nulle.

E6 : Déjà j'ai pas accepté ma grossesse, donc j'ai même pas accepté ce petit qui n'a rien demandé à personne et en plus de ça je suis même pas capable de lui donner tout ce que je suis censée pouvoir lui donner.

E12 : C'était très compliqué parce qu'après l'angoisse, il y a une énorme culpabilité qui est arrivée. L'angoisse était présente et prenait déjà beaucoup de place et après c'est la culpabilité qui a pris une énorme place, surtout que j'ai pas du tout été soutenue.

D'autre part, plusieurs décrivent avoir eu l'impression de ne plus se reconnaître, **de ne plus être elle-même**, tant les symptômes ressentis étaient intenses.

E10 : J'ai eu l'anxiété qui est passée vraiment au-dessus, et c'était vraiment... J'étais plus moi-même en fait. [...] J'avais l'impression que j'étais en train de devenir schizophrène. J'avais vraiment l'impression de devenir folle, c'était vraiment ce ressenti-là.

E11 : Enfin... C'était très bizarre. J'avais des états... bizarres quoi.

3.2.2.5 Une nouvelle vie de mère devenue insupportable

Pendant la dépression du post-partum, la vie quotidienne avec ses enfants apparaît comme **trop difficile, voire insurmontable**. L'une des femmes interrogées confie alors ne plus supporter sa nouvelle vie de maman.

E5 : Mais c'était dur quand même. Je me réveillais le matin, je me disais : encore une journée. Je me réveillais le matin et la première chose que je faisais, c'était pleurer tellement je n'avais pas envie de vivre la journée que je devais vivre. [...] En plus, je n'avais pas pas envie d'être avec eux. J'avais juste envie d'être avec eux, mais que ce soit moins difficile.

Il ressort également à plusieurs reprises un sentiment de **regret d'avoir eu un enfant**, avec une envie de tout quitter, d'abandonner ce quotidien et ce nouveau rôle de mère.

E3 : Je voulais juste qu'il ne soit pas là, mon enfant. J'avais l'impression que ma vie serait beaucoup plus simple s'il n'était pas là.

E5 : Je me disais : mais c'est quoi cette vie de merde, vraiment ; mais pourquoi t'as fait ça, pourquoi tu t'infliges d'avoir des enfants. [...] J'avais vraiment un problème avec le fait d'être mère, mais je n'avais pas de regret d'avoir des enfants.

E10 : J'avais envie de fuir en fait, j'avais envie de partir. J'avais envie de tout quitter.

E13 : Je me suis dit : mais qu'est-ce que j'ai fait en fait ? Pourquoi est-ce que j'ai eu cet enfant ?

3.2.2.6 Devenir incapable de fonctionner

Un autre des symptômes décrits par les femmes interrogées est un **ralentissement comportemental**, avec un apragmatisme, une apathie, un désintérêt pour n'importe quelle activité.

E9 : Mais du coup mes symptômes c'était : j'avais envie de rien faire, et j'avais envie de dormir tout le temps.

E6 : J'étais extrêmement fatiguée et j'avais la force de rien, j'avais envie de rien faire. [...] Je ne faisais rien, j'étais tout le temps dans ma chambre.

La dépression post-partum a des répercussions **sur tous les pans de leur vie quotidienne**. Elles expriment être devenues incapables de fonctionner ou de réfléchir, se sentant vidées. Le moindre geste du quotidien devient parfois difficile.

E1 : J'avais plus de mémoire. Par exemple, des gestes du quotidien, j'arrivais plus à les faire. Je devais noter les étapes pour me préparer le matin, parce que je savais que si je notais pas, j'allais oublier une étape. [...] Par exemple, des fois, j'allais aux toilettes et j'oubliais de tirer la chasse. C'est tellement bizarre. Tous les automatismes que j'avais, enfin que n'importe quel être humain a, je les avais complètement perdus.

E10 : Je voulais plus me lever de mon lit le matin, je voulais plus rien faire. Tout était compliqué, les gestes de la vie quotidienne étaient durs, que ce soit pour moi et même pour le bébé, je le faisais machinalement. Je faisais plus à manger, ni rien. C'était vraiment... du laisser-aller plus plus.

E12 : Je me sentais vidée. J'avais même plus de quoi réfléchir normalement.

3.2.2.7 Des perturbations physiologiques qui impactent la santé physique

Les femmes interrogées évoquent avoir développé des **troubles du sommeil** durant leur dépression, avec de grandes difficultés à trouver le sommeil, aggravant le vécu épuisant du post-partum.

E10 : Je dormais plus. Même la sieste, j'arrivais même pas à faire de sieste. Pourtant, je pouvais trouver le temps de le faire, mais j'y arrivais pas. J'essayais de me mettre en condition, mais j'y arrivais pas. C'étaient vraiment les nerfs qui me tenaient.

E11 : Je dirais que les premiers signes, c'était le fait de pas pouvoir dormir du tout et d'être un état de stress à chaque fois qu'il s'agissait de dormir, que ce soit de jour ou de nuit. [...] Les nuits étaient compliquées. Enfin j'ai vraiment eu du mal... [Mon conjoint] se rendormait, mais moi j'arrivais pas à me rendormir. On me disait : « dors en journée », mais quand je m'allongeais, j'arrivais pas à dormir, j'étais passée à un stade où j'étais trop...

Ces difficultés à dormir sont souvent associées à une **hypervigilance**, état de qui-vive permanent altérant leur capacité physiologique à trouver le sommeil.

E12 : A contrario, j'étais en hypervigilance. Je suis restée quatre jours, pendant 72 heures j'ai pas dormi. Pas une seule minute.

E2 : Je dirais que déjà pendant les toutes premières semaines, j'étais en grosse hypervigilance. [...] J'avais du mal à me poser. Quand je m'endormais, quand je plongeais dans un sommeil, ça m'arrivait systématiquement de me réveiller en sursautant, en me disant : est-ce que tout va bien, qu'est-ce qui se passe ?

À ces perturbations du sommeil se rajoutent parfois des **troubles des conduites alimentaires**, avec une anorexie ou encore des modifications des habitudes alimentaires amenant une des patientes interrogées à remplacer ses repas par la consommation éparse d'aliments avec une appétence pour le sucré.

E1 : J'ai arrêté de manger aussi. Ça aussi, c'était un symptôme. Je mangeais plus du tout, je sais même pas comment j'ai pu continuer à allaiter parce qu'à partir du moment où je suis sortie de la maternité, j'ai arrêté de manger. Je mangeais que des sucreries, des croissants, que des trucs un peu réconfortants, mais pas des vrais repas.

E7 : J'avais perdu beaucoup de poids. Je m'alimentais pas parce que je ne trouvais pas le temps ni l'envie de manger. Je me forçais à manger quand mon mari était là. Il faut savoir que mon mari travaille de nuit une semaine sur deux, du coup la semaine où il était de nuit, j'avais la facilité à ne pas manger. J'ai perdu six kilos en l'espace d'un mois et demi.

3.2.2.8 Se renfermer sur soi-même

Enfin, le vécu de la dépression post-partum conduit plusieurs des mères à se **renfermer sur elles-mêmes**, évitant les interactions avec leurs proches.

E8 : Après, il devait sûrement être présent, mais j'avais pas le sentiment. Je suis quelqu'un d'assez solitaire, quand je suis pas bien, je parle pas. Et je préfère éviter de voir du monde en fait.

E6 : Je m'étais beaucoup renfermée sur moi-même. Quand elle me posait des questions sur les troubles de la mémoire, elle me demandait : « est-ce que votre entourage a le sentiment que vous oubliez des choses ? ». Mais je ne savais pas : j'ai pas de recul, parce que je parle à personne.

3.2.3 Des facteurs de risque identifiés dans la survenue de cette dépression post-partum

Au fil des entretiens, on identifie parfois des facteurs de risque chez ces femmes ayant traversé une dépression postnatale : facteurs de risque préalables ou contemporains à la grossesse, caractéristiques liées à leur post-partum. D'autre part, cet épisode dépressif survient à plusieurs reprises malgré la présence de facteurs identifiés comme protecteurs retrouvés dans les récits des patientes.

3.2.3.1 Des facteurs de risque avant la grossesse : un terrain favorable à la dépression post-partum

Tout d'abord, des facteurs de risque préalables à la grossesse sont parfois identifiés par les patientes comme ayant pu favoriser la survenue de leur dépression. Plusieurs femmes interrogées racontent avoir vécu dans leur passé **un épisode dépressif, un trouble anxieux** ou même un premier épisode de dépression du post-partum.

E1 : C'est [mon médecin traitant] qui m'avait prescrit quand j'avais une vingtaine d'années mes antidépresseurs, quand j'avais fait un épisode dépressif. Mais c'était dû à l'anxiété généralisée, j'ai un trouble de l'anxiété généralisé, ça avait été diagnostiqué avant.

E3 : J'avais déjà eu ça, mais pas si intense. J'ai l'impression que la dépression du post-partum la deuxième fois était beaucoup plus intense, elle était vraiment beaucoup plus forte.

E4 : Il faut savoir que déjà avant la grossesse, j'étais sous antidépresseur, parce qu'au travail, c'était un peu compliqué.

E12 : J'avais fait une dépression. Je suis tombée enceinte [six ans après]. Donc ça datait quand même, mais il y avait une petite tendance dépressive.

De plus, un autre élément important est retrouvé au cours de deux entretiens distincts. Deux des mères interrogées expliquent avoir subi **dans leur enfance des violences, physiques ou psychologiques**, de la part de leurs parents ; la résurgence de souvenirs traumatiques a eu lieu pendant leur grossesse ou leur post-partum. Pour ces femmes, ces violences passées ont entraîné des séquelles sur leur vécu en tant que mère.

E2 : Dans ma petite enfance, de 0 à 6 ans, mon père a été très très dur avec moi. J'ai eu une éducation très difficile avec de la violence psychologique et la violence physique, pas envers ma mère, mais envers moi. [...] Je pense qu'en devenant mère, j'ai eu beaucoup de remontées de ma propre enfance. Difficile à gérer, parce que comment gérer les premières bêtises de son enfant quand moi-même, je n'ai connu que la violence.

E12 : Que les pleurs de [mon fils] que je supportais pas, c'étaient aussi les miens que j'entendais quand j'étais petite. Que non, on ne met pas deux tartes aller-retour à un enfant de 18 mois parce qu'il a fait tomber un bout de pain. « Ça, c'est des choses dont vous ne vous souveniez plus qui sont revenues... ? » [...] On m'avait déjà dit auparavant que mes parents étaient très durs avec moi quand j'étais petite, mais on m'avait jamais vraiment dit pourquoi. [...] Les gens ont commencé à me dire, genre ma cousine qui me dit : « ma mère se rappelle, ça l'a marqué ce jour-là » ; où j'avais à peine 18 mois, je marchais même pas, j'étais dans ma chaise haute, je fais tomber mon pain par terre, et je me prends un aller-retour de ma mère. Ou à deux ans, j'écris sur les murs dans la chambre, et ma tante me dit : « c'était le plus long quart d'heure de ma vie, quand ton père a fermé la porte de ta chambre et ce qui s'en est suivi ».

3.2.3.2 Un vécu de grossesse difficile et des évènements favorisants pendant la grossesse

Au-delà des facteurs de risque présents avant la grossesse, d'autres liés au vécu de la grossesse émergent lors de l'analyse des entretiens.

Pour commencer, plusieurs des femmes interrogées déclarent avoir été enceintes **alors qu'un projet de grossesse n'était pas envisagé** et qu'elles ne se sentaient pas prêtes à accueillir un enfant à ce moment de leur vie.

E1 : Ma grossesse, c'était une grossesse surprise, je ne m'attendais pas à être enceinte. J'avais déjà fait une IVG [deux ans avant] et on n'était pas forcément prêts à avoir un enfant tout de suite.

E6 : C'est vrai qu'initialement quand je venais d'accoucher de ma première ma fille, ça ne me dérangeait pas d'avoir un deuxième enfant assez rapproché. Mais quand j'ai vu les premiers mois [...] tout de suite, je me suis dit : en fait, grosse mauvaise idée. On va laisser le temps de se remettre de tout ça. [...] Et c'est vraiment à ce moment-là, où je me suis dit pas tout de suite, que j'ai commencé à douter. Je ne savais pas au début que j'étais enceinte.

De plus, chez l'une d'elles, le vécu d'une grossesse non désirée a été accompagné d'un **déni de grossesse** et d'une découverte tardive de sa grossesse vécue comme un choc.

E6 : Et ensuite, après ce premier test, je n'ai jamais entamé de démarche médicale. Je suis pas du tout allée voir une sage-femme. J'ai vécu comme si je n'étais pas enceinte, je vivais ma vie normalement, j'allais travailler. [...] Je suis allée faire cette échographie et là, je découvre le bébé qui faisait tout ça (*écarter les mains de 10 cm*). Pourtant, mon ventre était peut-être un peu arrondi, mais je ne pensais pas que j'étais aussi avancée. [...] Vraiment j'étais... (*court silence*) choquée.

Ensuite, les **symptômes anxieux et dépressifs débutent parfois dès la grossesse**. L'une d'elle exprime aussi une ambivalence à la découverte de sa grossesse : elle ne ressent pas le bonheur attendu, même si la grossesse était désirée. Plusieurs décrivent surtout un fort sentiment d'anxiété qui s'installe au fil des mois.

E9 : À peine le test était positif, c'est bizarre, mais j'étais pas vraiment contente. Dès le début. C'était un peu bizarre. Et ça a duré tout le long de la grossesse. Il n'y avait vraiment aucun souci, mais c'est vrai que psychologiquement, c'était beaucoup plus difficile que pour la première. [...] J'avais pas envie. En fait c'était bizarre comme sentiment, mais les échographies tout ça, ça m'intéressait pas vraiment.

E10 : On va dire que la grossesse, si je devais résumer, je dirais une grossesse assez anxieuse Avec beaucoup de stress. De l'anxiété autour de la grossesse, surtout les premiers mois, dès l'annonce de la grossesse. [...] Je pense qu'au début de ma grossesse, j'ai l'impression que c'était quand même comme une petite dépression finalement. Il y avait certains symptômes qui étaient un peu similaires que pour le post-partum.

E1 : J'avais aussi la peur de perdre le bébé, j'avais une peur intense de perdre le bébé, et d'avoir fait tous ces efforts, d'avoir subi tous ces symptômes pour rien, pour au final perdre l'enfant.

Chez l'une des femmes interrogées, ces angoisses qui s'installent pendant la grossesse sont déclenchées par l'annonce d'une **possible pathologie grave de son enfant**, qui s'avéra finalement bénigne. Malgré tout, sa grossesse restera marquée par l'inquiétude et l'incertitude avec une peur de perdre son enfant.

E3 : Suite à une erreur de mesure, la sage-femme m'a annoncé que ma grossesse n'allait pas arriver à terme parce que mon enfant était trop petit, qu'il n'était pas viable. [...] À partir de ce jour-là, ma vie a complètement basculé. J'étais pas bien, j'ai pensé que ma grossesse allait vraiment s'arrêter. Après j'ai dû attendre 15 jours pour faire une nouvelle écho, c'étaient les pires 15 jours de ma vie. Et au bout de 15 jours, c'était juste une erreur de mesure. L'enfant allait très bien. Il avait une suspicion d'hypospadias,

c'est une malformation au niveau de la verge. [...] Mais j'étais quand même très angoissée. L'angoisse est restée, du fait que je pouvais le perdre à n'importe quel moment.

Au-delà de l'aspect psychologique, la grossesse est également souvent décrite **comme une épreuve sur le plan physique**. Plusieurs relatent des symptômes physiques difficiles à vivre, avec au premier plan une asthénie qui débute dès la grossesse. Elles expriment également s'être senties diminuées, malades. Ces symptômes physiques constituent parfois une première désillusion qui précède celles déjà décrites pendant le post-partum.

E1 : Le premier trimestre a été dur au niveau symptômes, j'ai eu beaucoup de nausées toute la journée, et je m'y attendais pas du tout. Je pense que c'était une première désillusion. [...] Ça m'a plutôt étonnée les symptômes, enfin l'intensité des symptômes. [...] J'avais beaucoup de nausées, j'étais aussi très essoufflée dès le début. J'avais l'impression d'être handicapée.

E13 : Ma grossesse, je l'ai vécu en demi-teinte, parce que j'étais très fatiguée et je m'attendais pas être fatiguée comme ça. Avant de tomber enceinte, j'étais très active, je faisais beaucoup de sport. Et dès les premiers mois, j'ai tout de suite eu un manque d'énergie, qui m'a vraiment assommée. J'avais beaucoup de nausées, je vomissais pas, mais j'avais vraiment énormément de nausées.

E9 : Pour la première, j'étais super contente. Je me sentais bien, je me sentais jolie, épanouie. L'image qu'on a de la femme enceinte, c'est exactement ce que j'ai vécu. Mais pour le deuxième, ce n'était pas du tout comme ça. Vraiment, je me trouvais moche, je me trouvais ralentie, fatiguée.

Ce sentiment d'être diminuée physiquement est particulièrement marqué en fin de grossesse chez l'une des femmes interrogées : une **fracture** de la cheville l'a immobilisée, ce qui a impacté de façon négative la fin de sa grossesse.

E8 : Jusqu'à huit mois, où le corps a dit stop : je suis tombée dans les escaliers et je me suis cassé la cheville. [...] J'ai été plâtrée. Je vous avoue que c'était pas évident pour moi, parce que je suis quelqu'un d'assez dynamique et malgré mon poids, je bouge beaucoup. [...] Je suis pas du genre à rester sur mon canapé ou dans mon lit toute la journée. Mais là j'avais pas le choix.

Pour finir, plusieurs femmes évoquent avoir vécu pendant leur grossesse des **événements majeurs dans leur vie personnelle** qui ont modifié leur quotidien et qui ont pu, d'après elles, favoriser la survenue de leur dépression postnatale. L'une d'entre elles parle notamment de la mort de son père, survenue en début de grossesse. Un déménagement a également marqué la grossesse de deux d'entre elles.

E5 : Après, j'ai eu un gros événement au début de ma grossesse. Deux jours avant d'apprendre ma grossesse, j'ai appris la mort de mon papa. Donc je pense que ça a pas dû m'aider. On s'entendait pas très bien, je vais pas rentrer dans les détails de la relation, mais je savais qu'il allait mourir, on était plus très proches. [...] Et puis il y a eu encore autre chose : on a vendu notre maison, et on a racheté dans la foulée une autre maison dans laquelle on est encore actuellement.

E12 : Par contre, on a déménagé pendant la grossesse, à un mois du terme. C'était prévu, voulu. Mais voilà, je sais maintenant, je suis renseignée, que ça peut faire partie des petites prédispositions.

3.2.3.3 Un accouchement parfois compliqué, comme point de départ de la dépression ?

L'**accouchement** est parfois vécu de manière **difficile, avec la survenue de complications**. Il est alors identifié chez certaines mères interrogées comme le point de départ de leur dépression postnatale : pour l'une, un accouchement souhaité à domicile qui sera finalement médicalisé à l'hôpital, ou pour l'autre, une césarienne traumatisante, vécue en extrême urgence et sans anesthésie efficace.

E12 : C'est parti en code rouge. C'est-à-dire qu'on m'a dit : « là, on a 15 minutes pour le sortir, il est en détresse fœtale, vous êtes en train de faire une infection, et cetera ». [...] Donc là, voilà, césarienne code rouge classique, il y a je ne sais plus combien de personnes, les brancardiers, qui arrivent. [...] [Le médecin] me dit : vous me confirmez que vous sentez rien et il a posé scalpel. J'ai dit : si si, je sens très bien où il est et là, ça a été le début de l'horreur. Parce que j'ai eu une césarienne à vif. Ça, c'est très compliqué pour moi, encore aujourd'hui. Autant la dépression... mais ça... (*larmes dans la voix*) Je hurlais. [...] L'accouchement, pour moi, c'est le vrai point de départ.

E13 : Et donc tout ce que je ne souhaitais pas à la base, je l'ai eu. La perfusion, la péridurale, le produit pour faire venir les contractions. [...] Parce que j'étais vraiment très déçue de moi-même : regarde, t'as même pas été capable d'accoucher comme tu le souhaitais. C'était que des pensées comme ça, que de pensées négatives.

3.2.3.4 Un post-partum qui se complique

Sur le plan physique, plusieurs des femmes interrogées racontent **un vécu douloureux et fatigant** suite à l'accouchement, dans les jours et semaines suivant la naissance.

E11 : J'avais du mal à tenir debout pour m'occuper de bébé, j'étais très faible, j'avais encore l'impression que j'allais faire un malaise vagal, donc je devais rester sur une chaise. J'avais perdu dix kilos.

E13 : Je souffrais encore de mon épisiotomie [...] Y'avait aussi ce côté-là qui faisait que je pouvais pas profiter pleinement, parce que j'étais dans ma propre souffrance à moi et je savais pas comment la gérer.

Du reste, une des mères interviewées explique avoir vécu une **complication médicale grave** durant son post-partum immédiat : une hémorragie méningée qui a mis plusieurs jours à être diagnostiquée et qui l'a conduite à une hospitalisation et à une séparation de son enfant pendant quelques semaines. Ce séjour l'a fortement impactée dans le vécu de son post-partum et dans la création d'un lien avec son enfant et il a contribué à l'installation des symptômes de dépression.

E6 : J'ai eu une rupture d'anévrisme en fait à ce moment-là, mais on l'a su bien plus tard. [...] Je suis restée à peu près un mois à l'hôpital. [...]

Et puis avec mon petit... C'était un peu compliqué. Enfin, c'était très compliqué. [...] Il avait quand même six semaines quand je suis rentrée. [...] Il y a un attachement qui s'est fait entre le petit et les personnes qui se sont occupées de lui. Et cet attachement malheureusement, moi je ne l'avais pas. On s'attache aussi à l'enfant parce qu'on s'occupe de lui, qu'on le voit tous les jours.

Au-delà des complications médicales maternelles, on retrouve dans deux entretiens la survenue d'une pathologie chez l'enfant, **un reflux gastro-œsophagien** parfois important, entraînant des difficultés d'alimentation et de sommeil et ayant un impact sur le vécu de la période postnatale de ces femmes.

E9 : Il avait des soucis de reflux beaucoup, mais de reflux interne. [...] Il avait plein de médicaments, Inexium® machin truc là, il avait plein de médicaments à prendre, c'était galère. Donc il pleurait beaucoup. Il avait du mal à s'endormir, il dormait que sur le ventre. Pour la sieste, on le faisait dormir sur le ventre, à côté de nous sur le canapé. Mais pour la nuit, on le forçait à dormir sur le dos.

E7 : En plus, on a eu de la chance, on a eu un bébé avec un RGO assez important, qui ne s'alimentait plus. Elle n'avait pas une allergie à la protéine de lait de vache, mais une intolérance sévère à la protéine de lait de vache. Et on a eu du mal à poser un diagnostic.

3.2.3.5 Un post-partum riche en bouleversements dans sa vie personnelle et professionnelle

D'après l'une des femmes interrogées, l'existence **d'évènements ayant perturbé ses repères dans sa vie personnelle et professionnelle** a contribué à la survenue de sa dépression post-partum. Elle évoque l'accumulation d'une perte de repère, tout d'abord dans son travail, avec un changement de manager, la mise en place d'un temps partiel, une charge de travail importante, mais aussi dans sa vie personnelle avec l'achat d'une nouvelle maison et un déménagement. Tous ces changements se rajoutent au bouleversement que constitue déjà la période du post-partum en tant que telle.

E2 : J'ai repris à 80% avec le mercredi de libre. [...] Il a fallu que je trouve une nouvelle organisation : alors qu'avant, j'avais mon 100% et ma charge de travail qui n'a pas du tout du tout baissé de 20%, sans repère de manager et en courant après le temps parce que rien n'a été fait depuis des mois, ils m'attendaient en se disant ça y est maintenant, on va pouvoir enchaîner sur des projets. [...] Mon mari voulait absolument vendre l'appartement. [...] Du coup, on s'est lancé sur la vente de l'appartement, l'achat de la maison, des travaux à gérer, ma reprise de boulot, la gestion de la petite avec la nouvelle nounou. Tout ça, moi j'ai pas réussi à suivre.

3.2.3.6 L'absence d'environnement familial et amical proche

L'**isolement social ou familial** semble contribuer chez certaines à la survenue de la dépression du post-partum, par l'absence d'aide ou de relais reçus de leurs proches. Cet isolement est parfois consécutif à un éloignement géographique. L'une des femmes interrogées explique également ne pas avoir osé demander de l'aide à ses amis, de peur de déranger, ce qui a contribué à sa solitude. Une autre évoque la période de pandémie covid et du couvre-feu comme facteur ayant engendré cette situation d'isolement.

E4 : On était nous. Parce que nos familles vivent très loin. [...] Donc ce n'est pas que personne ne voulait, c'est que c'était pas possible géographiquement parlant. Après oui, on a des amis, mais on voulait pas les déranger pour nous aider. Sur la logistique et tout, on était mon mari et moi. Et puis ma grande

aussi, elle voulait beaucoup aider, sur ce qu'elle pouvait faire. Mais sinon on n'avait pas beaucoup... on avait personne à côté en fait pour nous aider.

E12 : On n'a pas du tout d'entourage familial proche. C'est-à-dire que ma mère est à Avignon, mon père est dans les Pyrénées-Atlantiques, et ses parents sont aux Antilles.

E5 : On était très seuls, personne ne venait à la maison. On n'était plus confinés, mais il y avait des horaires, il fallait rentrer à 18h, donc on ne pouvait pas inviter des amis le soir. Tout le monde venait avec des masques au cas où pour la petite. C'était compliqué.

3.2.3.7 Au contraire, des facteurs protecteurs : une dépression postnatale que rien ne laissait présager ?

Au fil de l'analyse des entretiens, on identifie des facteurs pouvant apparaître comme protecteurs face à la survenue d'une dépression postnatale. La présence de ces derniers n'a pourtant pas empêché la survenue de l'épisode dépressif chez ces femmes.

Tout d'abord, plusieurs des femmes interrogées expliquent avoir **des connaissances** sur la réalité de la maternité avant d'être enceinte. L'une d'elle évoque aussi avoir déjà l'**expérience rassurante d'un premier enfant**.

E13 : Étant la dernière d'une fratrie de quatre, je suis bien entourée, et puis j'ai deux grandes sœurs, j'ai vu ma sœur qui était enceinte, j'ai mes neveux, donc cette vision-là de la maternité m'était assez familière.

E5 : Je me sentais quand même plus préparée. Je m'étais dit : si elle pleure, c'est pas grave, tu sais comment faire, le portage, etc. Applique, fais-toi confiance, tu sais faire.

La dépression du post-partum ne présente pas toujours de symptômes en prénatal. Certaines participantes décrivent au contraire avoir vécu une **grossesse de façon heureuse**, sereine et épanouie.

E2 : Plutôt grossesse très très sereine. Aucun signe avant-coureur pendant la grossesse. Je me sentais comme la reine du monde, la superhéroïne. Quand on voyait pas mon ventre, j'avais envie de crier à tout le monde que j'étais enceinte, que tout se passait bien.

E12 : La grossesse s'est bien déroulée et étant une personne très anxieuse, je me sentais particulièrement sereine. Parce que c'est ce que j'avais toujours voulu, que ça se déroulait bien.

Cette **grossesse était souvent très désirée**, également par leur conjoint qui se révèle soutenant pendant celle-ci.

E3 : C'était mon deuxième enfant cette grossesse-là. Il était très désiré.

E12 : Alors ma grossesse, c'était une grossesse désirée. J'avais un désir d'enfant très très ancré depuis enfant. [...] [Mon conjoint] était très soutenant, très présent, il y avait pas de soucis dans notre relation de couple, etc. à ce moment-là.

Les femmes interrogées sont nombreuses à décrire une grossesse qui se **passé très bien sur le plan médical**.

E9 : Médicalement, elle se passait bien. Il n'y avait pas de problème. Pas de diabète ou ce genre de truc. Prise de poids normale. Enfin, normale... (*rires*)

E4 : La grossesse s'est bien passée. [...] Médicalement, tout s'est très bien passé.

Par la suite, plusieurs ont également **bien vécu leur accouchement**, un accouchement qui se passe bien, voire décrit comme « de rêve » avec un accompagnement idéal par les professionnels de santé (que l'accouchement soit par voie basse ou par césarienne).

E3 : C'était super, ma césarienne. J'étais avec mon mari, on m'a expliqué toutes les démarches, tout ce qu'ils faisaient ils me le disaient. On était vraiment bien dans la salle d'accouchement. C'était comme j'imaginai pour la première. [...] Ils étaient très rassurants. C'était une césarienne de rêve, on va dire.

E6 : Je suis rassurée, c'est bon, j'ai ma péridurale. J'accouche. Ça s'est très très bien passé, j'en ai un très très beau souvenir. C'est un bébé coiffé, tout le monde était assez émerveillé par l'arrivée de ce petit.

La **première rencontre** avec son nouveau-né est racontée par certaines comme **merveilleuse**, avec un amour maternel immédiat et un lien mère-enfant qui se crée instantanément.

E5 : Ma fille est née. J'étais hyper contente et heureuse. [...] Elle a grimpé jusqu'au sein pour téter comme un petit animal, c'était trop mimi. On trouvait qu'elle ressemblait trop à mon fils, on était tous les deux ébahis. J'ai pu la garder en peau-à-peau, tout allait bien. [...] Quand elle est arrivée au monde, je l'ai aimée tellement tout de suite, ça a été vraiment facile.

E2 : J'ai créé tout de suite un lien. Quand je l'ai vu, ma première chose, c'était : c'est pas vrai, j'ai un bébé, ça y est, j'ai mon bébé après tous ces efforts. [...] J'ai aimé ma fille au premier regard, je l'ai trouvée magnifique. Le rêve de la première rencontre. Le papa, je crois que c'était pareil.

Dans plusieurs des entretiens, les mères soulignent le fait d'avoir eu un **enfant en bonne santé**, « **facile** » sans difficultés particulières avec le sommeil ou l'alimentation. L'une d'elles s'interroge même sur la survenue de sa dépression du post-partum lors de son deuxième post-partum, pourtant beaucoup plus facile qu'avec son premier enfant.

E2 : Mais sinon elle buvait bien, elle dormait bien, franchement rien à dire sur la petite.

E5 : Ce qui est dingue, c'est que ce post-partum a été beaucoup plus facile. [...] Oui, elle dort, elle tète bien, des fois elle pleure un peu la nuit, mais on la porte et elle se rendort. Sur le papier, c'était un bébé plutôt facile même. En tout cas, on l'a vécu comme ça. Mais je sais pas pourquoi... J'avoue qu'encore actuellement, je sais pas vraiment ce qui m'a ce qui m'a mis là-dedans.

Enfin, l'entourage familial est parfois très présent avec beaucoup **de soutien et d'aide reçus de la part des proches**.

E6 : Autour de moi, j'avais tout ce qu'il fallait. J'avais énormément d'aide, énormément d'amour de ma famille. Mon couple qui s'est énormément soudé aussi, avec [ma rupture d'anévrisme]. Et malgré tout ça, j'ai tout ça, mais je ne suis pas bien.

Ces facteurs protecteurs sont souvent identifiés comme tels par les patientes, qui **ne comprennent pas les raisons** de leur dépression du post-partum, compte tenu des conditions

théoriques idéales de leur post-partum. Plusieurs connaissaient l'existence de cette pathologie, mais **se sentaient inatteignables** par celle-ci.

E4 : Ce sont les jours où je me suis retrouvée toute seule avec les deux bébés à la maison, où là c'est... Pourtant, ils étaient bien, ils demandaient pas d'attention particulière, on a eu de la chance, il y a pas eu de problème gastrique particulier. Enfin, j'avais tout pour aller bien en fait. Mais c'était pas vraiment ça. [...] Mais je ne comprenais pas pourquoi ça m'arrivait à moi, puisque j'ai trois magnifiques enfants, j'ai un mari au top, j'étais en congé mat pendant l'été, il faisait beau, on pouvait profiter, sortir...

E1 : J'avais déjà entendu parler de dépression post-partum, mais je pensais pas que ça me toucherait, c'est peut-être bête (*rires*). [...] Je pensais pas que ça pourrait me toucher moi parce que j'avais déjà fait de la dépression, j'avais déjà été sous traitement. Mais comme ça allait mieux avec la grossesse, je m'étais dit... je sais pas.

E3 : Je ne voulais pas croire que c'était la dépression du post-partum, c'était pas possible que je passe encore par là, alors que je savais comment faire pour ne pas en arriver là. Mais on ne contrôle pas.

E7 : Je me suis dit : pour avoir une dépression du post-partum, franchement, je pense qu'il faut y aller quoi, ça vient pas comme ça du jour au lendemain. On se dit jamais qu'on va tomber dedans.

3.2.4 Une dépression postnatale aux conséquences dévastatrices

Au cours de l'analyse des entretiens, la dépression du post-partum apparaît dans tous les récits avoir eu des conséquences majeures, que ce soit sur le lien mère-enfant, sur leur conjoint ou sur leur vie sociale et professionnelle.

3.2.4.1 Impact de la dépression du post-partum sur le lien mère-enfant

En premier lieu, l'**impact sur le développement du lien mère-enfant** est largement évoqué par les femmes interrogées. L'enfant est vu comme une charge, sa nouvelle vie de mère comme un devoir imposé à accomplir. De nouveau, la fatigue semble prendre une place majeure dans ce vécu.

E2 : Je prenais même pas plaisir d'être avec elle parce qu'elle me ralentissait, parce qu'il fallait que j'avance. Tout devenait une contrainte.

E4 : Je m'en occupais parce qu'il fallait s'en occuper et j'espérais juste qu'ils pleurent pas trop, qu'ils pleurent le moins possible, pourtant ils ne pleuraient pas beaucoup.

E5 : Je lui ai expliqué que je suis fatiguée, j'en ai marre de m'occuper d'eux, ils pleurent, on dort plus.

La mise en place du lien mère-enfant est souvent décrite comme difficile. Les mères interrogées racontent ne **pas réussir à interagir avec leur enfant**, à créer une relation. Les interactions mère-enfant sont **dénuées d'affect**, elles racontent s'occuper de leur bébé de manière mécanique.

E1 : À ce moment-là, il n'y avait aucune relation, j'arrivais pas. [...] On me disait : il faut lui parler tout le temps. Mais je n'arrivais pas à lui parler, rien ne sortait de ma bouche.

E4 : Je les ai toujours aimés mes enfants, mais c'est vrai que jusqu'à environ [...] leurs six mois-un an, jusqu'à cette période-là, j'ai l'impression que c'était machinal. Je m'en occupais parce qu'il fallait s'en occuper, parce qu'il fallait leur donner à manger.

E7 : Je regardais ma fille et je n'interagissais plus avec elle.

E8 : Quand il pleurait trop, ça va être horrible ce que je dis, mais je préférais le voir comme un objet, parce qu'au moins un objet, il n'y a pas d'affect, donc ça fait pas mal. Mais je m'en occupais.

Elles ne parviennent alors plus à s'occuper de leurs enfants, vont jusqu'à **ne plus ressentir d'intérêt pour eux**. L'une d'elle décrit même avoir ressenti son enfant **comme un étranger**.

E1 : Parce qu'au bout d'un moment, elle ne m'intéressait même plus.

E5 : J'avais l'impression de ne plus réussir à m'occuper de mon fils aussi, je le délaissais.

E9 : Avec le petit, j'arrivais à rien faire. J'arrivais à peine à le porter, j'avais peur, ou je ne sais pas trop, mais vraiment je n'arrivais pas à l'habiller, ni rien.

E12 : Je ressentais mon bébé comme un étranger. J'avais du mal à m'en occuper parce que j'étais... [...] Je le regardais tout le temps, tout le temps, tout le temps. Et d'un côté, je me disais, mais qui est cette personne.

En outre, la dépression du post-partum s'accompagne parfois de **sentiments négatifs** envers son enfant, qui est alors vu comme la cause de ses difficultés. La pensée que la vie serait plus simple sans l'existence de ce dernier est récurrente chez ses femmes. Plusieurs expliquent avoir **songé à faire du mal à leur enfant**, sans pour autant passer à l'acte.

E3 : Je m'énervais tout le temps avec lui, parce que je disais que c'était sa faute si j'étais fatiguée. [...] Le fait que je ne veuille plus m'occuper de mon enfant, que parfois quand il pleurait, je veuille limite le secouer, car je voulais juste qu'il s'arrête, [la psychiatre] m'a dit que c'était vraiment la dépression du post-partum.

E4 : Je crois que c'est un jour où j'ai dû regarder une émission parlant des jeunes parents, et je me suis rendu compte que j'avais eu certaines pensées, alors qui ne sont pas restées longtemps peut-être, mais parfois je me disais : et s'il y en avait qu'un seul, s'il n'en restait qu'un seul... Mais j'ai jamais voulu faire de mal à mes enfants. Je m'en voulais même d'y penser finalement. Mais s'il arrivait quelque chose à un pendant son bain ou autre, il n'en resterait qu'un, donc ce serait plus facile.

E7 : Il m'est arrivé un soir où elle pleurait énormément, de la lever vers le haut, sans produire le geste de la secouer, mais je me suis dit : si tu en arrives là, c'est qu'il faut vraiment que tu fasses quelque chose, sinon tu vas lui faire du mal et tu vas t'en vouloir.

Au contraire, une des femmes explique que sa dépression postnatale n'a pas altéré la relation qu'elle avait avec son enfant. Cependant, deux d'entre elles disent avoir **surprotégé** leur bébé les premiers mois, laissant parfois peu la place à la création d'un lien père-enfant.

E11 : J'avais entendu parler de mamans qui étaient avec leur enfant et qui n'arrivaient pas à s'en occuper, parce qu'elles avaient pas du tout l'instinct maternel, mais moi j'avais pas ça. Je continuais quand même à m'occuper énormément de mon fils, donc c'était pas tout à fait pareil. [...] Moi malgré tout, je m'occupais du bébé, par contre je le surprotégeais, je l'aimais vraiment fort.

E13 : Au début, ça a été un peu dur pour [mon conjoint], parce que je pense que les trois premiers mois, j'ai été un peu trop protectrice au niveau de mon fils.

3.2.4.2 Une association à des difficultés dans le développement affectif de son enfant

On retrouve dans l'analyse de deux entretiens des **difficultés dans le développement affectif de l'enfant vis-à-vis de sa mère** : les femmes décrivent soit une hypervigilance de leur enfant vis-à-vis d'elle, soit un sentiment d'insécurité dans le lien d'attachement mère-enfant.

E12 : Aujourd'hui, on constate quand même que [mon fils] est en hypervigilance vis-à-vis de moi. [...] Par exemple, si [il] va me voir pas très bien, [...] parce que j'ai moins le moral aujourd'hui, son comportement va immédiatement changer. Soit il va beaucoup pleurer ou alors il va montrer une véritable inquiétude. C'est-à-dire qu'il va venir me voir, je vais être assise dans le canapé, il va me toucher la main, il va me regarder. [...] Il sait tout de suite. Je suis très expressive du visage donc ça se voit pour un peu n'importe qui, mais mon fils de 21 mois à la seconde où je me sens pas bien, il le sait. Il vient vers moi, et il est très inquiet.

E7 : Je sens aujourd'hui que ma fille a manqué de cette période où j'ai été absente, pas que quand j'ai été hospitalisée, mais aussi mon absence physique et psychologique avec elle. Après je sais pas si c'est vraiment lié à ça, mais elle est très possessive avec moi, elle est très dans la demande, quand je suis pas dans une pièce, elle me réclame. Enfin, je pense qu'inconsciemment, elle a encore mon absence ancrée et du coup, elle essaie de rattraper le temps perdu.

La dépression du post-partum ne semble pas, tout du moins dans les récits recueillis, avoir **entravé le développement psychomoteur** des enfants.

E12 : On constate, que ce soit avec la médecin de la crèche, la psychologue de la crèche, qu'il y a des impacts quand même aujourd'hui. Pas du tout sur son développement, sur ses acquisitions, il n'y a pas de problème.

Quelles que soient les conséquences sur le développement de leur enfant, le sentiment **d'inquiétude et de culpabilité concernant les répercussions** possibles est récurrent dans le vécu des femmes interrogées. Plusieurs expliquent avoir beaucoup verbalisé leurs difficultés à leur enfant, conscientes de l'effet possible de leur dépression sur ce dernier.

E5 : À quel moment tu as envie d'être ailleurs qu'avec tes enfants. T'as pas envie de t'occuper d'eux, tu te rends compte, ils vont être traumatisés.

E7 : Je me suis dit : elle va manquer de ma présence, elle va manquer de mon soutien, elle va manquer de mon amour et c'est pas ça l'arrivée d'un enfant, c'est pas du tout ce que j'avais prévu.

E12 : J'étais très formée à... Enfin très informée, on va dire, à l'importance du lien mère-enfant, donc je verbalisais énormément avec mon enfant. C'est très important pour moi. Je savais à quel point c'était décisif et c'est d'ailleurs ça qui m'angoisse énormément. C'était le serpent qui se mordait la queue. Je savais à quel point mon état pouvait avoir un impact sur ce lien. [...] Donc je savais à quel point mon fils pouvait être impacté par ça pendant des années durant. Donc ça faisait que de m'angoisser aussi.

E10 : Je lui parlais beaucoup, je le disais beaucoup que là, j'étais pas bien, mais que c'était pas à cause de lui, que c'était une période, que ça irait mieux plus tard. Voilà, même si c'était un bébé quoi. (*rires*)

3.2.4.3 Un conjoint impacté et un couple mis à l'épreuve

La dépression du post-partum a également un impact important sur le coparent et sur le couple. **Le conjoint se retrouve impuissant et démuni** face aux symptômes de sa conjointe sans trop savoir comment réagir.

E2 : Mon mari commençait à me dire : « franchement, je sais plus quoi faire, je pense que t'as vraiment besoin d'une aide extérieure ».

E4 : Il ne pouvait pas faire grand-chose, mais m'écouter c'était déjà beaucoup. Il se sentait impuissant.

E12 : Il m'a dit que ça l'a énormément rassuré par contre, que j'ai géré par contre. [...] J'ai su appeler, j'ai su demander de l'aide, et ça il m'a dit : « ça m'a beaucoup rassuré ». Parce qu'il m'a dit : « je t'avoue que si tu t'étais laissé mourir dans le lit, je pense que je sais pas si j'aurais pu gérer. Je pense que j'aurais juste appelé les pompiers, j'aurais dit : je ne sais pas ce qu'il se passe ».

Au-delà de ce sentiment d'impuissance, le conjoint se retrouve par ailleurs souvent **seul dans la gestion du quotidien** pendant la dépression postnatale de sa femme, contraint de devoir tout gérer pour deux et confronté **brutalement à ce nouveau rôle** de père à remplir. Par ailleurs, la solitude du nouveau père est parfois accentuée par un isolement social et familial. L'une des femmes raconte aussi la charge prise par son conjoint de devoir annoncer le diagnostic et l'hospitalisation et ainsi de supporter la peine de ses proches.

E9 : Je pense que du coup il y a aussi une espèce d'épuisement comme ça des papas, parce que finalement si nous on ne fait rien, il faut bien que quelqu'un s'occupe du bébé.

E12 : À la maternité, il était complètement perdu parce que c'est aussi son premier enfant, et que pour le coup, il avait jamais tenu de bébé entre ses mains, il avait jamais fait de baby-sitting, etc. Du coup, il s'est d'autant plus vu projeté dans ce rôle très rapidement, parce qu'il s'est dit : « oula, [ma femme] qui d'habitude tout ce qui concerne les enfants, elle gère tout », là il a compris qu'il y avait un truc. [...] La seule personne qui m'a soutenu, c'est mon conjoint, mais tout le reste, ma famille...

E13 : Lui aussi n'avait pas les connaissances de ce que c'était d'avoir un bébé, de s'en occuper, et quelle place avait le père dans tout ça.

E7 : J'ai aussi été dans le secret pour certaines personnes, je voulais pas inquiéter plus que ce que les gens étaient déjà inquiets. Et puis c'est difficile de dire à ses parents : voilà, je suis hospitalisée en psychiatrie pour un moment indéterminé. Donc j'ai donné toute cette charge à mon mari. C'est lui qui a dû prévenir tout le monde, parce que j'étais pas du tout en capacité de le faire. Et lui, pour le coup, il avait les épaules suffisamment larges pour encaisser les peines qui pouvaient y avoir.

Les mères interrogées soulignent souvent l'impact de leur propre dépression postnatale sur la **santé psychique de leur conjoint**, témoin et dommage collatéral. On identifie un risque **d'épuisement paternel**.

E4 : Mais c'est vrai que parfois des petites attentions, ou de faire attention un peu plus à la maman. Et au papa aussi, du coup, il subit tout derrière.

E5 : Ton conjoint qui ne sait plus quoi te répondre et qui lui aussi vient de devenir papa pour la 2^e fois et qui travaille, lui aussi il faut qu'il gère tout et qu'il gère sa femme qui est en dépression.

E9 : S'ils font tout, s'ils font la cuisine, qu'ils s'occupent du bébé, qu'ils se lèvent la nuit, au bout d'un moment, ils vont à l'épuisement. On parle beaucoup d'épuisement maternel, mais du coup, c'est sur le père que ça va. Je pense que ça on n'en parle pas encore assez.

Au-delà du conjoint, la **relation de couple** est également affectée au cours du parcours de ces femmes. Elles évoquent une relation fragilisée par des disputes et par l'installation d'une distance dans le couple.

E2 : J'ai été assez en conflit avec mon conjoint, parce qu'il arrivait plus à me gérer et j'avais des crises de larmes pour rien.

E5 : On s'engueule avec [mon mari]. [...] On n'a pas dormi ensemble pendant un moment. De toute façon, on avait plus vraiment envie, on s'en fichait. Moi j'étais vraiment en mode survie, je me préoccupais même plus de ça.

E3 : Avec mon mari, le dialogue était rompu, que ce soit le dialogue verbal ou même le dialogue physique. Je ne l'approchais plus.

3.2.4.4 Conséquences sur sa vie sociale

L'expérience de la dépression du post-partum a eu, chez l'une des femmes interrogées, une **incidence sur ses relations amicales**. Elle décrit avoir vécu l'éloignement de ses amies proches, qu'elle attribue à la place prise par sa maternité dans sa vie.

E12 : J'ai perdu toutes mes amies. Vraiment, vraiment. C'est-à-dire que même celles qui comprenaient, notamment ma meilleure amie qui est venue plusieurs fois, dans des moments où je devais garder [mon fils] trente minutes et je sentais que ça m'angoissait d'un coup ; petit à petit, depuis les 1 an de [mon fils] on se parle plus. Parce que pour elle, [il] avait pris toute la place. C'était pas spécifiquement lié à la dépression du post-partum, mais je pense que ma maternité a d'autant plus pris de la place dans ma vie, parce qu'il y avait tout cet à côté, du traitement, des rendez-vous...

3.2.4.5 Une répercussion sur sa vie professionnelle

Au-delà de l'impact sur la vie sociale, certaines décrivent également un **retentissement sur leur vie professionnelle** : survenue de crises d'angoisses et de pleurs au travail, incapacité de faire son travail de façon correcte.

E2 : J'ai commencé à faire des crises d'angoisses. Au boulot, j'ai fait des grosses crises de pleurs paniques.

E7 : J'ai été arrêtée pendant trois semaines. J'avais clairement besoin de dormir et de m'échapper de mon travail. J'étais plus en capacité de m'occuper de mes patients. J'avais des trous de mémoire assez importants, j'avais beaucoup de baisses de tension, je mangeais quand j'y pensais.

3.2.4.6 Développement de conduites addictives

Pour finir, la dépression du post-partum a conduit l'une des femmes interrogées à développer des **conduites addictives** : reprise d'une consommation de tabac pourtant sevrée et consommation quotidienne d'alcool.

E7 : La super idée que j'avais eue, c'est que j'associais les antidépresseurs à l'alcool. Ça a été la meilleure idée de ma vie, je pense (*rire forcé*). [...] Je buvais pas à m'en retourner le cerveau, mais il m'arrivait de boire avec des anxiolytiques, donc forcément l'effet anxiolytique était majoré. Je buvais une à deux bières le soir en rentrant du boulot, mais je buvais quand même tous les jours. C'était une forme d'alcoolisme. [...] J'avais juste besoin de ce petit level là pour pouvoir aller me coucher et dormir un peu plus profondément que je dormais en temps normal.

E7 : J'avais repris la cigarette derrière le dos de mon mari, parce que mon mari ne supporte pas la cigarette. J'ai replongé dedans.

3.2.5 Du diagnostic à la guérison : un parcours long et difficile

Au fil de l'analyse de tous les entretiens, on comprend le vécu du parcours diagnostique et thérapeutique de ces femmes. Ce dernier est décrit comme difficile et la rémission longue et souvent incomplète.

3.2.5.1 Un dépistage complexe

Tout d'abord, le diagnostic est dans de nombreux cas difficile à poser. Les **symptômes dépressifs sont souvent cachés ou ignorés**, rendant le dépistage particulièrement complexe.

Les femmes interrogées expliquent au début avoir caché leur souffrance psychique et leur mal-être à leur entourage, en faisant semblant d'aller bien, et en montrant à ses proches une image de mère heureuse.

E1 : Je faisais semblant devant mon conjoint quand il rentrait du travail. Je faisais semblant de parler [à mon enfant], d'être joyeuse, mais au fond, j'avais pas du tout envie de lui parler.

E7 : J'étais rentrée dans une espèce de robotisme, où je montrais aux autres ce qu'ils voulaient voir. Et je me montrais à moi-même la réalité.

Les symptômes dépressifs sont également parfois dissimulés aux professionnels de santé, avec une **limitation des plaintes aux problèmes somatiques**. L'expression de leur mal-être est alors masquée derrière la plainte de symptômes physiques au premier plan.

E1 : [Mon médecin traitant] savait que j'avais des tendances dépressives, mais quand je l'ai consulté, je lui ai parlé uniquement de l'allaitement. Il a dû se dire : « l'allaitement doit vraiment vous bouleverser au niveau hormonal, donc il faut l'arrêter, je pense que vous irez mieux ».

E1 : Je pense pas être si égoïste que ça, mais je parlais beaucoup de moi, donc je pense que c'est quand même un signal quand la maman parle de ses symptômes, parle d'elle. Quand je suis allé voir le pédiatre

aux 15 jours de mon bébé, j'ai parlé que de moi. A posteriori, je me dis qu'il aurait dû se dire, mais elle a un grain. Peut-être qu'il s'est juste dit que j'avais un grain.

Les symptômes de détresse psychique sont vécus de façon intense par ces femmes, avec des pensées parfois noires envers leurs enfants comme cela a été décrit précédemment. De ce fait, elles soulignent la **peur des conséquences** de l'expression de ce mal-être à un professionnel de santé, avec la crainte de se voir retirer la garde de leur enfant.

E10 : Je lui disais que j'avais peur qu'on me retire la garde de mon enfant. Je lui disais tout ça, mais tout en ayant peur qu'on me retire la garde aussi.

Une des participantes interrogées explique ne pas avoir pris l'initiative de consulter de professionnels de santé pendant les premières semaines de son post-partum, malgré l'installation progressive de symptômes anxio-dépressifs et les conseils d'une sage-femme. Cette **absence de recours aux soins** a dans ce cas participé à rendre le dépistage difficile et a conduit à un appel de détresse tardif, au bord de la rupture.

E7 : [La sage-femme] m'avait demandé d'aller voir mon médecin traitant, de potentiellement essayer une prise en charge alternative avec un psychologue, etc. Je lui ai dit oui oui, mais je ne l'ai jamais fait. [...] Pour le coup, si on veut pas se faire suivre, on ne se fait pas suivre, y'a personne qui nous force. [...] « *Et pendant cette période-là, est-ce que vous aviez consulté votre médecin traitant, ou vous y êtes allée juste au moment où ça allait vraiment plus ?* » Ah non, j'y suis pas allée. J'y suis allée juste quand j'ai senti que c'était trop tard.

Un autre facteur contribuant à la complexité du dépistage est le **déni** dans lequel se trouvent certaines mères vis-à-vis de leur état de mal-être. La non-conscience de leurs troubles entraîne inévitablement un retard de diagnostic.

E3 : Je ne pensais pas que c'était la dépression du post-partum, je pensais que c'était seulement la fatigue, le fait que je ne dorme pas.

E8 : J'étais dans le déni pour être claire. Je refusais d'aller voir quiconque parce que j'estimais que j'allais bien.

E6 : Comment [mon médecin] l'a senti ? Moi, je ne m'en rendais pas compte. J'étais pas bien, mais je ne me rendais pas compte des symptômes.

Enfin, la dépression postnatale est parfois **masquée derrière un rôle de mère bien rempli** d'un point de vue extérieur et un **lien mère-enfant construit sans difficultés**.

E5 : J'y arrivais hein, je pense que dans l'aspect extérieur, c'était même plutôt pas mal : ils étaient contents, ils dormaient bien, ils mangeaient bien, ils étaient toujours propres et changés, je faisais des activités

E2 : Ça reviendra certainement dans vos questions, mais j'ai pas du tout eu de problème de lien avec ma fille. Je pense que c'est pour ça que ça a été difficile à diagnostiquer.

3.2.5.2 Un diagnostic finalement posé

Plusieurs schémas sont ressortis concernant la pose du diagnostic de dépression du post-partum chez les femmes interrogées.

Certaines d'entre elles ont pris elles-mêmes **l'initiative de chercher de l'aide auprès de professionnels de santé**, médecin, sage-femme ou directement auprès de spécialistes dédiés. Cet appel à l'aide intervient parfois assez précocement après l'installation des symptômes et permet aux patientes de confier leur détresse et leur mal-être à des soignants à l'écoute. Cependant, on verra plus tard que cet appel à l'aide n'a pas toujours été entendu par certains professionnels de santé.

E1 : Progressivement, je me suis complètement enfoncée dans la dépression, jusqu'à appeler l'unité mère-bébé la plus proche de chez moi. J'étais à un mois et demi après l'accouchement. [...] Je tombe sur un médecin génial, le docteur [X], qui dirige cette unité. Je lui dis que (*rires*) c'est foutu, que à part me suicider je vois pas d'autres issues. Vraiment, je lui dis la vérité.

E11 : Comme je connaissais grâce à mon père ; enfin « grâce » à mon père (*rires*) ; un peu les symptômes de dépression, très vite j'ai réagi en allant voir mon médecin. J'ai pas attendu.

E10 : J'ai bien vu ce que mon état se dégradait vraiment rapidement et j'en ai parlé dès le début. Je pense que ça m'a beaucoup aidé à commencer à aller mieux.

Dans d'autres cas, les premiers signes de détresse ont été **détectés directement par certains professionnels de santé**, attentifs aux symptômes et au dépistage de cette pathologie.

E6 : [La neuropsychologue] (*ndlr : rencontrée dans le cadre du suivi post-hémorragie méningée*) a vu que j'étais pas bien. À chaque fois que je parlais, je pleurais, j'étais en colère contre tout, même contre moi-même. [...] Quand je l'avais au téléphone, elle sentait tout de suite que ça n'allait pas, et c'est elle qui m'a réorientée vers la psychologue de l'hôpital.

E7 : On a fait les cours de rééducation et en fait à chaque fois que j'allais dans son cabinet, je pleurais. C'est elle qui m'a dit : « effectivement, on peut parler de dépression du post-partum ».

L'**utilisation de l'échelle EPDS** est à plusieurs reprises évoquée dans les entretiens. Elle est utilisée par certains professionnels de santé rencontrés pour poser le diagnostic de dépression du post-partum. Par ailleurs, l'une des femmes interrogées explique avoir fait son propre dépistage en utilisant ce questionnaire qui est proposé par la plateforme gouvernementale des 1000 premiers jours à destination des nouveaux parents. Les résultats de ce test lui ont permis d'acter sa prise de conscience de ses symptômes et de consulter un professionnel de santé pour chercher de l'aide.

E11 : J'ai eu ma sage-femme, je lui en ai parlé et elle m'a fait faire le test de... « *L'échelle d'Edimbourg peut-être ?* » L'échelle d'Edimbourg exactement, elle me l'a fait et elle m'a dit : « il faut que vous revoyiez votre médecin traitant, et vous lui dites que vous avez tant sur l'échelle d'Edimbourg ».

E8 : J'ai finalement fait le test des 1000 premiers jours (*ndlr : l'EPDS, proposé sur l'application et le site internet des 1000 premiers jours, à destination des usagers*), en atténuant un peu les réponses. Et

même en atténuant, ils me disaient d'aller consulter, que c'était urgent. Après, je l'ai fait sans atténuer les réponses et ils m'ont dit la même chose.

Le diagnostic a été posé chez les femmes interrogées, que ce soit **par leur médecin traitant, un psychiatre ou une sage-femme** ; chez l'une d'elles, le diagnostic a été évoqué en premier lieu par son **conjoint**.

E1 : Le docteur [X] a posé le diagnostic, très rapidement. Je ne saurais pas dire exactement si c'est au premier rendez-vous ou si c'est quelques jours après mon hospitalisation. Je me souviens très bien qu'elle m'ait dit dans ma chambre : « vous faites une dépression post-partum caractérisée ».

E4 : J'en ai parlé à mon mari. Je crois que c'est lui la première fois qui m'a dit : « je voulais pas t'en parler, mais je pense que tu fais une dépression en fait ».

E6 : C'est là que [mon médecin traitant] a commencé à me parler effectivement de dépression du post-partum, de stress post-traumatique, et de tous ces sujets-là.

L'explication du diagnostic et surtout des symptômes est à plusieurs reprises **vécue comme un soulagement**. Les femmes sont rassurées d'entendre un discours médical déculpabilisant, qui met des mots sur leurs symptômes et leurs ressentis.

E3 : C'est là où ma médecin m'avait parlé de la dépression du post-partum, et que j'ai vu que ça existait. Et qu'on ne contrôle pas. Après, heureusement que ça s'arrête au bout d'un moment. (*rires*)

E10 : C'est [le psychiatre] qui a vraiment posé le mot de phobies d'impulsion. Parce que moi quand je disais ça, je ne savais pas ce que c'était. C'est là qu'il m'a expliqué que ça arrivait à certaines femmes, que ça faisait partie des symptômes de la dépression du post-partum. Donc déjà, ça m'a vraiment rassurée. [...] C'est vrai que là-dessus, il m'a bien rassuré en me disant que c'était la dépression post-partum, que c'était pathologique.

Toutefois, on identifie parfois l'existence d'un **retard au diagnostic** de dépression du post-partum malgré un contact médical. Le médecin alors rencontré ne détecte pas les signes de dépression, masqués derrière des plaintes physiques, ou ne les prend pas suffisamment en considération.

E1 : J'ai vu le médecin 15 jours après l'accouchement, c'était un rendez-vous pour ma fille, le pédiatre, et bizarrement, je lui ai parlé que de moi pendant ce rendez-vous. Je ne parlais absolument pas du bébé. Je sais pas comment il a pu ne pas voir que c'était une dépression post-partum.

E8 : Quand j'ai eu mon fils en juillet [...] je suis allée à la clinique aussi (*ndlr : clinique psychiatrique, aux urgences*). Et ils m'ont dit que j'allais pas bien, c'était factuel, mais que c'était à cause de ma cheville et pas à cause du reste et « rentrez chez vous, tout va bien se passer ».

3.2.5.3 Une prise en charge psychologique et psychiatrique essentielle mais éprouvante

Une fois le diagnostic posé, la prise en charge des patientes interrogées a pu prendre différentes formes selon les situations. Dans plusieurs cas, les femmes ont vécu une **hospitalisation de plusieurs semaines**, parfois en urgence, en psychiatrie ou en unité mère-enfant. Une

hospitalisation à domicile avec l'intervention d'une équipe psychiatrique de crise a été mise en place dans une situation. Dans tous les cas, l'hospitalisation était libre.

E1 : Il y a une place qui s'est libérée miraculeusement et je suis rentrée d'urgence le lendemain à l'unité mère bébé, et j'ai passé un mois et demi là-bas.

E7 : [La psychiatre] m'a dit : « effectivement, vous avez des phobies d'impulsion qui sont assez importantes et assez sévères, je sais que vous ne passerez pas à l'acte, mais ça n'empêche qu'on est jamais sûr de rien, et vous laisser auprès de votre fille, ce serait une erreur de ma part, il faut que vous soyez prise en charge sur le plan psychiatrique, on va organiser une hospitalisation en clinique ». [...] J'ai été hospitalisée pendant un mois.

E12 : J'ai été orientée vers [une équipe psychiatrique d'urgence]. C'est une équipe de psychiatrie qui se déplace à domicile directement et qui intervient en cas de crise. Et donc, en fait, le principe de ça, c'est l'hospitalisation à domicile, c'est-à-dire que le proche devient le soignant, devient l'interlocuteur privilégié de l'équipe. Et là ça a été privilégié dans mon cas, parce qu'il y avait mon bébé, c'était pour pas que je sois séparée.

Lorsqu'elle a été nécessaire, cette hospitalisation est décrite **comme indispensable, utile voire salvatrice**.

E1 : Cette hospitalisation a été nécessaire. [...] Je pense que mon hospitalisation a été salvatrice. J'aurais pas pu continuer comme ça, sans manger, sans dormir.

E10 : Même moi, j'en avais envie, parce que je pense que j'aurais peut-être fait... Je sais pas ce que j'aurais fait, mais j'aurais peut-être pu passer à l'acte. J'avais même moi envie d'avoir un peu un séjour de rupture.

E7 : Maintenant plus rien n'est pareil et de toute façon, on changera pas. Comme mes amis et mon entourage me disent : tu as probablement pris la meilleure décision de ta vie à ce moment-là. « *L'hospitalisation ?* » Oui, l'hospitalisation et la prise en charge psychiatrique derrière.

Bien qu'essentiel, ce séjour à l'hôpital est tout de même vécu par les patientes comme **éprouvant**. Elles évoquent la solitude, l'enfermement, la promiscuité et la découverte d'un univers psychiatrique. L'une d'entre elles, infirmière de métier, souligne également la difficulté de devoir passer du statut de soignant à celui de soigné.

E1 : À partir de ce moment-là, je dirais qu'un autre enfer a démarré. C'était nécessaire, je dirais que c'était un enfer nécessaire, parce qu'on prenait soin de [ma fille]. [...] C'est une unité pédopsychiatrique, on sent qu'on est dans un univers psychiatrique. J'avais l'impression qu'on me donnait un somnifère le matin, et qu'on me disait de faire ma journée. C'était extrêmement puissant, enfin pour moi. [...] Même si c'était difficile vraiment d'être enfermée, avec le masque. On était six mamans avec 6 bébés 24h sur 24. Entendre les bébés des autres, qui réveillent notre propre bébé ; faut vraiment avoir un sang-froid pour pas péter les plombs. Heureusement qu'ils nous donnaient des anxiolytiques, parce que je pense qu'on se serait battu entre mères. C'était terrible, la promiscuité, c'était vraiment difficile à vivre.

E7 : J'ai été hospitalisée en clinique privée, adultes. [...] Je me suis retrouvée dans un milieu qui me paraissait à la fois normal et à la fois pas normal. J'ai été prise en charge par une infirmière très gentille. La première chose que je lui ai dit, c'est : vous vous rendez pas compte à quel point c'est dur quand on se retrouve de l'autre côté. [...] Les premiers jours ont été durs. Parce qu'on se retrouve dans un milieu qu'on ne connaît pas. On se retrouve loin de sa famille.

Par ailleurs, la prise en charge de certaines patientes a pris la forme d'une **hospitalisation de jour** (HDJ) en unité mère-enfant, souvent vécue pendant plusieurs mois. Cette HDJ a dans un cas complété la prise en charge en faisant suite à une hospitalisation complète.

E9 : Ils m'ont proposé une hospitalisation de jour dans cet hôpital, dans cette unité mère-enfant. Et je n'ai pas réfléchi, j'ai dit oui. [...] J'y étais une fois par semaine, avec mon bébé. On y allait de neuf heures à quinze heures trente. [...] Là-bas, on était cinq ou six mamans, donc avec cinq ou six bébés.

E12 : Au bout de deux mois, j'ai intégré les hospitalisations de jour. [...] Après, j'ai été suivie en hospitalisation de jour.

Le traitement médicamenteux, par **antidépresseur et anxiolytique**, occupe une place importante dans la prise en charge dans de nombreux cas, notamment dans les dépressions les plus sévères. Il est alors souvent initié dès le diagnostic posé, que ce soit en ambulatoire ou lors de l'hospitalisation lorsqu'elle a été nécessaire.

E1 : On nous met tout de suite sous traitement. Moi, on m'a mis sous traitement antidépresseur tout de suite. On m'a aussi donné des anxiolytiques extrêmement puissants, je connaissais déjà un peu les anxiolytiques, mais ceux-là...

E2 : Il a pas fallu très longtemps pour qu'elle dise : « vous avez besoin d'un traitement ». Donc elle m'a mise sous anxiolytiques et antidépresseurs.

E3 : Mon médecin m'a prescrit des antidépresseurs, parce que je savais que toute seule, j'allais pas m'en sortir, malgré l'aide des psys, des psychiatres que j'ai vus par la suite aussi.

Malgré tout, plusieurs expriment une **réticence** envers les antidépresseurs et les anxiolytiques, amenant certaines d'entre elles à refuser le traitement proposé. Pour l'une d'elles, ces réticences sont même renforcées par la vision négative de leur entourage sur ces traitements.

E5 : Elle m'a demandé si je pensais avoir besoin d'antidépresseurs. Honnêtement, je pense que oui à ce moment-là, mais je lui ai dit non. J'avais pas du tout envie de prendre des antidépresseurs. Je m'y connais pas bien en médicaments, mais pour moi les antidépresseurs ça change ta façon de percevoir les choses. Ça me faisait trop flipper de prendre un médicament qui fait que je ne suis pas moi-même à 100%.

E6 : Après réflexion, c'est quelque chose que je ne voulais pas prendre. J'avais trop peur. Ma mère a vu que j'avais ça dans mon sac. On a vraiment une image hyper négative des antidépresseurs. J'en ai pas pris au final. Moi j'avais peur. Ma mère, quand elle a découvert, elle a eu encore plus peur, en me disant : « si tu rentres dans ça, ça va te détruire, tu vas pas t'en sortir ». Après, je ne sais pas si c'est vrai ou pas, mais c'est un peu le discours que j'ai eu de mon entourage.

E10 : J'étais un peu réticente, mais à la fois je me voyais vraiment pas bien.

En parallèle d'un éventuel traitement médicamenteux, une **prise en charge psychothérapeutique**, avec un suivi par un psychologue ou un psychiatre, leur a toujours été proposée. Cette psychothérapie est souvent très bénéfique, offrant aux femmes un espace de parole. Des séances de thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), destinées à traiter des troubles de stress post-traumatique, interviennent également parfois au

cours du parcours, chez des patientes ayant vécu un accouchement traumatique, des complications durant leur séjour à la maternité ou encore des violences dans l'enfance.

E2 : Je voyais [la psychiatre] tous les 15 jours et puis après, on s'est vues tous les mois. [...] Elle a vu que j'étais dans un état de panique pas possible. Parfois, on faisait des séances où il fallait que je m'allonge pour respirer. Il a fallu du temps pour que je lui explique un peu tout ce que je viens de vous dire, pour qu'elle me connaisse. Et puis les crises d'angoisse se sont un petit peu dissipées.

E7 : J'ai contacté un psychologue à l'extérieur, avec la cellule « Mon Psy » qui a été mise en place depuis deux ans, j'ai trouvé un psychologue pas loin de chez moi avec qui je m'entends très bien. Que je voyais tous les 15 jours au départ et maintenant, on a espacé à tous les mois.

E13 : Mon médecin m'a dit que je faisais certainement une dépression du post-partum, et c'est donc elle qui m'a redirigée vers la psy. [...] J'ai même été voir une psychologue qui pratiquait l'EMDR, donc ça m'a aidée ça aussi, par rapport à mon accouchement, etc., pour prendre un peu de recul.

Cette prise en charge **multimodale, cadrée et pluridisciplinaire**, est décrite comme essentielle dans le parcours de guérison de ces femmes.

E2 : Je dirais que ce cocktail de personnes avec lesquelles j'ai su m'entourer, chacune apportait sa pierre à l'édifice. Et dans la dépression du post-partum, enfin dans le cas dans lequel j'étais, ma psy n'a pas suffi. Pourtant, je la voyais une fois par semaine. Et il a fallu une psychiatre, une personne de l'EMDR, il a fallu tout un corps médical, un corps soignant pour pouvoir s'en sortir. C'est que je dirais à quelqu'un qui est vraiment pas bien, c'est de pas hésiter à s'entourer plus plus.

E7 : Il fallait absolument que ma prise en charge soit assez carrée. Je pense que j'ai la chance d'être infirmière, et de me rendre compte de l'importance du pluridisciplinaire autour de nous.

3.2.5.4 L'enfant moteur de la guérison, avec qui le lien se crée

L'enfant apparaît au fil de l'analyse des entretiens comme le **moteur essentiel à la volonté de guérison** des mères.

E3 : Elle m'a proposé des antidépresseurs et j'ai accepté, parce que je voulais juste aller mieux pour mon enfant.

E4 : Je me suis dit : bah non, je n'ai pas le droit de les laisser tout seuls, je veux les voir grandir mes enfants.

Elles parviennent progressivement à **établir un lien avec leur enfant**. La construction d'une relation se dessine petit à petit, au fur et à mesure des semaines et des mois de leur prise en charge.

E1 : Progressivement, malgré tout, ça m'a permis de faire lien avec ma fille, de ne pas perdre le lien.

E4 : Maintenant, je vois que j'ai créé des liens, mais ils devaient avoir 6-7 mois quand mon mari m'a dit : je t'en avais pas parlé, mais depuis quelques jours, tu leur parles vraiment, ça y est, enfin, je pense que je suis en train de créer un lien. Je m'en étais pas rendu compte.

E10 : C'est vraiment le soir où j'avais l'impression de passer plus de moments, vraiment de moments de complicité avec le bébé. C'est vraiment le soir où je me sentais plus apte à... à communiquer avec lui. [...] Plus ça allait, plus je commençais à enfin créer du lien. [...] Y'avait des journées où ça allait un

petit peu mieux, c'était pas après pas et dès que ça allait mieux, j'arrivais à avoir des moments de complicité avec le bébé et à créer un peu plus de liens.

3.2.5.5 Du soutien et des relais trouvés auprès de ses proches

Le **rôle du conjoint et des proches** apparaît souvent comme essentiel dans le parcours de guérison des femmes interrogées, lorsqu'il leur permet de trouver du soutien et du relais auprès d'eux.

Le conjoint d'abord, s'avère souvent soutenant et compréhensif, après parfois une phase d'incompréhension face à l'intensité des symptômes exprimés par sa partenaire. Il prend alors les relais nécessaires lorsqu'elle devient incapable de gérer le quotidien.

E4 : Heureusement que j'ai pu en parler à mon mari après, il est vraiment d'une grande aide.

E5 : Il s'en occupait la nuit, il me la montait pour que je fasse la tétée pendant une demi-heure ou une heure parfois quand elle avait besoin, et il la reprenait.

E10 : Mais par contre à mon retour à la maison, il a quand même été... Il a quand même compris qu'il y avait vraiment une pathologie, que c'était vraiment la dépression post-partum.

E12 : Il a d'abord été dans le : il faut que je gère parce que de toute manière, il y a des besoins vitaux à combler, et affectifs en plus, à combler pour [notre fils], donc il s'en est beaucoup occupé. [...] Il y a eu vraiment deux effets pour [mon mari] où au début c'était en mode, je gère, je gère, je gère, je gère ; et puis après, voilà. Et c'est vrai que du coup, il a tout pris, parce que c'était lui qui était là au quotidien, parce que personne n'a vraiment été là mis à part lui.

La présence, le soutien et l'aide des proches participent aussi grandement à la guérison dans le parcours des femmes interrogées. Elles sont nombreuses à décrire avoir reçu beaucoup de **soutien matériel, mais aussi émotionnel** de la part de leur entourage, compréhensif de la situation, volontaire pour apporter leur aide et des relais nécessaires, à elle-même, mais aussi plus largement à leur conjoint. L'une d'elle évoque l'impact bénéfique de la présence et de l'expérience de sa propre mère.

E7 : On a eu des proches, où on ne s'attendait pas, qui ont été très présents pour garder notre fille. Pour pouvoir s'adapter par rapport à nos horaires, etc. Donc ça a été plutôt enrichissant, en tout cas sur le plan personnel.

E10 : J'étais assez entourée. Ma sœur était très très présente pour moi. Dès que je l'appelais, elle venait à la maison, elle venait pour passer du temps avec moi, pour essayer de me rassurer aussi. [...] Dès 8h le matin, elle venait avec moi, pour m'éviter de me retrouver toute seule.

E11 : J'ai eu de la chance quand même d'avoir beaucoup de monde autour de moi et très rapidement. [...] Quand j'ai pris des antidépresseurs, j'ai appelé [mon père] pour lui dire. Il m'a énormément accompagné. Mes parents m'ont dit : « on va venir quinze jours à Paris pour t'aider un peu » [...] Du coup mes parents sont venus quinze jours à Paris pour pouvoir m'aider, avec le bébé. Et puis être là avec moi, toute la journée. Et ça, c'était vraiment une grande aide.

E13 : Heureusement que ma mère était là. Quelqu'un qui a de l'expérience encore une fois. [...] C'est vrai que ma mère m'a beaucoup aidé par sa présence.

Plusieurs femmes évoquent **le besoin de parler de leur dépression** et d'expliquer à leur entourage plus ou moins proche leur vécu. Cette parole apparaît comme salvatrice et indispensable dans leur parcours de rémission.

E3 : Je disais à tout le monde pourquoi. Et ça m'a beaucoup aidé le fait de parler, parce que les gens étaient assez compréhensifs. Ça m'a beaucoup aidé le fait de parler autour de moi. [...] Cette fois je me suis dit : je vais faire autrement, je vais en parler à tout le monde, comme ça les gens ne vont pas me juger plus que ça. Ils vont m'aider, je voulais de l'aide, et c'est ce qu'ils ont fait, les gens m'ont aidé.

E10 : J'avais besoin d'en parler. J'avais l'impression que si j'en parlais pas, j'allais mourir. C'était vraiment mon ressenti, si j'en parlais pas, j'allais mourir.

E11 : Je me rendais compte que ce qui me faisait énormément de bien, c'était de pouvoir discuter. J'ai une voisine qui est venue avec moi les après-midis. Quand je discutais, même au tout début, avant de prendre des médicaments, quand je discutais, que je sortais, que je voyais quelqu'un, c'est comme si je prenais sur moi, je pouvais en parler et je me sentais mieux.

3.2.5.6 L'importance du partage d'expérience avec ses pairs

Au-delà de leur entourage, **le lien et l'échange avec leurs pairs** semble important et bénéfique et apporte un soutien essentiel. Le partage d'expérience avec des femmes ayant un vécu similaire est parfois recherché et **permet de sortir de la solitude du vécu** de cette dépression.

E9 : On faisait de la poterie, du coloriage (*rires*) (*ndlr : à l'HDJ mère-enfant*). Alors le but finalement, c'était pas vraiment de faire de la poterie, le but c'était d'avoir un temps sans les enfants et on pouvait échanger avec les autres mamans. [...] Heureusement avec les mamans, on est encore en contact, donc c'est sympa aussi d'être en contact avec des gens qui ont vécu la même chose, même si elles ont toutes des histoires différentes, mais c'est vrai que c'est chouette.

E3 : J'ai commencé à chercher sur Instagram® et sur Facebook® des mamans qui vivaient la même chose que moi et j'ai trouvé un groupe de mamans. Et là, je me suis rendu compte qu'il y a beaucoup beaucoup de femmes qui font une dépression du post-partum, plus qu'on ne pense. J'ai cherché du soutien, et je me suis dit : je suis pas toute seule. Ça fait du bien.

L'association *Maman Blues*® est citée à plusieurs reprises. Cette association de soutien propose un accompagnement parental autour de la difficulté maternelle et plus spécifiquement de la dépression post-partum. L'une des femmes décrit plus en détail le soutien et l'accompagnement personnalisé et rapproché reçu, avec là encore l'importance de l'échange avec une femme ayant traversé les mêmes difficultés.

E10 : J'ai surtout été suivie par l'association *Maman Blues*®, c'est ça qui m'a vraiment aidé. J'ai été en contact avec une bénévole, je l'ai eu au téléphone dès mon retour à la maison, on s'est pas mal parlé par messages, comme par téléphone. Elle me racontait son vécu, elle m'a vraiment rassurée par rapport à ça.

Ce soutien et cet échange d'expérience avec ses pairs semble également **important pour le conjoint et père**, comme l'explique une des femmes lors de son entretien.

E12 : Le samedi matin, c'étaient les papas qui étaient conviés avec les bébés, il y avait un atelier massage entre papas, ils pouvaient se parler. Ça il a beaucoup apprécié. Il était même en demande quand ça s'est

arrêté, il me disait : « mais c'était bien quand même ». Ça lui a fait du bien. [...] Moi je m'étais rapprochée de deux filles à [l'unité parents-enfants], et on s'était invité chez les uns, chez les autres, il y avait les maris, enfin les conjoints et ça lui faisait du bien aussi à [mon mari] de voir... « *D'autres gens dans la même situation ?* » Exactement. Et d'autres papas, qui sont en mode : on y va, mais à un moment donné, on a plus de carburant.

3.2.5.7 Retrouver sa vie de femme : l'effet bénéfique de la reprise d'une vie sociale et professionnelle

Le **retour à une vie sociale et professionnelle** est décrit comme salvateur par plusieurs des femmes interrogées. La reprise du travail est vécue comme bénéfique et libératrice et participe souvent au chemin de guérison, en permettant aux mères de retrouver du temps pour elle, en dehors de leur enfant et de retrouver leur vie de femme, jusque-là passée au second plan derrière leur rôle de mère.

E4 : Je pense que la reprise du travail aussi, ça m'a aidé. Parce que du coup, j'étais plus chez moi, qu'avec les deux petits. [...] On s'était très rapidement posé la question, est-ce que je prenais le congé parental pendant 2 ans ou pas, par rapport aux finances, parce que ça coûte quand même. Et quand j'ai suggéré ça à mon mari, il m'a dit : « non, mais clairement, pour ton bien-être, tu ne peux pas rester à la maison ». Et il avait complètement raison.

E5 : Je suis retournée travailler. [...] Ça a vraiment contribué à ce que je me sorte de ça. Le matin, j'avais juste à me préparer moi, à faire téter la petite. [...] Retourner au travail, ça a été vraiment salvateur. Ça m'a vraiment fait du bien. Je me sentais rechargée.

E10 : Je pense que ça m'a vraiment aidée aussi, de retrouver une vie sociale tout ça, une vie professionnelle. Ça m'a vraiment aidée aussi de reprendre un rythme et de faire autre chose que de changer des couches. Je pense que ça m'a aussi aidée à aller mieux.

Une des femmes interrogées raconte avoir consulté son médecin traitant pour lui demander un arrêt de travail, notamment en raison d'une difficulté à trouver un mode de garde. Son généraliste a refusé de lui prescrire cet arrêt qu'il jugeait délétère et contre-productif ; il était persuadé de l'effet bénéfique d'un retour au travail, ce qui s'est révélé exact par la suite.

E5 : Elle m'a dit : je pense que le meilleur moyen que tu sortes de ça, c'est de retourner à ta vie à toi. Au moins la journée, tu seras avec tes collègues, avec tes élèves, tu seras au travail, tu sortiras de ta maison, de tes enfants. Même si t'y penses tout le temps, tu seras vraiment dans autre chose. Elle était persuadée que ça allait me faire du bien. Elle était pas du tout ok pour m'arrêter, parce qu'elle me disait que ça n'allait pas me servir.

3.2.5.8 Une lente reconstruction

Le parcours de guérison et de reconstruction des femmes interrogées est décrit comme **long et souvent difficile**. Elles ont toutes eu un traitement et un suivi prolongé pendant plusieurs mois. Plusieurs poursuivaient encore leur suivi au moment de l'entretien, plus d'un an après la naissance de leur enfant.

E3 : Mais c'est dur. C'est long, et c'est très dur de s'en sortir.

E5 : C'est quand [mon enfant] a eu six mois à peu près que j'ai sorti la tête de l'eau. Un premier jet, les yeux, le nez. Jusqu'à ses 1 an, ça a été dur. J'ai eu vraiment des hauts et des bas.

E11 : Je suis toujours entourée par ma psy de la PMI, et la psychiatre. Et puis peut-être qu'on commencera le sevrage dans 2-3 mois.

E12 : Après j'ai suivi une psychothérapie. J'ai poursuivi mon traitement pendant longtemps, j'ai arrêté il y a trois mois.

Des **périodes de rechutes** vécues avec difficulté ponctuent souvent le parcours des mères interrogées. Elles racontent des épisodes de récurrences de leurs symptômes anxio-dépressifs malgré leur prise en charge.

E2 : J'ai continué les séances de psy. Il y avait des phases de mieux, puis des phases de rechute.

E7 : Quelques mois après, j'ai de nouveau craqué. J'ai pas eu de nécessité d'hospitalisation, mais j'avais juste un trop-plein d'émotions, de fatigue, de tout en fait.

E10 : Dès que ça commençait à aller un peu mieux, comme me disait la bénévoles de l'association Maman Blues[®], je m'imaginai vraiment un escalier, où ça allait mieux marche par marche, mais que je pouvais redescendre certaines marches certains jours et c'est vraiment ce qui se passait. J'avais envie d'aller mieux vraiment d'un coup, mais non c'est pas possible.

Cependant, malgré ces rechutes et la longueur de la pente à remonter, elles décrivent toutes un **retour progressif à une vie normale**. Elles expliquent se sentir de nouveau mieux, de nouveau elles-mêmes, de nouveau normales après ce vécu éprouvant de la dépression post-partum.

E1 : Deux mois après, j'ai repris le travail, j'ai repris plutôt une vie normale et tous les mois, je suis suivie par le docteur [X].

E2 : Je refais des projets, j'ai retrouvé la femme qui est optimiste, qui fait des projets, qui veut avancer. Pas du tout l'état où j'étais. Avant, c'était : ne m'en rajoutez surtout pas parce que je suis déjà au fond du trou. Je pense que j'en sors doucement, mais sûrement.

E5 : Quand je me levais le matin, ça allait mieux. C'était plus la montagne devant mes yeux, c'étaient des petites vallées, des petits hauts, des petits bas, mais c'est plus l'Everest.

E11 : Petit à petit, j'ai pu commencer à me remettre, à être normale, [...] Et là maintenant ça va mieux. J'ai repris mon activité professionnelle qui est très prenante.

3.2.5.9 Une dépression postnatale qui laisse des séquelles

Il émerge de l'analyse des entretiens la présence de séquelles suite à la dépression du post-partum chez plusieurs des femmes interrogées. L'une d'elle parle de **troubles de concentration et de mémoire persistants** après son épisode dépressif.

E4 : J'ai beaucoup plus de mal depuis mon accouchement à me concentrer sur certaines choses, à retenir des choses. Et alors ça, ça m'énerve beaucoup aussi, parce qu'avant, je retenais beaucoup plus d'informations.

D'autre part, **l'impact sur un nouveau désir de maternité** est évoqué au cours de deux entretiens. Elles expliquent ne plus vouloir d'autre enfant, notamment par peur d'une récurrence de dépression postnatale. L'une d'elles raconte le début d'une nouvelle grossesse à son retour de couches pendant sa dépression et l'épreuve d'un avortement vécu à ce moment-là.

E7 : Je ne veux pas de deuxième enfant pour ça. Parce que j'ai peur, j'ai peur de replonger. Même si toute grossesse n'est pas la même, on n'a pas les mêmes enfants, j'aurais pas forcément un 2^e RGO. Mais c'est une terrible angoisse. Je suis pas fermée à un deuxième enfant, mais pas tout de suite. J'ai pas la force psychologique pour accueillir un deuxième enfant.

E12 : C'est très dur parce que la dépression du post-partum aujourd'hui, ça fait que je ne veux plus d'autres enfants. C'est un vrai traumatisme aujourd'hui. [...] Dans tout ça aussi, c'est quand même important dans le fait que je ne veuille pas d'autres enfants, je suis retombée enceinte à mon retour de couches. [...] J'ai pas eu le courage d'aller au bout de cette grossesse, parce que je pense que j'en étais pas capable. Parce que ça me met face à tout le reste. Si y'avait pas eu cette dépression, oui au bout de six mois c'était pas prévu, mais bon, voilà...

Enfin, la dépression post-partum semble parfois aussi avoir des **conséquences durables pour le partenaire**, même de nombreux mois après. L'une d'elle parle de son conjoint, toujours en alerte lorsqu'elle s'occupe de son enfant seule, plus d'un an et demi après la naissance, préparé à devoir prendre le relais à n'importe quel moment si nécessaire.

E12 : J'ai pas pu rester toute seule avec mon bébé jusqu'à ses neuf mois. [...] Par exemple, j'ai fait la première nuit sans lui, où mon conjoint est parti pour un enterrement il y a trois semaines. Mais je l'avais jamais gardé la nuit avant. [...] Aujourd'hui, il a du coup toujours cette peur. C'est-à-dire qu'il sait que, par exemple, quand il y a les vacances scolaires, que je dois garder [mon fils], qu'il ne peut pas se libérer, il est sur le qui-vive. Il sait que potentiellement il va devoir rentrer, il est pas tranquille.

3.2.6 Rôle central des professionnels de santé rencontrés : leur impact bénéfique ou délétère

Les professionnels de santé rencontrés par les femmes au cours de leur parcours ont souvent eu un impact important dans leur vécu de leur dépression du post-partum, qu'il soit positif ou négatif. La place du médecin traitant a été spécifiquement interrogée et étudiée.

3.2.6.1 Un impact parfois négatif de certains professionnels de santé

Tout d'abord, plusieurs des femmes interrogées racontent ne pas s'être senties entendues et comprises par les professionnels de santé quand elles ont exprimé leur mal-être, avec des signaux de détresse non détectés par ces derniers. D'autres, conscientes de la gravité de leurs symptômes, n'ont **pas reçu l'écoute et l'attention attendues** des professionnels de santé, leurs symptômes étant alors **minimisés et pas pris au sérieux**.

E1 : J'avoue que j'en veux un peu aux professionnels de la PMI. Je les ai vus quand même pendant six semaines, toutes les semaines, tous les deux jours. J'étais très inquiète, je faisais peser ma fille. C'étaient mes premières interlocutrices, elles voyaient bien que j'étais pas bien...

E10 : Il y a eu la sage-femme qui est venue à la maison et c'est vrai que je disais que je me sentais pas bien, que j'arrivais pas à laisser le bébé avec le papa, que j'étais en hypervigilance et j'ai l'impression qu'elle ne m'a pas vraiment entendue, qu'elle a pas pris les choses... Après voilà, c'est fait, mais en fait elle m'a dit : « bah, regardez Netflix®, changez-vous les idées, regardez des séries, ça va vous faire du bien », mais j'étais pas du tout dans cet optique-là. [...] Je lui ai un peu verbalisé, mais j'ai l'impression qu'elle ne m'a pas vraiment prise au sérieux.

E12 : La psychologue, la seule chose qu'elle m'a dit c'est : « bon, écoutez, l'accouchement est récent, ça n'a pas l'air d'aller effectivement, on verra dans deux semaines, prenez rendez-vous avec une psy, rentrez chez vous ». Moi je me suis sentie... Ça m'a d'autant plus angoissée. Je me suis dit : je vais dire que j'ai besoin d'aide, et on me dit : « oula mais vous inquiétez pas, tout est normal ». Donc là, je me suis dit, mais comment je vais faire ? Comment je vais faire.

Plusieurs femmes décrivent les **difficultés à recevoir de l'aide**, malgré des appels au secours lancés à plusieurs reprises auprès de soignants : que ce soit un médecin traitant refusant un rendez-vous d'urgence, un psychiatre non disponible, des sages-femmes n'entendant pas leur détresse. L'urgence de l'aide recherchée par ces femmes n'est alors pas comprise par les professionnels de santé et leurs appels à l'aide restent sans réponse. On comprend dans certains récits la difficulté initiale de devoir accepter de chercher de l'aide. Cette épreuve est renforcée par les réponses négatives et inadaptées des soignants, obligeant les femmes à réitérer un appel à l'aide déjà difficile à exprimer.

E2 : Ça a été une journée horrible, parce que j'ai tenté d'appeler à l'aide. J'ai appelé le médecin traitant que j'avais vu juste une fois [...] en disant : est-ce que vous avez un créneau rapide, [...] parce qu'il fallait que je voie quelqu'un d'urgence, j'ai besoin d'aide. Il m'a envoyé chier par téléphone, il m'a dit : « mais vous savez, des gens qui appellent comme vous, j'en ai plein par jour », donc je culpabilisais encore plus, « mon agenda est plein, je peux pas vous proposer de rendez-vous, au pire ça sera la semaine prochaine, il n'y a pas d'urgence vitale ». Alors que moi je me sentais... c'était vraiment très dur. « *Pour vous, il y avait une urgence.* » Oui, de devoir accepter d'appeler encore plus à l'aide alors que j'étais déjà aidée, c'était très très très dur (*larmes aux yeux*). [...] Je me dis que la prise en charge est dure. Avoir le courage de demander de l'aide... J'avais pas de pensée suicidaire, mais ça aurait pu. J'ai aussi appelé un psychiatre. [...] J'ai dû appeler les unités mère-enfant [...] mais elle m'a rappelée en disant que j'étais pas dans le secteur [...] Je me dis ok : j'habite pas dans le bon secteur, le psychiatre ne prend pas de patients, le médecin me prend pas au sérieux, comment je vais faire, je savais pas.

E12 : Là où je peux dire que je suis fière de moi, c'est que j'ai demandé de l'aide et je suis allée au bout. Plusieurs fois, on m'a donné des refus. [...] Je suis allée voir quand même les sages-femmes en réunion, ouvrant la porte comme ça, genre aidez-moi, je vous supplie, je vais me flinguer et il n'y a personne qui s'est levé. Ils m'ont dit : « madame, calmez-vous, retournez dans votre chambre, et ça va aller ». [...] Et en fait ça, selon moi, dans mon cas, où il y avait des idées noires, ça peut être précipitant. De se dire : j'ai demandé de l'aide, on m'a pas comprise, on m'a pas entendue et à plusieurs reprises.

D'autre part, certaines femmes évoquent avoir **reçu des propos culpabilisants** de la part de certains professionnels de santé, notamment à la maternité dans ces premiers jours de

découverte de leur nouveau rôle de maman. Elles se sont senties jugées, non valorisées dans leur rôle de mère qu'elles découvraient alors à peine.

E1 : Il y a une sage-femme particulièrement qui m'a vraiment choquée. Elle a pris ma fille pendant la nuit pour faire le test de l'audition parce qu'elle avait pas eu le temps de le faire dans la journée, et elle est revenue en me disant qu'elle n'entendait pas d'une oreille, sans plus d'explications. [...] J'avais pas compris que c'était le test lui-même qui pouvait ne pas fonctionner à cause du liquide amniotique. [...] Elle m'a dit aussi en passant qu'elle a l'air de crever la dalle. Comme ça, vraiment mot pour mot, qu'elle a l'air de crever la dalle.

E10 : Elles l'ont même verbalisé, en me disant que le bébé ressentait toutes les émotions, donc que si j'étais angoissée, lui aussi allait être angoissé. Du coup ça m'a fait encore plus culpabiliser.

E11 : Elles étaient un petit peu dures, alors que ça se passait pas si mal que ça. En vrai, il a repris du poids doucement, mais ça allait pas assez vite par rapport au nombre de jours donc elles m'ont mis la pression.

Plus généralement, elles sont nombreuses à décrire avoir beaucoup **manqué d'accompagnement et d'aide des soignants à la maternité**, dans la découverte et l'appréhension de leur nouveau rôle de mère.

E5 : J'avais pas vraiment de problème. Mais je crois que j'aurais bien voulu quand même qu'on passe me voir juste, c'est bête. Ils n'ont pas le temps, je le sais, ils sont occupés, mais il n'y a personne qui prend jamais le temps de venir et de discuter, juste cinq minutes.

E11 : À l'hôpital, ils ne venaient jamais me voir, ils me disaient : « bah oui, mais si vous n'appellez pas, on ne vient pas vous voir ». [...] J'avais vraiment besoin d'aide et il a fallu que je réclame. Elles ont attendu que je sois dans des états où je pleurais, pour pouvoir m'aider et me proposer des solutions. Donc je me suis pas sentie accompagnée.

3.2.6.2 Une défiance de certaines femmes envers le corps médical

Les professionnels de santé ne sont pas perçus par certaines femmes comme pouvant être source d'aide et de soutien durant leurs parcours. Dans ce cas, cette défiance est souvent plus ancienne et sous-tendue par des expériences antérieures à leur dépression postnatale.

On retrouve parfois l'expression d'une certaine **défiance, voire de crainte envers le corps médical** ; les professionnels de santé sont alors perçus comme une entité puissante à laquelle on doit obéir et dont les décisions sont subies sans pouvoir s'affirmer face à elle. Ce sentiment est particulièrement exprimé au moment de l'accouchement chez deux femmes interrogées. Elles évoquent un corps qui ne leur appartient plus, à la merci des médecins. L'une d'elles parle même d'un épisode vécu de violence obstétricale dont elle a pris conscience a posteriori.

E1 : Pendant l'accouchement, on m'a appuyé sur le ventre et il paraît que c'est une violence gynécologique. Sur le coup, je ne savais pas ce que c'était. La sage-femme qui me l'a fait m'a demandé si ça m'aidait à accoucher : « ça vous aide quand j'appuie sur le ventre ? » Et je lui ai dit oui, mais par politesse, je ne savais même pas si ça m'aidait. Avec du recul, je me dis : j'ai pas osé dire ce qui me convenait ou pas. J'étais complètement à la merci du corps médical. Je dis pas qu'ils m'ont maltraitée ou

quoi que ce soit, mais il y a quand même quelque chose de puissant, je trouve, dans l'autorité médicale. On a du mal à la contredire. [...] Avec le corps médical, je suis assez obéissante, je sais pas dire non.

E8 : J'ai pas du tout aimé la césarienne, parce que j'ai eu des agressions sexuelles étant plus jeune et très clairement ma sensation, c'était que j'étais un morceau de viande sur une planche à découper et qu'ils s'éclataient avec la taille du placenta ou que sais-je. C'est leur quotidien, mais c'est pas le quotidien de tout le monde. Après on appuie sur le ventre pendant je sais pas combien de temps. [...] J'attendais qu'une chose, c'était d'avoir ma piqûre, comme ça au moins plus personne me touche et j'étais tranquille.

De plus, l'une d'elle exprime également un **manque de confiance envers le corps médical pour recevoir de l'aide** et explique ne pas en avoir d'attente. Cette défiance contribue à la difficulté et au retard de prise en charge.

E8 : Mais sinon, moi je suis pas trop psy. C'est pas ma cam. Parce que j'en avais pas rencontré de bien à l'époque. [...] Autant vous dire que quand j'ai accepté de retourner en novembre [aux urgences psychiatriques], je me disais : de toute façon, ils ne vont rien faire pour moi, ils vont me renvoyer chez moi de toute façon, je vais perdre une heure et demie de mon temps, mais au moins mon conjoint et ma mère vont arrêter de me saouler ; si je peux gagner ça, j'y vais.

3.2.6.3 Le rôle essentiel de certains professionnels de santé dans le diagnostic et la guérison : un impact positif

Certains professionnels de santé ont manifestement **joué un rôle thérapeutique essentiel** dans le parcours des femmes interrogées. Quel que soit leur statut, médecin généraliste, psychiatre, sage-femme, infirmière puéricultrice ou même conseillère en lactation, leur écoute, soutien, bienveillance et disponibilité apparaissent comme essentiels. Le **lien de confiance** établi joue un rôle primordial dans leur guérison.

E1 : J'ai consulté en ligne une spécialiste de la lactation, une conseillère en lactation. Elle m'avait quand même conseillé d'aller voir un psychologue. Elle m'a beaucoup aidée. Je lui posais des questions qui n'avaient rien à voir avec la lactation. [...] Elle m'a vraiment aidée, alors que c'était pas son travail, au niveau psychologique. J'ai pu vraiment lui dire des choses, me confier à elle.

E10 : J'ai été mise en relation avec une infirmière puéricultrice qui était vraiment géniale, qui venait à la maison me voir, elle m'appelait régulièrement pour avoir des nouvelles. Vraiment beaucoup de conseils, franchement elle a été vraiment top. Ça m'a aussi beaucoup aidée pour mon retour à la maison. (*ndlr : après une hospitalisation en psychiatrie*)

E11 : Ma psychiatre était très bien, la psy de la PMI était très bien, ils étaient tous très disponibles, du coup c'était chouette. [...] J'ai eu de l'aide, j'en ai eu beaucoup par des professionnels de la PMI et ma sage-femme après.

Plusieurs femmes soulignent l'importance d'avoir été **suivies en pré et post-partum par les mêmes professionnels de santé**, qui les connaissent alors, qui sont attentifs à leur état et qui détectent rapidement les symptômes et signes de détresse.

E12 : Je suis rentrée chez moi, ma sage-femme est venue à domicile dans le cadre du Prado (*ndlr : dispositif de visite à domicile par une sage-femme à la sortie de la maternité*). Et elle a tout de suite compris. [...] Elle, elle a tout de suite compris.

E9 : La sage-femme l'a remarqué parce que je pleurais. Je ne sais plus pourquoi, mais j'ai pleuré pendant la rééducation. Normalement ça fait pas pleurer la rééducation (*rires*), mais du coup j'ai pleuré. Alors elle m'a dit : « oui, mais de toute façon, je vois que ça va pas ». Elle me connaît depuis ma fille déjà. Donc je pense qu'elle a dû voir effectivement. Et puis mes consultations gynéco classiques, on va dire, je les fais chez elle, donc elle me connaît. Et je pense que oui, elle a vu qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Alors elle m'a demandé comment ça allait, et ça du coup, il ne faut pas faire, parce que j'ai pleuré (*rires*).

La **place importante du psychologue** est aussi soulignée, par l'oreille attentive et l'espace de parole primordial qu'il offre.

E4 : J'ai repris contact avec ma psy, et on a beaucoup parlé.

E7 : C'est mon vidoir. S'il était pas là, je pense que j'en serais pas là aujourd'hui. (*ndlr : en parlant de son psychologue*)

3.2.6.4 La place du médecin traitant

Enfin, le médecin traitant occupe souvent une place particulière dans le parcours de ces femmes, de par son **rôle de médecin de premier recours**, accessible et donc consulté de manière préférentielle par certaines. Plusieurs soulignent l'importance d'avoir eu un **médecin traitant qui les connaît bien**, préalablement à leur grossesse et qui, de ce fait, détecte immédiatement les signaux d'alerte et diagnostique rapidement leur dépression du post-partum. Les médecins généralistes évoqués sont décrits comme attentifs, à l'écoute et pro-actifs dans le diagnostic et la prise en charge.

E3 : J'ai eu de la chance d'avoir un médecin traitant qui me suit depuis longtemps et qu'elle ait assez vite diagnostiqué ça. Je pense que si c'était quelqu'un qui ne me connaissait pas, si je lui avais dit : je suis fatiguée, je pleure...

E4 : Quand j'en ai parlé à mon médecin, je pense que c'était même pas que mon propre fait maintenant que j'y repense. Je pense qu'elle m'a posé la question : « comment ça va ? », et je suis partie en pleurs. Elle a bien vu que ça allait pas.

E6 : J'ai pas eu besoin de demander, c'est elle-même qui a pris l'initiative de me dire : « là ça ne va pas, on va faire ça ». Elle m'a donné énormément de conseils.

E10 : J'ai fini par enfin aller voir mon médecin traitant, qui elle me connaît et elle m'a dit que c'était plus un baby blues, qu'on était passé sur un niveau au-dessus, que là elle pensait que j'étais en train de faire une dépression post-partum.

Le lien de confiance entre les médecins et leurs patientes s'avère primordial et thérapeutique. Le médecin traitant se dessine dans plusieurs des entretiens comme le **pilier du diagnostic et de l'accompagnement**. Il est souvent vu comme un soutien sans faille, très disponible et présent, compréhensif et non jugeant.

E3 : J'avais des rendez-vous assez rapprochés avec elle, pour que je raconte comment ça allait, s'il y avait des changements. Elle était vraiment à disposition. J'ai confiance en elle et je sais que si je suis là

aujourd'hui, c'est grâce à elle. [...] Quand je n'allais pas bien, je prenais un rendez-vous d'urgence et j'allais la voir.

E5 : Elle était vraiment d'un soutien presque sans faille, pendant peut-être deux mois. C'était vraiment chouette. [...] Elle m'avait dit : « si à un moment donné, tu sens que tu pêtes un câble, au lieu de te mettre à pleurer, t'isoler, en parler à ton conjoint qui ne sait plus quoi te répondre [...] envoie-moi un message et dis-moi à moi ce que t'as besoin de déballer ». Et du coup je l'ai fait.

E6 : Même si c'était pas ma psychologue, au final ça a été vraiment un vrai support. Je sais que je pouvais lui parler de manière totalement ouverte sans qu'elle apporte de jugement. Il y a eu un suivi vraiment tout au long de l'année.

Les femmes expliquent l'importance de se **sentir comprises** par leur médecin traitant, avec qui elles se sentent libres d'exprimer leur détresse psychique. Cette relation médecin-patiente semble avoir un impact positif majeur. La **sensibilisation des médecins pour le sujet** est soulignée.

E1 : Quand j'en parlais au docteur [X], elle comprenait tout de suite. Ce qui était bien aussi avec elle, c'est qu'elle a jamais été dans le jugement. Elle prenait vraiment les choses posément, et elle arrivait à m'expliquer par A + B que c'était normal, et qu'il ne fallait pas culpabiliser.

E5 : Elle ne minimisait pas mes émotions. Elle me disait juste c'est là, c'est normal, enfin c'est pas anormal en tout cas. Elle me disait : « ça va passer, mais en attendant c'est là, donc elle me disait au maximum essaie de faire avec ». Elle trouvait vraiment les bons mots pour me reconforter. Elle me répétait toujours que j'étais normale, et je crois que ça m'aidait beaucoup.

E6 : J'ai la chance d'avoir un médecin qui est hypersensible à ce type de sujet et on le sent tout de suite. Je serais tombée sur un autre médecin, ça aurait été très compliqué. Mais elle, elle a vraiment été sensible au sujet.

Par ailleurs, elles évoquent parfois que le dépistage de leur dépression du post-partum s'est d'abord **fait à l'occasion d'une consultation pour leur enfant**, avec un médecin généraliste qui s'est avéré également attentif à l'état de santé de la mère. Cette attention à leur santé psychique a permis la création d'un lien et par la suite la mise en place d'un suivi bénéfique pour ces femmes.

E6 : Au bout du 4^e mois, c'est moi qui y suis allée (*ndlr : à une consultation de suivi pour son enfant, avec un nouveau médecin généraliste*). [...] Elle a vu que j'étais pas bien en fait. Et elle m'a proposé de me suivre aussi. Ça tombait bien parce que je savais pas du tout à la sortie de l'hôpital vers qui me tourner. J'avais pas de médecin traitant et ça s'est fait comme ça. Elle a vu que vraiment j'étais pas bien, que le post-partum était compliqué. On se voyait tous les mois.

E5 : Elle m'avait demandé comment j'allais. Évidemment, je m'étais plus ou moins écroulée. On avait parlé, franchement ça m'avait vraiment fait du bien, mais c'est tout. Un rendez-vous de 20 minutes en fait, qui était fait pour ma fille à la base, donc c'est pas ça non plus qui m'avait permis d'aller mieux d'un coup. Mais elle savait déjà que ça n'allait pas trop quand même, je lui en avais fait part. [...] Le seul rendez-vous où on m'a demandé si ça allait, c'était avec mon médecin traitant, parce que j'ai pris rendez-vous avec lui.

Parfois, le médecin a été consulté uniquement **au décours d'une hospitalisation** en unité psychiatrique, le diagnostic déjà posé et le traitement déjà entrepris et il a alors pris le relais pour le suivi.

E7 : Quand je suis sortie d'hospitalisation, j'ai pas eu de suivi psychiatrique. J'ai été suivie par mon médecin traitant qui refaisait mes ordonnances et qui évaluait plus ou moins mon état psychologique à ce moment-là.

E12 : Après coup, après l'arrêt de [l'HDJ]... Ça s'est fait tard quand même, parce qu'ils m'ont suivie pendant longtemps après, c'est eux qui me faisaient les prescriptions. C'est ma médecin généraliste qui a eu le compte rendu d'hospitalisation, et c'est elle qui a repris le traitement. Mais à ce moment-là, j'étais que sous paroxétine.

E9 : « *Est-ce que vous avez vu votre médecin généraliste pendant votre parcours [...] ?* » Oui, je l'ai vu, parce qu'à un moment donné, j'ai dû me mettre en temps partiel thérapeutique pour pouvoir continuer. Mais elle savait déjà. Je lui avais expliqué déjà en amont, une fois quand on a fait des vaccins ou je sais plus quoi, je lui avais expliqué. [...] Après pour le temps partiel thérapeutique, elle n'a pas cherché à comprendre, elle me l'a fait tout de suite. Elle est chouette.

A contrario, certaines femmes déclarent **ne pas avoir de médecin traitant référent**, même si une déclaration a parfois été faite, mais sans qu'un lien particulier ait été créé. Elles ne prennent alors pas forcément l'initiative de le consulter, ou alors tardivement dans leur parcours, le médecin n'étant **pas identifié comme soutien et recours de première intention possible**.

E7 : « *Est-ce que vous aviez consulté votre médecin traitant [...] ?* » Ah non, j'y suis pas allé. J'y suis allée juste quand j'ai senti que c'était trop tard. J'ai été dans un centre médical où je vais régulièrement, parce que je n'ai pas forcément de médecin traitant attitré.

E8 : « *Votre médecin généraliste, vous y êtes allée qu'à partir de ce moment-là, quand la dépression du post-partum avait été diagnostiquée, ou est-ce que vous l'aviez vu avant ?* » Non, je l'ai vu que quand j'ai su qu'elle pouvait me prescrire aussi les antidépresseurs, et qu'elle pouvait faire le suivi.

Certaines ont consulté leur médecin traitant **uniquement pour le suivi de leur enfant**, sans que ces consultations aient donné lieu à un dépistage de leur dépression du post-partum.

E5 : On s'était déjà vu une fois, je crois, je lui avais amené ma fille tout simplement pour qu'elle la pèse.

E9 : Je pense qu'elle aurait peut-être remarqué aussi, mais c'est vrai que c'est pas forcément au moment où on allait... On y allait, on faisait la visite pour mon fils, et on repartait, on discutait pas vraiment. Mais elle aurait peut-être vu quelque chose d'aussi au bout d'un moment.

3.2.7 Une amélioration nécessaire de l'accompagnement des femmes en pré et post-partum : des attentes et besoins exprimés

Ces entretiens ont fait émerger des attentes et des besoins spécifiques de ces mères qui ont traversé une dépression postnatale. Toutes évoquent une amélioration nécessaire de la prise en charge de la dépression, mais plus globalement de l'accompagnement des femmes, avant,

pendant la grossesse et également après la naissance de leur enfant. Selon elles, un meilleur accompagnement pourrait prévenir la survenue d'un épisode dépressif en période postnatale.

3.2.7.1 Un manque de préparation et d'information sur ce nouveau rôle de mère

D'après plusieurs des femmes interrogées, un **manque d'information** en amont de leur grossesse et **de préparation au post-partum** et à ce nouveau rôle de mère ont pu contribuer à leur vécu difficile de la période postnatale.

E13 : J'aurais aimé, avant de tomber enceinte, d'avoir des cours sur ce que ça implique d'être maman. [...] C'est vrai que j'aurais bien aimé que quelqu'un me dise ce que c'est réellement d'être maman.

E3 : On n'explique pas assez les choses : comment ça va se passer quand le bébé sera là, que c'est pas grave de faire des erreurs. Je pense qu'on devrait investir un peu dans les mamans aussi, dans le suivi.

3.2.7.2 La santé psychique oubliée pendant la grossesse

Ensuite, elles évoquent un manque de prise en compte de la santé psychique de la mère pendant la grossesse. Le suivi de la grossesse est vécu comme protocolaire, **centré sur le médical et l'accouchement**. Un dépistage des facteurs de risques de dépression post-partum et un suivi psychologique initié pendant la grossesse sont décrits comme nécessaires.

E7 : Je pense que ça serait bien d'avoir une prise en charge psychologique même en pré-partum. Pendant la grossesse, on a nos rendez-vous obligatoires, [...] à partir du 6^e mois, on est suivi par l'hôpital, mais enfin, sincèrement, l'hôpital, on y passe 15 minutes. On arrive, on n'est pas forcément ausculté, on voit la tension, on voit le bilan, et après bisou, au revoir, à dans un mois. Je pense que pour mettre des mots sur un psychologique altéré ou fébrile en tout cas, il faut des consultations plus longues. [...] Après je comprends, les médecins traitants vous faites ce que vous pouvez. Vous avez énormément de patients, énormément de nouveaux patients, plein de choses à gérer. Vous avez des journées qui s'arrêtent pas. Mais voilà, le psychologique de la femme et de la future maman, c'est tellement important.

E4 : Je trouve qu'on reste beaucoup, d'après mon vécu, sur comment va se passer l'accouchement, on parle des contractions. Mais on ne parle pas du bien-être au niveau mental, psychologique. On n'en parle pas et je trouve ça vraiment dommage.

E12 : J'ai trouvé que l'accompagnement était vraiment pas bon, c'est-à-dire qu'il y avait beaucoup d'accompagnement médical, mais pas du tout d'accompagnement sur justement : comment vous vous sentez ? comment vous abordez les choses ? est-ce qu'il y a des choses qui vous font peur ou pas ? Pas du tout. C'était en mode : le fœtus fait telle taille, ses reins sont au bon endroit, il est pas trisomique. En gros, c'était ça. C'est vraiment très médical et pas beaucoup d'accompagnement plus sur l'aspect psychique, j'ai trouvé.

Par ailleurs, il ressort de l'analyse de certains entretiens que la dépression post-partum aurait parfois **pu être prévenue** dès la grossesse par les professionnels de santé qui assuraient le suivi.

E11 : Après tout le monde m'a dit « après la grossesse que vous avez eue, c'était presque prévisible ». Je me suis dit que ma sage-femme et ma gynéco n'avaient pas...

E10 : Je pense que vraiment ça peut être quelque chose qui peut être prévenu facilement. Il faut peu de choses, moi en tout cas, il m'aurait fallu peu de choses.

3.2.7.3 Une nouvelle mère en arrière-plan : l'enfant au cœur de la prise en charge

Le suivi médical des femmes pendant le post-partum est décrit comme insuffisant. Il apparaît comme **essentiellement tourné vers le nouveau-né**, avec une nouvelle mère qui se sent oubliée et délaissée par les professionnels de santé au profit de son enfant. L'état de santé de la mère n'est pas toujours interrogé lors des consultations pour son enfant. Ce dernier concentre toute l'attention des soignants, mais de façon plus générale de la société ; la mère se retrouve alors en arrière-plan dans cette période postnatale.

E3 : Les gens oublient souvent... que quand ils sont nés, on s'occupe beaucoup des bébés, mais on ne s'occupe pas assez des mamans. Quand il y a un bébé qui naît, il y a aussi une maman qui naît. Et on ne pense pas assez aux mamans.

E1 : On se concentre tellement sur le bébé, en nous disant que c'est le petit Jésus en porcelaine et qu'il faut absolument en prendre soin sinon il va mourir. Et on se tourne à peine vers la mère pour savoir comment elle va.

E5 : Des rendez-vous, j'en ai eu des milliers, à la PMI en plus. Donc avec des puéricultrices, avec des consultantess en lactation. On ne m'a jamais demandé si j'allais bien... (*silence*). Mais en même temps, j'avais rendez-vous pour ma fille, j'avais pas rendez-vous pour moi. C'était elle la patiente.

3.2.7.4 Un accompagnement insuffisant en postnatal, un suivi tourné vers le somatique

Le **caractère très inégal** du suivi médical, entre la grossesse avec ses rendez-vous répétés et le post-partum, est souvent évoqué et il est regrettable pour certaines, qui pensent que ce suivi devrait être renforcé, car il s'avère essentiel pour les nouvelles mères.

E1 : Pendant la grossesse, on est extrêmement suivie et après durant le post-partum, on en a que pour le bébé.

E13 : Pendant la grossesse, on nous colle un peu trop, je trouve, entre les prises de sang à gogo, les échographies, entre les rendez-vous. [...] Mais à partir du moment où on accouche, y'a plus de suivi. Et je trouve ça vraiment regrettable, parce que c'est là où on a plus (+) besoin de suivi, que quand on est enceinte, vraiment. Le suivi n'est pas à la hauteur du besoin d'une jeune maman.

Comme évoqué précédemment, **l'accompagnement et le soutien dans ce nouveau rôle de parents semble indispensable et essentiel** pour les femmes interrogées. Pourtant, il est souvent décrit comme manquant, insuffisant, à la maternité puis pendant les premières semaines de vie. Elles expliquent s'être senties livrées à elles-mêmes, avoir manqué d'une aide des professionnels de santé, avoir manqué d'informations, d'explications et d'assistance.

E13 : Si j'avais pas eu ma mère, peut-être que j'aurais bien aimé avoir un professionnel, une auxiliaire ou autre, ou peu importe, quelqu'un qui soit là au moins les premiers jours, je pense que c'est même obligatoire. Parce que quand on est jeunes parents, on a beau avoir les trois jours classiques à la maternité

après l'accouchement, mais c'est pas suffisant, c'est pas du tout suffisant en fait. Vraiment ça a été très lourd pour moi. [...] J'insiste sur l'accompagnement. Je pense aux jeunes filles qui sont encore plus jeunes que moi, parce que moi ça va, je vais avoir 31 ans, mais il y a des jeunes filles qui ont leurs enfants à 15, 16, 17, 20 ans, qui ont aucune expérience, qui n'ont pas de famille, et qui se retrouvent ensuite chez elles.

E3 : Je pense qu'il manque beaucoup d'accompagnement des mamans qui viennent d'avoir des enfants. Et je pense que s'il y avait ce suivi-là, ce soutien-là aux nouvelles mamans, il y aurait beaucoup moins de dépressions de post-partum. J'ai trouvé que c'est ça qui manquait.

Le suivi prévu des femmes en post-partum est décrit comme insuffisant, avec des consultations pas assez rapprochées. La consultation postnatale est jugée **trop tardive** par l'une des femmes interrogées.

E3 : Un mois après l'accouchement, je pense que c'est trop long pour avoir un entretien, enfin une visite. Je pense qu'il manque beaucoup d'accompagnement des mamans qui viennent d'avoir des enfants.

E7 : La PMI c'est très bien, mais on a des rendez-vous qui sont hypers lointains, parce qu'il y a énormément de monde.

D'autre part, une absence de vigilance et de questions sur l'état de santé psychique de la mère est souvent relevée, avec un **suivi uniquement tourné vers le somatique**.

E5 : Elle m'avait pas demandé si ça allait ou quoi que ce soit, c'est sûr que non. On m'a pas trop demandé si ça allait. [...] On ne m'a jamais demandé si j'allais bien... (*silence*).

E5 : Déjà personne ne te demande si tu vas bien. On te demande juste si t'as des douleurs physiques, c'est vraiment ce que j'ai retenu.

Cette idée s'illustre particulièrement pendant les **consultations postnatales** vécues par les femmes interrogées et réalisées chez leur gynécologue. Cette consultation est toujours décrite comme rapide, voire bâclée, centrée sur l'examen clinique, exclusivement dédiée aux problèmes somatiques. Les thèmes évoqués sont seulement les douleurs et symptômes physiques, la contraception, mais pas l'état psychique de la patiente.

E4 : « *Est-ce que vous avez eu une consultation postnatale ?* » Avec le gynécologue, oui. Mais alors mon gynécologue, il est pas très bavard. Il a fait ce qu'il avait à faire, et voilà. [...] Le gynéco non, il ne s'inquiétait pas de savoir... Après je pense qu'il est comme ça, lui c'est le côté médical si tout va bien. Donc tout allait bien de ce côté-là, voilà. [...] J'ai l'impression que c'était juste un corps à vérifier. Alors qu'il n'y a pas que le corps. Enfin voilà, on est des êtres humains. Il n'y avait pas que le corps à vérifier. J'en veux à mon gynéco en fait.

E5 : J'avais eu quand même ma consultation postnatale avec [ma gynécologue] ... (*hésitation*) Elle avait vérifié mon périnée, je crois... « *Mais pas plus ?* » Non vraiment. Je me souviens même plus de ce qui s'était passé pendant cette consultation donc ça pas trop marqué. [...] Elle m'a dit : « est-ce que vous voulez reprendre une contraception dans deux mois ? », ce genre de choses, « est-ce que vous avez encore des saignements ? ».

E7 : J'avais fait mon suivi gynéco avec ma gynéco qui m'a auscultée, qui m'a dit tout va bien, on reprend la pilule et puis bisou quoi.

Plus globalement, le **suivi psychologique** des femmes après leur accouchement est décrit comme **insuffisant**, voire manquant. La santé psychique de la mère est peu prise en compte d'après le vécu des femmes interrogées. Plusieurs évoquent un suivi psychologique nécessaire, qui devrait selon elles être obligatoire et systématique en post-partum.

E13 : Vraiment sur le suivi. Et surtout le suivi psychologique, je pense qu'il devrait se faire automatiquement, presque être imposé, au bout de 15 jours ou d'un mois.

E7 : Je pense qu'il faudrait des groupes de parole ou des rendez-vous obligatoires comme les rendez-vous des enfants et là, on pose un diagnostic avec la mère. Et tant qu'elle n'a pas craché le morceau, on ne lâche pas. Il faut gratter.

3.2.7.5 Un dépistage manqué : un manque de formation des professionnels de santé ?

On a déjà évoqué précédemment des situations de dépistage manqué et de retard de diagnostic, en partie dues à des professionnels de santé qui n'ont pas compris les symptômes de détresse exprimés, qu'ils soient ou non masqués derrière des plaintes somatiques. De manière plus globale, les patientes interrogent **un manque de sensibilisation et de formation à la dépression du post-partum** des médecins et du corps soignant amené à côtoyer des femmes pendant cette période. Ce manque de formation est ressenti par les patientes et peut, selon elles, être la cause d'un défaut de diagnostic et de prise en charge optimale des femmes souffrant de cette pathologie.

E2 : Et l'absence de formation des médecins aussi. Je pense qu'on peut faire mieux.

E3 : Si les médecins étaient plus aptes à détecter ça vite, à mettre en place des traitements et des aides, ça va aider d'autres personnes à ne pas vivre ce que j'ai vécu, à être plus comprises dans leurs problèmes. Au lieu de penser qu'on est seul.

E12 : Le médecin de [mon fils] qui est médecin généraliste, qui est un jeune médecin, il est complètement déconnecté de ça. Il comprend pas de quoi on parle. Il est en mode : « oui bon, ça va vous passer quoi ». Sans être malveillant, il est juste dans l'ignorance. Mais parce que je pense que oui, c'est un petit détail parmi toutes les pathologies que vous voyez en 9-10 ans d'études.

Une des femmes interrogées illustre cette idée, en racontant avoir consulté successivement trois médecins avant que le diagnostic de dépression du post-partum soit posé, les premiers médecins rencontrés ayant évoqué un « simple baby-blues » malgré l'intensité et la persistance des symptômes.

E10 : Du coup je suis retournée peut-être trois jours après, j'ai vu encore un autre médecin parce que mon médecin était toujours pas revenu de vacances et pareil qui disait que c'était un baby blues.

Du point de vue des patientes, la **prévention et le dépistage** de la dépression postnatale doit être améliorés, par une écoute et une attention accrue. L'une d'elle s'interroge sur la possible généralisation du dépistage par l'EPDS.

E1 : Plus écouter les mères. En plus j'ai vu sur internet qu'il y avait un questionnaire assez rapide pour savoir si on faisait une dépression du post-partum. [...] Je pense que ça, n'importe quel professionnel de santé pourrait poser ces questions aux femmes, sans leur dire que c'est un questionnaire, juste par curiosité. Savoir comment la maman va. Pas se concentrer uniquement sur le bébé.

E10 : Je pense qu'il faudrait vraiment... Il y a vraiment un travail à faire là-dessus, sur la prévention.

3.2.7.6 Un besoin d'être épaulée et relayée pendant la période postnatale

En parallèle d'un accompagnement accru des professionnels de santé, les femmes expriment également un besoin important de soutien de la part de leur entourage et celui d'être **entourée et épaulée en post-partum** dès les premiers jours. La possibilité d'avoir des relais apparaît comme indispensable.

E1 : Dans plein de cultures, la maman est extrêmement bien entourée, au moins le premier mois. Le temps de se remettre de l'accouchement, de se remettre du choc que ça peut représenter d'avoir un enfant. Et nous c'est : vous restez trois jours à la maternité et puis vous vous débrouillez. Je trouve ça extrêmement violent qu'il n'y ait pas de prise en charge. Je sais pas comment on pourrait faire.

E5 : J'aurais voulu aussi que mon entourage m'aide. Ce que j'aurais voulu, c'est que [ma maman et ma sœur] viennent, qu'elles passent des soirées avec moi, qu'elles prennent la petite pendant juste 2h pour que je fasse un petit dodo. J'aurais voulu qu'elles viennent un soir ou 2 ou 3 ou 4, pour par exemple faire à manger pendant qu'on s'occupait de la petite. J'aurais voulu qu'elles me prennent mon fils à dormir de temps en temps, pour qu'on soit qu'avec bébé, qu'on puisse se relayer vraiment.

3.2.7.7 Le manque exprimé d'un espace de parole pour échanger sur ses difficultés

Un autre besoin exprimé par les femmes est celui d'avoir un espace de parole **pour pouvoir échanger avec des pairs** sur la maternité et les difficultés rencontrées dans ce nouveau rôle.

E5 : Maintenant, ils font des cercles maman-bébé par exemple, où en fait, tu viens et tu poses ta valise, tu déballes. Il y a des conseillères en parentalité et juste en fait, elles t'écoutent, elles savent que le post-partum ça peut être compliqué. Tu te retrouves avec des mamans qui ont des bébés du même âge que le tien, t'es en train de vivre à peu près les mêmes problématiques, tu te rends compte que t'es pas toute seule, et on t'écoute. Je pense que ça j'en aurais eu besoin. Un peu d'aide, et plus d'écoute. Et des gens qui vivent la même chose que toi, ça aurait été chouette. J'aurais pas eu forcément besoin d'avoir des mamans qui étaient en dépression post-partum, mais rien que des mamans qui étaient en post-partum. Et j'en avais pas. Il suffit d'être en post-partum pour avoir des difficultés liées au post-partum, tu n'es pas obligée d'être en dépression. Rien que ça, ça m'aurait bien aidé.

3.2.7.8 Un père oublié dans la prise en charge

Comme l'évoque une des mères interrogées, le **père semble parfois oublié** dans cette épreuve de la dépression du post-partum de sa conjointe, malgré l'impact important qu'elle peut avoir sur lui.

E12 : Mon conjoint, je pense qu'il y aurait vraiment besoin pour le coup... Et alors ça, les papas, enfin les papas ou coparents, ne sont pas du tout, du tout pris en charge là-dedans, mais pas du tout. Et je pense qu'il aurait besoin d'en parler.

Par ailleurs, la **question du baby-blues paternel** est posée par une des femmes, qui se demande si son conjoint n'y a pas été sujet, sans pour autant avoir eu de diagnostic ou de prise en charge spécifique.

E9 : Peut-être la dépression post-partum des pères. Enfin, parce que je suis persuadée que mon mari est passé par là. Peut-être pas forcément dépression, mais une phase de baby-blues du père, je pense. Je sais pas si ça existe, mais j'ai l'impression que lui aussi était vraiment exécrable quand le bébé est né. C'était une catastrophe.

3.2.7.9 Le poids financier d'une prise en charge psychologique

Enfin, comme le soulignent certaines femmes, le **prix des consultations** chez le psychologue ou le psychiatre peut présenter un obstacle à une prise en charge adaptée, les séances n'étant pas ou peu remboursées.

E7 : On se rend compte que tout se paye. Une séance chez le psychologue, c'est 60€, une séance de psychiatre, moi je paye 72 parce que je suis en ALD, mais sinon c'est 90. Si vous associez financièrement parlant une prise en charge psychologique et psychiatrique, tout le monde ne peut pas se permettre de le faire.

E2 : J'ai été très en colère à un moment donné. Je suis à 80% donc je perds 20% de mon salaire. Et je paie tous mes frais médicaux. Sauf la psychiatre à l'hôpital, heureusement c'était remboursé par la sécu. Mais les séances d'EMDR et les séances de psychologue sont très chères. 80€ par semaine la psy, 95€ la séance d'EMDR non remboursée. C'est un vrai budget. Certains mois, j'approche entre 300 et 400€ de frais non remboursés. Je pense que n'importe qui ne peut pas. Moi-même, il y a eu des fins de mois difficiles à cause de ça.

3.2.8 La dépression du post-partum : un sujet qui reste tabou

Pour terminer, la notion de tabou concernant le sujet de la dépression du post-partum est retrouvée tout au long des différents entretiens réalisés. En effet, la naissance d'un enfant étant par essence un évènement heureux, la survenue de cette pathologie est souvent incomprise par les proches et plus largement la société, enfermant les femmes dans leur mal-être.

3.2.8.1 La norme sociale du bonheur en post-partum

La **norme du bonheur et l'injonction de devoir être heureuse** en post-partum est récurrente. Les femmes évoquent le poids de la norme sociale d'une maternité toujours décrite comme merveilleuse. Cette période postnatale est souvent idéalisée par l'entourage, rendant inaudible leur propre vécu : celui d'un début de maternité compliqué, loin du bonheur attendu.

E3 : Les gens me voyaient triste alors que j'avais un nouveau-né et normalement, c'est un événement qu'on attend. Surtout que c'était un bébé attendu. C'est incompréhensible le fait d'être triste, alors que c'était un enfant désiré. C'est pas logique de pas être heureux

E5 : Je crois que maintenant ça y est, les gens commencent à dire que c'est difficile d'avoir un enfant. Mais par exemple quand je parle de mon expérience, de tout ce qu'on a vécu avec mon mari... Souvent mon mari me dit : « arrête, tu vas les dégoûter ». Ok, mais je suis pas là non plus pour leur donner envie d'avoir un enfant. Personnellement, la maternité, avant de tomber enceinte, on m'avait dit que c'était génial.

E8 : Ce qui m'a marqué, c'est que tout le monde voulait me faire dire que c'était merveilleux. Par exemple, les grands-mères de mon conjoint me disaient : c'est du bonheur en barre. Je suis peut-être hyper négative, mais pour moi, c'était pas du tout le cas. [...] C'est pas parce qu'ils pensent ça, que c'est la vérité de tous.

Ce tabou de la dépression du post-partum et plus largement de la difficulté maternelle, enferme les mères. Elles n'ont pas le droit de se plaindre, doivent se montrer heureuses aux yeux du monde extérieur et cacher leur mal-être. On retrouve la notion de **culpabilisation** dans certains récits.

E4 : À nos proches, on ne peut pas dire qu'on n'est pas bien, parce qu'on doit être heureux, parce qu'on a de beaux enfants et on a pas trop le droit de dire qu'on est fatigués.

E13 : Ce que je me suis découvert dans le fait d'être maman, c'est d'avoir ce statut-là où on peut sourire, mais à l'intérieur y'a quelque chose qui va pas.

E9 : Et puis l'aspect aussi : « tu les as voulus, maintenant tu assumes ».

L'une d'elles évoque la banalisation sociale des pleurs en post-partum.

E9 : « Bah oui, t'as eu un bébé, le baby-blues, c'est normal que tu pleures ». Mais non, c'est pas normal.

3.2.8.2 Une réalité du post-partum loin de la magie annoncée

Plusieurs des femmes interrogées s'opposent au discours fréquemment entendu d'une **maternité forcément merveilleuse et innée**. Elles disent ne pas avoir ressenti cet amour maternel inconditionnel à la rencontre de leur enfant, souvent idéalisée.

E12 : J'ai pas eu ce waouh à la naissance, pas du tout. Et mon conjoint non plus d'ailleurs.

E8 : C'est pas grave si on l'aime pas d'un amour inconditionnel au moment de sa naissance. C'est ok en fait. Enfin, c'est mon point de vue.

Certaines expriment par ailleurs un **regret de leur statut et de leur rôle de mère**, dans lequel elles se sentent enfermées.

E5 : J'ai l'impression de ne faire que ça, je ne suis qu'une maman.

E13 : C'est vrai que jusqu'à présent, c'est pas que je regrette. Je regrette pas d'avoir eu un enfant, mais je regrette d'avoir le statut de maman. [...] C'est vrai que des fois, j'ai plus envie d'avoir ce statut-là, j'ai plus envie d'avoir cette responsabilité-là. J'ai envie d'être que ce que j'étais, donc c'est-à-dire [moi], une jeune femme, épouse de, sœur de, mais c'est tout. Ce statut-là, parfois, me fatigue.

E9 : J'ose le dire, des fois, je regrette d'avoir des enfants. Mais bon, maintenant qu'ils sont là, ils sont là. (*rires*)

3.2.8.3 Une dépression du post-partum non comprise par les proches

Le tabou de la dépression du post-partum induit souvent une **incompréhension des proches** et particulièrement du conjoint. Ce dernier, aux premières loges, ne comprend parfois pas les symptômes anxio-dépressifs et l'état de détresse psychique ressentis. Cette incompréhension peut alors être la source d'une culpabilisation des femmes traversant cette dépression.

E10 : Mon conjoint, je lui en parlais de ces phobies d'impulsion et la toute première fois où je lui en ai parlé, il ne l'a pas du tout bien pris. [...] Enfin il ne comprenait pas et je lui en veux pas, je me dis qu'à sa place, j'aurais peut-être réagi comme ça aussi, mais ça m'a fait encore plus culpabiliser. J'avais l'impression qu'on m'enfonçait la tête sous l'eau encore plus.

E12 : Mon conjoint, à ce moment-là, il ne prenait pas la mesure. Il me connaît très bien, il savait que j'étais anxieuse, il me disait : « ça va aller, ça va aller, tu sais, tu sais gérer, t'as gardé plein d'enfants dans ta vie, c'est ton bébé, tu l'as toujours voulu, t'inquiète pas, ça va aller ».

D'ailleurs, plusieurs des mères interrogées décrivent une **solitude dans leur prise en charge**. Elles ont vécu une hospitalisation en psychiatrie faite contre l'avis et sans le soutien de leur conjoint, dans l'incompréhension, voire dans le déni de la dépression et de la nécessité d'une telle prise en charge.

E10 : Mon conjoint, mon hospitalisation, il ne l'a pas vraiment comprise. Il était pas du tout pour. Parce qu'on a une idée aussi de la psychiatrie, où on se dit il y a des barreaux, on ne peut pas sortir, alors que non pas du tout, je pouvais sortir, je pouvais avoir de la visite. Mais il était pas du tout pour, et quand je lui ai dit que j'allais à l'hôpital, il ne m'a pas accompagné ni rien.

E1 : Cette hospitalisation a été nécessaire, et je l'ai faite contre l'avis de mon conjoint, qui ne voyait pas du tout où était le problème. Il ne voyait pas ma dépression. Comme j'arrivais à m'occuper de ma fille, tout allait bien dans sa tête.

L'**explication des symptômes au conjoint par un professionnel de santé** apparaît alors comme essentielle dans sa prise de conscience et sa compréhension de la réalité de la dépression du post-partum.

E9 : [Mon conjoint] a changé au moment où l'équipe mobile est venue. Elles sont venues trois fois et la deuxième fois, il était là. Elles voulaient le voir, donc je lui ai dit : il faudrait que tu restes cette fois-ci. Et c'est à partir de là qu'il a changé de comportement. Je pense qu'il a remarqué que c'était quand même grave ce qui se passait. Et que ce n'était pas forcément moi qui faisais du cinéma.

E10 : Le psychiatre de l'hôpital a expliqué [à mon conjoint] ce que c'était, tout ça et du coup, je pense que là, il s'est rendu compte vraiment des choses et il a accepté tout ça.

E1 : [Mon conjoint] a pas compris, ce sont les médecins qui ont dû lui expliquer qu'il y a une différence entre ce que je montrais, et la réalité de mes émotions.

Au-delà du conjoint, le tabou touche aussi les proches. Le sentiment de ne **pas être comprise par son entourage** de manière générale est fréquent. La réalité de sa dépression n'est pas

comprise, les symptômes et le mal-être sont minimisés. Les proches sont parfois décrits comme présents, à l'écoute, mais portant un jugement et incapables de comprendre la gravité de la situation.

E3 : J'avais l'impression que personne ne me comprenait, pourquoi j'étais fatiguée alors que pour le premier, c'était pas pareil. [...] On parle avec les gens de notre entourage, mais si on n'est pas passé par là, on ne peut pas nous comprendre. Malgré que les gens nous disent : non je ne juge pas, je pense qu'au fond il y a un jugement quand même.

E12 : Tout le monde (*ndlr : parle de son entourage*) est un peu en mode : « mais qu'est-ce que c'est que ça en fait ? ». Déjà que notre génération est pas très informée, mais alors la génération de nos mères, vraiment c'est lunaire. « C'est pas possible, la maternité c'est la plus belle chose qui puisse arriver, c'est merveilleux, il n'y a que des côtés positifs ».

E5 : À ma maman et ma sœur, je leur en ai énormément parlé, enfin énormément non, mais je leur en ai parlé. Je leur ai dit. Je les appelais des fois en pleurs, en leur disant que j'avais envie de me barrer, que j'en pouvais plus de ma vie. Et elles me disaient : « courage, allez courage ».

Cette incompréhension de l'entourage entraîne parfois des **propos durs et culpabilisants** reçus de la part des proches et notamment du conjoint, rendant encore un peu plus difficile leur vécu.

E10 : [Mon conjoint] me disait : « mais ça va pas la tête, tu vas quand même pas faire ça, ça devrait être les plus beaux jours de notre vie et toi, tu es en train de tout gâcher ».

E12 : Sinon c'était : « en fait ce bébé, tu l'as toujours voulu, je sais pas ce que tu nous fais là, mais arrête ton délire quoi ». C'est vraiment ça, c'est les mots que j'ai entendus. « Relève-toi, tu crois que [ton fils] il a besoin d'une mère comme ça ». C'est vraiment des mots que j'ai entendus, très forts. [...] C'était vraiment me confronter à ma médiocrité quoi. C'était vraiment : « ah bah putain, le pauvre [enfant] ! T'es pas capable de te lever, mais je sais pas, fais un effort, souris la vie, regarde, il fait beau dehors ».

3.2.8.4 Un manque de sensibilisation et d'information à l'existence de cette pathologie

Le caractère tabou de la dépression du post-partum est à la fois la cause et la conséquence d'un **manque de sensibilisation et d'information sur cette pathologie**. Ce manque de connaissances sur le sujet induit souvent chez les femmes elles-mêmes un sentiment de honte, rendant l'expression de leurs symptômes encore plus difficile. De façon plus globale, l'existence d'un **tabou concernant la santé mentale** est décrite.

E9 : C'est vrai que la prise en charge est compliquée si les mamans ne parlent pas. Personne va pouvoir les aider. Je pense qu'il faudrait enlever ce côté un peu honteux.

E10 : Je trouve que c'est vraiment tabou, la dépression post-partum, on n'en parle pas du tout. Quand ça nous arrive, on a l'impression que c'est nous le problème, que c'est nous qui sommes pas normales.

E12 : Je pense que c'est un tabou plus général dans la société de la santé mentale. Mes proches, ça a été difficile. Mais j'aurais eu un cancer, tout de suite tout le monde aurait été à mon chevet. Bon, les études démontrent que y'a pleins de femmes qui sont quittées par leur conjoint (*rires*). Mais en tout cas mes parents, ils auraient été tout de suite, et mon frère, beaucoup plus dans l'empathie. [...] La santé mentale, vraiment, on comprend pas que ça peut tuer des gens. C'est pas juste la déprime, c'est pas ça.

Les femmes évoquent **qu'elles auraient eu besoin d'être informées** sur l'existence de cette pathologie, les structures existantes pour sa prise en charge et sur l'importance de consulter dès l'installation des premiers symptômes. Ce sujet n'avait pas ou peu été abordé au cours de leur accompagnement pendant la grossesse. Une information préalable pourrait permettre un diagnostic plus rapide et une meilleure prise en charge.

E3 : Mais je trouve que ce n'est pas assez diffusé, les gens n'en parlent pas assez, même les médias et tout ça. Je vois qu'il y a beaucoup de changement, par rapport à mon premier enfant. Aujourd'hui, je trouve qu'on en parle beaucoup plus. Mais il manque encore de... Je pense que si les femmes étaient plus informées, elles seraient diagnostiquées plus vite, et le suivi serait plus simple après.

E4 : Maintenant, j'en entends parler, je ne sais pas si c'est parce que je me sens concernée maintenant et du coup, j'y fais plus attention, mais je trouve que pendant les préparations à l'accouchement, tous les rendez-vous qu'on peut avoir, on en parle pas assez. [...] Je trouve qu'on ne prévient pas assez, sans non plus dramatiser en disant à toutes les jeunes femmes enceintes, vous allez avoir des pleurs pendant des mois ; mais juste déjà aborder le sujet. Et dire que si ça arrive surtout d'en parler le plus rapidement possible, pour ne pas que ça s'installe trop.

E9 : Je trouve ça bien qu'on parle de plus en plus de ça. Il faudrait que déjà les mamans sachent qu'il existe des choses pour les aider. Avant ça, je n'avais jamais entendu parler d'une unité psychiatrique mère-enfant.

La connaissance de la réalité de la dépression post-partum pourrait également permettre aux femmes d'oser en parler plus facilement, sachant qu'elles ne sont pas seules dans ce vécu.

E4 : De dire que ça arrive, parce que finalement en en parlant autour de moi, je me rends compte qu'on est beaucoup à ne pas être bien, et à pleurer beaucoup. Et c'est pas grave.

Cependant, plusieurs femmes trouvent que le sujet est de plus en plus abordé dans la société et les médias, ce qui **contribue progressivement à briser le tabou**.

E1 : On en parle de plus en plus. Justement, j'ai vu que vous faisiez une thèse grâce au compte Maman Blues®. Sur les réseaux sociaux, on trouve beaucoup beaucoup d'informations et ça fait vraiment du bien d'avoir des personnes qui en parlent.

E7 : J'en avais déjà entendu parler, parce que je crois que l'année où j'ai accouché, ça a été quelque chose qui ressortait pas mal, que ce soit dans les ouvrages ou même sur internet, sur Facebook®, sur Instagram®, sur toutes les plateformes. On voyait pas mal de trucs circuler.

L'une d'elle cite notamment l'application des 1000 premiers jours, source accessible d'information et de renseignements sur le post-partum et notamment sur la dépression du post-partum.

E11 : Au niveau de la dépression post-partum, moi j'avais téléchargé l'appli des 1000 premiers jours. Et du coup, c'était indiqué dedans, y'avait quand même quelques renseignements, pareil pour l'allaitement, donc ça c'était pas mal, j'ai trouvé. Parce que je faisais plein de recherches sur internet, j'avais besoin d'informations et de renseignements, donc ça, c'était chouette.

3.2.8.5 Un besoin de briser ce tabou pour aider ses pairs

La question de la raison ayant amené ces femmes à participer à cette recherche leur a été posée en fin d'entretien. La **volonté et le besoin d'aider ses pairs** reviennent de façon systématique dans leurs réponses.

E3 : Je voulais pouvoir aider d'autres personnes qui sont passées par là, pour qu'un jour peut-être, le nombre de mamans qui font une dépression du post-partum se réduise.

E7 : Je pense que mon témoignage peut apporter plein de choses, autant pour les femmes qui vivent ce que j'ai vécu et même pour les professionnels, se rendre compte que parfois, on laisse passer des choses.

Elles veulent partager leurs expériences dans le but d'être un porte-parole, de faire avancer les choses et de **contribuer à une amélioration qu'elle juge nécessaire de la prise en charge** des femmes en post-partum.

E1 : J'avais envie de partager mon expérience, je me dis que ça peut être utile pour mieux prendre en charge les mamans en post-partum.

E5 : Ça veut forcément dire que vous serez sensibilisée, que ça va sensibiliser d'autres médecins et que, en tant que parents, maman surtout, on sera mieux pris en charge. Je pense qu'il y a un gros problème par rapport à ça et c'est avec ce travail qu'on peut faire avancer les choses.

4 - Discussion

4.1 Synthèse des principaux résultats

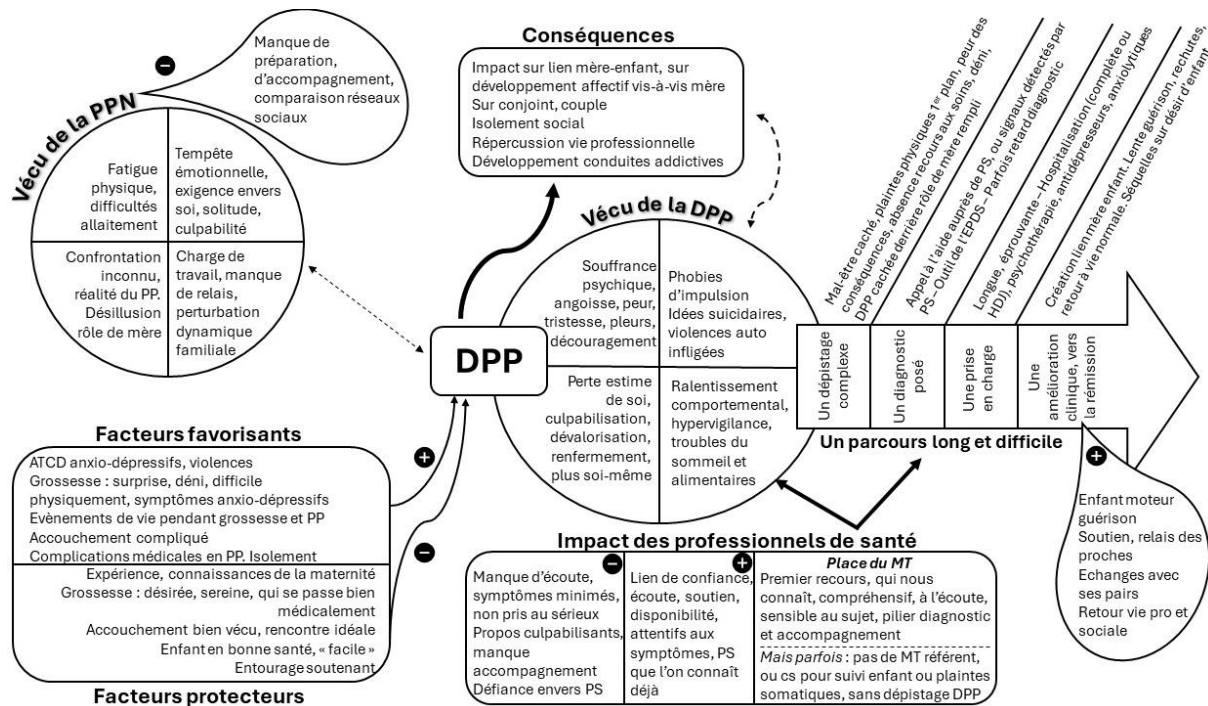


Figure 1 : Modèle explicatif proposé pour expliquer le vécu de la dépression du post-partum par les patientes

ATCD : antécédents, CS : consultation, DPP : dépression post-partum, HDJ : hôpital de jour, MT : médecin traitant, PP : post-partum, PPN : période postnatale, PS : professionnels de santé

L'objectif de notre étude était d'explorer le vécu de la dépression du post-partum par les femmes. Ces dernières décrivent une souffrance psychique intense, des émotions négatives passant par l'angoisse, la peur, la tristesse, la culpabilité, la solitude, jusqu'à de véritables pensées suicidaires. Cette dépression s'inscrit chez ces femmes dans un vécu souvent difficile de la période postnatale en elle-même, marqué par la fatigue, l'inconnu et la désillusion. Ce vécu difficile est souvent accentué par un manque d'information et d'accompagnement à ce nouveau rôle de mère.

Par ailleurs, le vécu de la dépression du post-partum est aussi lié aux multiples répercussions qu'elle entraîne : sur l'enfant et le lien mère-enfant, sur le conjoint et le couple, sur sa vie sociale et professionnelle ou encore le développement de conduites addictives.

Le vécu du parcours de soin traversé par les patientes apparaît également comme éprouvant. Le dépistage est complexe, l'appel à l'aide difficile, le déni parfois présent, le mal-être tu ou dissimulé derrière des symptômes physiques. Une fois le diagnostic posé, pas toujours de façon rapide, la prise en charge est longue et pénible, passant parfois par une hospitalisation et souvent par un traitement médicamenteux. Un retour à une vie normale est décrit au bout de nombreux mois de prise en charge ponctués de rechutes, mais des séquelles persistent.

Des facteurs de risque à la survenue de cette dépression sont retrouvés, dont certains déjà identifiés dans la littérature : antécédents de troubles anxio-dépressifs ou de dépression postnatale, antécédents de violences, symptômes anxio-dépressifs présents pendant la grossesse, grossesse non prévue, déni, isolement, complications médicales pendant l'accouchement ou le post-partum. Cependant, on retrouve également la présence de facteurs qui semblent pourtant protecteurs, mais qui n'ont pas empêché la survenue de l'épisode dépressif : une grossesse sereine et qui se passe bien sur le plan médical, des patientes informées ou ayant l'expérience de la maternité, un accouchement et une rencontre avec son enfant idéale, un entourage soutenant. La survenue de la dépression malgré ces conditions favorables est alors d'autant plus difficile à comprendre pour les patientes, pour l'entourage, et complique son dépistage.

D'autre part, le rôle des professionnels de santé est majeur. Que leur impact soit positif (par leur volonté d'entendre et de comprendre, leur disponibilité, leur attention aux signes de détresse, et le lien de confiance établi avec eux) ou négatif (par un manque d'écoute, une minimisation des symptômes, des propos culpabilisants), il influence de manière importante le vécu des patientes. Le médecin traitant, dans son rôle de premier recours et de soignant proche de ses patients, apparaît comme un pilier du diagnostic et de l'accompagnement. Cependant, certaines des femmes interrogées n'ont pas de médecin traitant référent ou suffisamment proche pour être considéré comme un recours possible en post-partum. Il est parfois consulté uniquement pour le suivi de son enfant, sans que ces recours au soin ne donnent lieu au dépistage de dépression du post-partum.

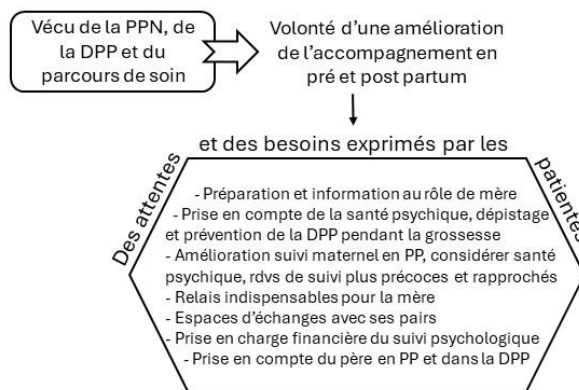


Figure 2 : Besoins et attentes exprimés par les patientes interrogées ayant traversé une DPP, concernant la prise en charge des femmes en pré et post-partum

DPP : dépression post-partum, PPN : période postnatale

Le vécu d'une dépression du post-partum fait émerger chez les femmes l'expression de besoins et d'attentes concernant l'accompagnement et la prise en charge des mères, en pré et post-partum. Elles suggèrent des améliorations possibles, concernant notamment la prise en compte de la santé psychique, qui semble trop souvent oubliée pendant le suivi de la grossesse et la période postnatale. Au-delà des axes concernant la prise en charge médicale, elles soulignent le besoin d'avoir du soutien social, des relais et des espaces d'échanges avec leurs pairs. Elles évoquent également le partenaire et interrogent sa prise en compte, qui semble insuffisante, à la fois pendant la période postnatale et pendant la dépression du post-partum de sa conjointe.

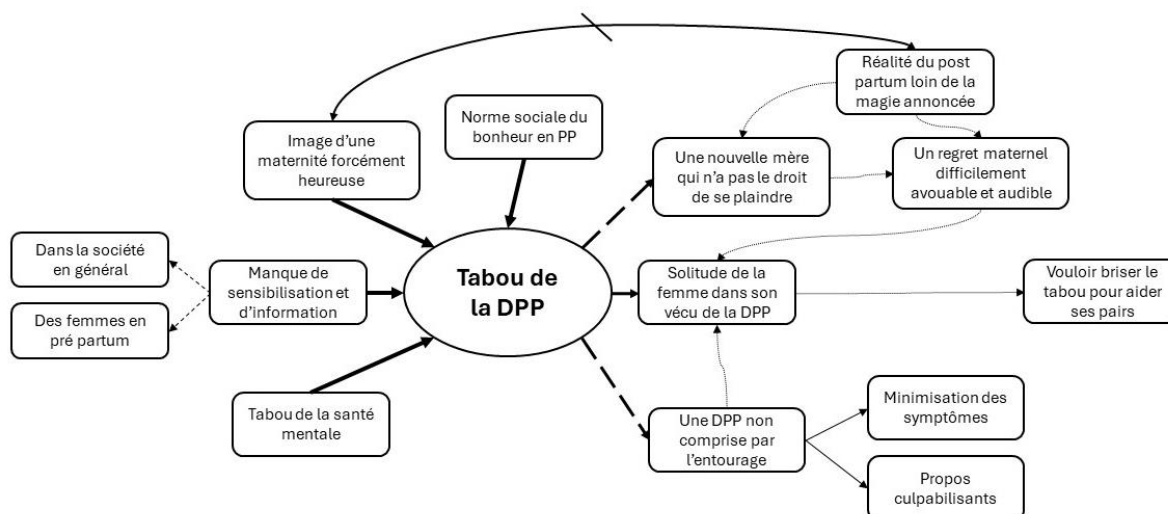


Figure 3 : Modèle explicatif proposé pour expliquer le tabou de la dépression postnatale

Enfin, un élément important du résultat de l'analyse réside dans le tabou existant de la dépression du post-partum, qui influe beaucoup sur son vécu. L'injonction et la norme d'une maternité heureuse sont systématiquement ressenties par les femmes et souvent exprimées par les proches. Ce tabou explique et contribue à une minimisation des symptômes et à un isolement des femmes, confrontées à une réalité bien moins idéale qu'annoncée.

4.2 Comparaison avec la littérature

4.2.1 Dépression du post-partum : symptomatologie, facteurs de risque

Les symptômes de dépression décrits par les patientes correspondent à ceux retrouvés dans la littérature et qui font la spécificité de cette dépression : une anxiété importante s'exprimant surtout par des phobies d'impulsion, des craintes de faire du mal à leur enfant et un évitement du contact avec ce dernier ; ainsi qu'un fort sentiment d'incapacité et de découragement concernant la fonction maternelle et une forte culpabilité conduisant une minimisation des symptômes à l'entourage (5). En revanche, la présence de plaintes physiques parfois au premier plan dans la dépression postnatale n'a pas été retrouvée dans les entretiens (5). Le développement des symptômes est assez précoce chez les femmes interrogées, dès les premiers jours à premières semaines après l'accouchement. Le pic de survenue de la dépression du post-partum est décrit dans les trois premiers mois dans la littérature, voire parfois dans les 3 à 6 premières semaines du post-partum (5,36,37).

Par ailleurs, la présence d'idées suicidaires est fréquemment évoquée dans notre étude. Cette donnée est cohérente avec les résultats de la dernière enquête nationale périnatale réalisée en France en 2021 : 24% des femmes présentant une dépression postnatale exprimaient des idées suicidaires à deux mois du post-partum (9). On retrouve également une anxiété chez 83% de ces femmes souffrant de dépression (9) ; celle-ci apparaît aussi souvent au premier plan chez les patientes interrogées au cours de notre étude.

Les facteurs de risque favorisant la survenue d'une dépression postnatale sont fréquemment étudiés et décrits dans la littérature. Antécédents de violences, grossesse non prévue, complications maternelles pendant la grossesse, accouchement difficile, survenue d'un épisode dépressif pendant la grossesse ou encore antécédent de dépression ou de dépression du post-partum (38–40) sont autant de facteurs de risques également retrouvés dans notre échantillon et qui doivent donner lieu à une vigilance accrue de la part des professionnels de santé. Soulignons

notamment l'impact de l'accouchement dans ces éléments favorisant : selon la dernière enquête périnatale française de 2021, plus d'une femme sur 10 garde « un plutôt mauvais souvenir de l'accouchement » ou « un très mauvais souvenir » (41).

Par ailleurs, une étude met aussi en évidence une augmentation du risque de dépression post-partum en cas de faible estime de soi maternelle (40). Cette dernière transparaît souvent dans nos entretiens, avec une peur de ne pas être à la hauteur de son rôle de mère et une culpabilité récurrente dans le vécu de la période postnatale.

Les facteurs de risque de suicide en période périnatale sont également connus et décrits. On peut souligner l'isolement social, les grossesses non désirées, les violences conjugales aussi bien psychologiques, physiques que sexuelles, les événements de vie stressants ou l'usage de toxiques (42,43) ; autant d'éléments à rechercher et qui doivent alerter les professionnels de santé dans le suivi des femmes en pré et post-partum.

4.2.2 Impact sur les interactions mère-enfant et sur le développement de l'enfant

Les femmes interrogées dans notre étude décrivent les conséquences de leur dépression du post-partum sur le développement de leur enfant. Cet impact concerne uniquement leur développement émotionnel et relationnel vis-à-vis de la figure maternelle. Ces conséquences ne sont pas les seules retrouvées dans la littérature. Sont aussi décrits des troubles fonctionnels pouvant toucher l'alimentation ou le sommeil, des troubles de l'attachement, du comportement, un retard psychomoteur ou cognitif ou un impact sur les capacités de communication (44,45).

De véritables troubles dépressifs chez les nourrissons sont parfois observés (45). Ces conséquences sur le développement de l'enfant sont d'autant plus marquées et durables que la dépression n'est pas détectée et prise en charge (44). Elles sont liées notamment au repli sur soi souvent observé dans les syndromes dépressifs et à son impact sur la relation mère-enfant. En effet, durant les premiers mois de vie, le développement physiologique et affectif du bébé dépend étroitement des échanges avec son environnement proche. La confrontation avec une mère déprimée, peu réactive et désengagée de la relation ou exprimant des émotions de peur ou de colère, va impacter le développement du nourrisson (44,45).

Par ailleurs, on peut souligner selon certaines études que l'existence d'une dépression pendant la grossesse peut en elle-même avoir des conséquences sur cette dernière, avec une augmentation du risque de prématurité, de petit poids de naissance ou de prééclampsie (44).

4.2.3 Freins au dépistage de la dépression du post-partum

On identifie dans la littérature des freins à l'expression de leurs symptômes par les femmes souffrant de dépression postnatale. Ces freins sont également décrits par les patientes interrogées dans le cadre de notre étude. Tout d'abord, on retrouve la peur de paraître incapable de s'occuper de son enfant, de passer pour une mauvaise mère, et par conséquent la peur de se voir retirer son enfant et d'en perdre la garde (46,47). Par ailleurs, la naissance d'un enfant étant par essence un évènement heureux, source d'accomplissement personnel, le tabou qui existe autour de la dépression du post-partum (45) renforce cette difficulté pour les femmes d'admettre d'avoir besoin d'aide et d'oser parler de leurs symptômes.

Une phrase de la pédopsychiatre Nicole Guédeney précise bien cette singularité de la dépression du post-partum : « *Il existe un paradoxe dans la situation de mère déprimée qui pourrait se résumer ainsi : elle n'a pas le droit d'être déprimée puisqu'elle est la mère d'un bébé ; mais si elle reconnaît sa dépression, alors elle ne peut être qu'une mauvaise mère pour ce bébé.* » (Guédeney, 1989) (48).

D'autres obstacles sont également parfois mis en évidence dans notre étude. Certaines patientes expriment leur défiance envers le corps soignant. Elles ont la perception que les professionnels de santé ne vont pas les entendre et ne sont pas aptes à les aider et à les écouter ; toutes ces raisons freinent l'expression des symptômes chez ces patientes (49). La relation de confiance avec les professionnels de santé apparaît donc comme primordiale et leurs capacités d'écoute et de bienveillance essentielles. Par ailleurs, la méconnaissance des femmes concernant les thérapies non médicamenteuses possibles et la vision des antidépresseurs comme seule réponse des professionnels de santé à leur mal-être, limitent aussi les femmes dans l'expression de leurs symptômes. Le rôle perçu des professionnels de santé pour leur venir en aide se limite alors à un rôle de prescripteur (46). Ce dernier point est parfois renforcé par l'existence d'une défiance envers les traitements antidépresseurs (46), comme abordé dans la sous-partie suivante.

Les femmes interrogées lors de notre étude soulignent parfois un dépistage manqué par les professionnels de santé rencontrés. La littérature met en lumière que les professionnels de santé rencontrent certains freins au dépistage des symptômes anxio-dépressifs pendant le post-partum, qui pourraient expliquer ce défaut de dépistage.

Tout d'abord, les médecins généralistes décrivent un suivi restreint des femmes dans les semaines suivant leur accouchement et donc un manque d'occasion de consultation des nouvelles mères pour elles-mêmes (50). Le suivi du nouveau-né, puis du nourrisson, est l'occasion de consultations répétées, où les médecins seraient ouverts à évoquer avec la mère la présence de troubles psychiques ; mais le manque de temps dans des consultations de pédiatrie déjà longues apparaît comme un frein majeur (27). Cette limite du temps en médecine générale est souvent évoquée par les praticiens pour expliquer le défaut de dépistage systématique de la dépression postnatale, au-delà des consultations dédiées à l'enfant (51,52).

Le manque de formation et d'information sur le sujet est également très fréquemment souligné par les généralistes interrogés (50–52). Ce défaut de connaissances sur la dépression du post-partum entraîne chez les médecins un sentiment d'impuissance (27), un sentiment d'incapacité et des difficultés dans la prise en charge possible à proposer aux patientes (51). Certains soulignent l'importance des réseaux de professionnels de santé pour pallier ces difficultés (27).

Enfin, on peut identifier d'autres freins au dépistage exprimés par certains praticiens. Dans une étude réalisée auprès de 115 médecins généralistes alsaciens en 2023, trois expliquent ne pas aborder le thème de la dépression postnatale, car il est considéré comme tabou (52). Certains professionnels de santé évoquent une peur de stigmatiser les patientes en utilisant ce terme de « dépression post-partum » (46). Enfin, certains généralistes interrogés dans le cadre d'une thèse datant de 2018 s'intéressant au dépistage de la dépression du post-partum sont réticents à un dépistage systématique et lui préfèrent un dépistage ciblé. Ils évoquent une peur d'être intrusifs auprès des patientes en recherchant ce diagnostic en l'absence de point d'appel pour un trouble de l'humeur. Cette problématique apparaît genrée selon cette étude, puisqu'elle est évoquée uniquement par les médecins de sexe masculin (53). Cependant, on a vu dans notre analyse que la dépression du post-partum pouvait apparaître malgré l'absence de facteurs de risque et que les symptômes étaient très souvent tus ; un dépistage uniquement ciblé pourrait donc parfois induire un défaut de diagnostic.

4.2.4 Traitement antidépresseur et dépression du post-partum

Plusieurs des mères interrogées dans notre étude expriment une réticence concernant la prise de traitement antidépresseur. Cette mauvaise acceptabilité du traitement antidépresseur chez les femmes pendant la période postnatale est également décrite dans la littérature (46,54). Mais

l'allaitement apparaît comme un des principaux obstacles à la prise du traitement pour les patientes (54), alors qu'il n'est jamais évoqué par les femmes de notre échantillon.

Les modalités du traitement de la dépression périnatale ne diffèrent pas d'un épisode dépressif survenant dans un autre contexte ; cependant, l'approche médicamenteuse est plus délicate, que ce soit pendant la grossesse ou bien pendant l'allaitement. Un risque de syndrome de sevrage chez le nouveau-né à naître est décrit dans la littérature (45). Néanmoins, il est important de bien prendre en compte la balance bénéfice risque d'une telle thérapie. Le CRAT (Centre de référence des agents tératogènes) (55), référence concernant la médication des femmes enceintes et allaitantes, précise bien que si le traitement est justifié, il ne faut pas hésiter à traiter efficacement une femme enceinte ou allaitante. Il rappelle également le risque de répercussions négatives sur la grossesse et sur l'enfant d'une pathologie dépressive maternelle mal équilibrée ou non traitée (56). Certains ISRS sont à privilégier pendant la grossesse, notamment la sertraline ou la paroxétine si un allaitement est envisagé. En effet, ces deux molécules sont celles recommandées en cas d'allaitement maternel, aucun effet indésirable particulier n'étant retenu à ce jour parmi les enfants allaités par des mères traitées (57).

4.2.5 Accompagnement et information sur la dépression du post-partum en période prénatale

Les femmes interrogées dans notre étude décrivent largement un manque de prévention de la dépression du post-partum pendant la période prénatale et un manque d'information reçue à ce sujet. Ce défaut d'information est retrouvé dans plusieurs articles, chez des femmes ayant ou non traversé une dépression postnatale (47,58). Ainsi, une étude réalisée en 2023 dans le cadre d'un mémoire de sage-femme auprès de femmes venant d'accoucher, met en évidence que l'information sur la dépression du post-partum n'est pas systématique pendant la grossesse, ce qui concorde avec notre échantillon. Parmi les femmes n'ayant pas reçu cette information avant leur accouchement, plus des 2/3 auraient souhaité l'être. À noter que les sources d'information sur la dépression postnatale étaient diverses dans cette étude. Les professionnels de santé n'étaient la source que dans 40% des cas, les autres sources citées étant internet, les médias ou les proches (58).

L'amélioration de l'information préalable sur la dépression du post-partum pendant la grossesse semble également une demande exprimée par les pères (59).

Le dépistage anténatal est également essentiel, la présence de symptômes anxio-dépressifs pendant la grossesse étant un facteur de risque de dépression du post-partum (38–40). Dans une étude suisse s'intéressant aux signes précurseurs de la survenue d'une dépression post-partum, près de 2/3 des femmes de leur échantillon présentant des symptômes dépressifs pendant le post-partum avaient souffert d'une thymie dépressive pendant leur grossesse (60). De même, certaines femmes décrivent une prise en charge de la grossesse ne prenant pas suffisamment en compte les éventuelles difficultés psychologiques rencontrées, comme dans un travail de thèse réalisé en 2021 interrogeant le vécu des femmes en post-partum (61).

Le dernier rapport français sur les morts maternelles relève des soins non optimaux dans 72% des décès par suicide. Le détail de ces soins non optimaux souligne des défaillances, notamment en préconceptionnel avec un défaut d'accompagnement des femmes présentant une pathologie psychiatrique préexistante et un manque d'anticipation de la grossesse. D'autre part, en prénatal, ce rapport souligne un défaut de prise en charge pluridisciplinaire, d'optimisation des soins psychiatriques et une méconnaissance des symptômes et signes d'alerte avec une focalisation de l'examen sur la sphère obstétricale (8).

Il est donc essentiel que les différents contacts médicaux pendant la grossesse donnent lieu à une information, une prévention et un dépistage des troubles anxio-dépressifs chez les femmes enceintes, afin de traiter le plus précocement possible une dépression anténatale sous-jacente. Notons que malgré les différentes mesures mises en place en France pour le suivi des patientes pendant la grossesse (consultations de suivi mensuelles, entretien prénatal précoce, séances de préparation à la naissance) (62), une part importante de la population concernée n'accède pas aux interventions anténatales de promotion pour la santé que sont l'entretien prénatal précoce (EPP) et la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). D'après une étude réalisée à partir des données collectées dans la cohorte ELFE (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance), large cohorte française de près de 18 000 enfants nés en 2011 (63), 33% des mères seulement avaient bénéficié d'un EPP, 52% de la PNP et 26% n'avaient eu aucune mesure préventive pendant leur grossesse. Il existe un gradient social dans l'accès à ces mesures, qui concernaient préférentiellement des populations de femmes de bon niveau sociodémographique (64).

4.2.6 Vécu de la période postnatale et de son accompagnement médical

Dans notre étude, les patientes expriment souvent avoir manqué d'information et de préparation à la période postnatale pendant leur grossesse, ce qui a influé souvent négativement sur leur vécu de cette période. Dans différents travaux de thèse réalisés ces dernières années, on retrouve l'expression de ce manque de préparation au post-partum en anténatal (61,65). Par ailleurs, les femmes ne semblent pas satisfaites des informations reçues en post-partum immédiat ; selon une enquête réalisée en 2019 auprès de 4000 femmes ayant accouché, seulement 50% d'entre elles seraient satisfaites des informations reçues de la part des professionnels de santé sur les difficultés post-accouchement (66).

Dans une étude qualitative réalisée en 2021 s'intéressant au vécu du suivi médical pendant la période postnatale, la plupart des patientes estiment que ce suivi est insuffisant (65). On retrouve cette même tendance dans notre recherche, les femmes interrogées soulignant souvent un accompagnement médical insuffisant avec un suivi tourné vers le somatique, notamment au cours de la consultation postnatale. Cette consultation est évoquée par les femmes dans notre étude et elle est alors toujours décrite comme brève, centrée sur l'examen clinique et exclusivement dédiée aux problèmes organiques. Ce vécu de la consultation postnatale concorde avec les conclusions d'une étude qualitative de 2022, s'intéressant au vécu et à l'accompagnement de la femme pendant le post-partum. Dans cette étude, ce rendez-vous est décrit comme rapide, concentré sur le somatique et le moral y est évoqué de façon très superficielle (67). D'autres travaux de thèse soulignent que les difficultés psychologiques ne sont souvent pas abordées pendant cette consultation et qu'elle est focalisée sur l'examen physique postnatal (61,65). Cependant, dans cette dernière étude qualitative, une partie des patientes sont satisfaites de leur consultation postnatale, pendant laquelle elles ont été interrogées sur leur état général et notamment psychologique (65).

Malgré tout, cette consultation, souvent réalisée par le gynécologue chez les patientes de notre échantillon, semble ne pas suffire du point de vue des femmes pour l'accompagnement en post-partum et plus spécifiquement pour le dépistage de la dépression du post-partum. Elles expriment le besoin d'un suivi psychologique plus conséquent (65).

En outre, on retrouve dans la littérature l'expression d'attentes vis-à-vis des professionnels de santé, qui concordent avec celles exprimées par les femmes interrogées dans notre étude. Les patientes témoignent d'un besoin de réassurance de la part du corps soignant ; les qualités

d'écoute, d'empathie, de bienveillance et de disponibilité sont particulièrement appréciées et indispensables pour faciliter au mieux le vécu de cette période postnatale. Le suivi dans la continuité de la grossesse par les mêmes professionnels de santé et la relation de confiance avec ces derniers apparaissent importantes (65). Les femmes ayant traversé une dépression du post-partum soulignent l'impact de la qualité de leur relation avec les professionnels de santé sur leur vécu du parcours de soin (47). À l'inverse, la rencontre de professionnels de santé culpabilisants et perçus comme étant dans le jugement favorise un vécu difficile (65). Selon une enquête intitulée « Naître en France » réalisée en 2019, 43% des femmes interrogées déclarent avoir manqué de soutien de la part des professionnels de santé pendant leur post-partum (66).

4.2.7 La dépression postnatale paternelle

Évoqué par l'une des femmes de notre étude, le sujet de la dépression postnatale des pères est de plus en plus étudié dans la littérature. Sa prévalence varie selon les études. Une revue de la littérature française de 2015 décrit une prévalence de 10% dans la première année suivant la naissance (68). Une autre étude, prospective cette fois, réalisée au Royaume-Uni en 2005 sur un échantillon de 12 884 pères, retrouve une prévalence de symptômes anxio-dépressifs de 4% à 8 semaines de l'accouchement (69). Cependant, il n'existe actuellement aucun outil francophone validé pour évaluer spécifiquement la détresse paternelle en période périnatale (70).

L'un des principaux facteurs de risque identifié dans la survenue d'une telle dépression chez les pères est une dépression du post-partum chez la mère (68,71). On retrouve dans les autres éléments prédisposants un isolement social, l'absence d'activité professionnelle, la présence de difficultés financières et les antécédents de pathologie psychiatrique dont la dépression (70,71).

Certains de ces facteurs de risque sont semblables à ceux retrouvés pour la dépression post-partum maternelle. Cependant, une étude qualitative suédoise publiée en 2020 met en évidence des différences entre les vécus des pères et des mères concernant la dépression postnatale. Les pères associent plutôt la survenue de leurs symptômes anxio-dépressifs aux difficultés rencontrées dans la gestion de leur parentalité par rapport à leurs exigences professionnelles à remplir. À l'inverse, les mères se disent dépassées par la responsabilité d'assumer la gestion de la famille, du foyer et des tâches de la vie quotidienne ; cette responsabilité entraînant un

sentiment de solitude, d'incompétence et de culpabilité (72). Le vécu des femmes dans cette étude est consistant avec celui exprimé par les patientes interrogées dans le cadre de notre étude.

On retrouve dans une revue de la littérature réalisée en 2023 une association entre dépression périnatale paternelle et perturbations du développement psychoaffectif et comportemental précoce du nourrisson. Comme pour la dépression maternelle, cette association est médiée par la perturbation des interactions précoces parent-enfant consécutive à la symptomatologie dépressive (73,74). Cette association semble exister, indépendamment de la présence d'une dépression maternelle (68).

4.2.8 Place du père dans la prise en charge de la dépression du post-partum maternelle et dans la période périnatale

On a souligné que la dépression du post-partum maternelle semblait l'un des facteurs de risque principaux dans la survenue d'une dépression chez le père (68). Cette notion s'illustre par l'impact retrouvé dans notre étude de la dépression des mères sur les pères. Bien qu'aucun tableau dépressif paternel ne soit décrit, la vulnérabilité de ces derniers s'illustre bien.

Plusieurs thèses se sont intéressées au vécu de la dépression postnatale maternelle par les conjoints. Ces derniers décrivent principalement un fort sentiment d'impuissance, parfois une incompréhension, souvent un soulagement à l'annonce du diagnostic, une fatigue importante et un retentissement psychique négatif (59,75). La tendance à se durcir pour pouvoir rester une aide positive dans la triade apparaît, parfois accompagnée d'un surinvestissement dans la relation à leur enfant pour compenser le défaut de présence physique et psychique de la mère (59). Ces études soulignent un manque d'explications sur la dépression du post-partum et un manque d'attention et d'aide apporté à leur rencontre de la part des soignants (59,75). Le regret d'une absence de prise en charge du père est d'autant plus marqué lorsqu'il existe un isolement familial ou amical. Les pères évoquent en effet une sensation de solitude, d'isolement, voire d'abandon, face à la prise en charge de leur conjointe. Ils expriment un besoin de conseils pour savoir comment se comporter au mieux face à la dépression maternelle (59). Bien que notre étude s'intéresse spécifiquement au vécu des patientes, leurs discours concernant leurs conjoints semblent en accord avec ces données de la littérature.

Une prise en charge prenant en compte la triade mère-père-enfant semble essentielle, en considérant le conjoint dans son rôle de père, de soutien, mais aussi dans son individualité, afin

de prévenir la dépression paternelle (59). L'idée d'une prise en charge sur le plan psychologique pour les coparents semble importante et plébiscitée par les pères, qui regrettent plus globalement un manque de considération pour l'homme dans la période périnatale (59). Au-delà de la prévention de la dépression paternelle, la prise en compte du père et son association à la prise en charge de la dépression du post-partum maternelle est essentielle. Elle permet d'obtenir son adhésion, de veiller à sa compréhension de la pathologie et de s'assurer de son bien-être mental, éléments essentiels pour qu'il puisse assurer un rôle de soutien (76).

Ces dernières décennies, on constate d'importantes évolutions sur la conception de la famille et notamment sur l'image et la place du père. La période périnatale est une période riche en remaniements psychiques et identitaires pour les pères (70) et elle est en elle-même source de bouleversements multiples pour ces derniers ; on relève les nouvelles responsabilités qui peuvent être source d'inquiétude et la nécessité de devoir concilier vie de famille et travail.

Dans cette période périnatale, faite de bouleversements qui peuvent être source de souffrance psychique chez les pères, le médecin traitant peut avoir une place importante, comme le souligne un travail de thèse réalisé sur le vécu des primipères. Par sa place de premier recours, sa facilité d'accès et sa relation privilégiée avec le patient, il peut avoir un rôle dans l'accompagnement paternel (77).

À noter qu'une étude basée sur les données de la cohorte ELFE a montré que la prise du congé paternité de deux semaines réduisait le risque de dépression du post-partum maternelle (78). Passé de quatorze à vingt-huit jours depuis 2021 (79), le congé paternité est donc un enjeu central dans la prévention de la dépression du post-partum.

4.2.9 Prévention, dépistage, prise en charge de la dépression du post-partum. Entretien postnatal précoce

Toutes les femmes interrogées au cours de notre travail de recherche soulignent un suivi médical postnatal insuffisant, qui ne prenait pas assez en compte la santé psychique des nouvelles mères. La consultation postnatale, prévue entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, est jugée trop tardive par l'une des interviewées. En termes d'accompagnement postnatal, les patientes semblent exprimer un besoin d'être rassurées, écoutées, soutenues précocement, dans les premières semaines de leur retour à domicile (80). Il s'avère d'ailleurs que les interventions postnatales précoces semblent avoir un effet préventif sur la dépression postnatale (81). De

plus, afin de mettre en place une prise en charge la plus précoce possible, il est important de pouvoir repérer les signes avant-coureurs de dépression postnatale : plaintes somatiques persistantes, épuisement physique et psychique, reviviscences d'un évènement mal vécu pendant le séjour à la maternité (76). En l'absence de dépistage systématique, on note une sous-déclaration des symptômes psychiatriques par les patientes et l'absence de recours aux soins qui en découle (9).

C'est dans ce cadre qu'a été instauré depuis le mois de juillet 2022 un entretien postnatal précoce, pour améliorer la prévention, le dépistage et donc la prise en charge de la dépression du post-partum (9). Une thèse réalisée un an plus tôt suggérait d'ailleurs que les médecins généralistes étaient favorables à la mise en place d'une consultation systématique dédiée à l'aspect psychologique du post-partum (50).

Cet entretien obligatoire est à effectuer entre la 4^e et la 8^e semaine suivant l'accouchement et il vise à repérer les premiers signes de dépression, identifier les facteurs de risque exposant les parents à une dépression postnatale et évaluer leurs besoins d'accompagnement. (82) Le Collège des sages-femmes de France a publié en 2022 des préconisations pour la pratique clinique concernant cet entretien postnatal précoce. Il recommande que cet entretien soit le plus précoce possible, dès la 4^e semaine du post-partum et qu'il soit réalisé dans une continuité des soins avec une sage-femme ou un médecin connaissant déjà la patiente. Il préconise aussi la présence de l'enfant et du coparent, afin de prendre en considération les interactions et les attentes et besoins de chacun dans la triade (83).

L'échelle d'auto-évaluation de la dépression du post-partum EPDS est un outil qui pourrait être utilisé et servir au dépistage (26) (annexe n°1). Une méta-analyse publiée en 2023 confirme les bonnes performances de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale pour le dépistage de la dépression maternelle en post-partum, avec une sensibilité de 0,79 et une spécificité de 0,92. Cette échelle montre également de bonnes performances diagnostiques pendant la grossesse (84). De plus, on retrouve dans la littérature une bonne acceptabilité de cet auto-questionnaire auprès des patientes (9,47,85,86), qui apprécient qu'on leur pose des questions qui leur sont spécifiquement destinées et non consacrées à leur enfant (47). Bien que ce score soit d'interprétation facile, le manque de temps en médecine générale est parfois évoqué comme frein à son utilisation par les praticiens (86,87). Dans une thèse soutenue en 2024, s'intéressant à l'évolution du rôle et de l'implication des médecins généralistes dans le repérage de la dépression du post-partum depuis la création de l'entretien postnatal précoce, certains médecins évoquent l'idée d'une cotation dédiée pour valoriser l'utilisation de l'EPDS, à l'image de la

cotation ALQP003 valorisant la réalisation de l'échelle d'Hamilton (qui évalue l'intensité de symptômes dépressifs) (87).

Il faut souligner qu'il semble encore exister un manque de communication et d'information globale des professionnels de santé au sujet de ce dispositif en place depuis bientôt deux ans. Dans cette même étude, sur les 128 médecins interrogés, la majorité (76%) n'avaient pas connaissance de son caractère obligatoire (87). On peut supposer qu'il existe aussi un manque de connaissance des patientes à propos de ce dispositif. Pour pallier cette méconnaissance et d'éventuels oublis de cette consultation obligatoire de la part des patientes ou des professionnels de santé, certains médecins évoquent l'intérêt d'une communication par le biais d'affiches en salle d'attente de leur cabinet pour informer les patientes d'un tel dispositif (50). On peut supposer que ce type d'intervention pourrait permettre d'informer certaines patientes ; une des femmes interrogées dans notre étude dit avoir eu connaissance par ce biais de l'application des 1000 premiers jours, et de l'auto-questionnaire de l'EPDS : « *Pendant toute la grossesse, dans toutes les salles d'attentes où je suis allée, il y avait ça. Donc étant plutôt curieuse de nature, je suis allée voir ce dont il s'agissait avant même l'accouchement* » (E8).

Une autre piste évoquée pour favoriser la rencontre clinique, est celle de l'introduction dans le carnet de santé d'un questionnaire, court et simple, mais spécifiquement dédié à la mère et au dépistage des signes de dépression postnatale (27). Il pourrait compléter l'encart déjà présent sur la page de l'examen du 2^e mois, dans la dernière version du carnet de santé mise à jour en février 2018.

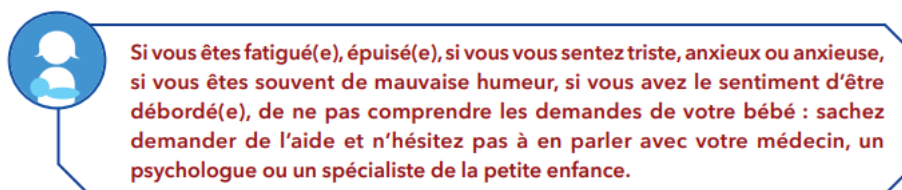


Figure 4 : Extrait du carnet de santé, page 23 (mise à jour du 01/02/2018)

Source : Ministère chargé de la Santé

Le sujet de la dépression postnatale est un sujet de plus en plus abordé de façon générale dans la société. On retrouve par exemple des communications de l'Assurance Maladie à destination des patientes, visant à informer sur cette pathologie et sur les symptômes et signes d'alerte devant amener à consulter (88). Le site et l'application gouvernementale des 1000 premiers jours, également à destination des parents, est un outil qui participe à la prévention de la

dépression. Elle comprend l'échelle d'auto-évaluation EPDS pour aider au dépistage de cette pathologie et elle propose un suivi d'humeur avec des notifications quotidiennes destinées à alerter précocement les femmes de l'apparition de symptômes dépressifs (20). Enfin, le sujet est de plus en plus fréquemment abordé dans les médias grand public ou dans des podcasts sur la maternité, comme Sage-Meuf[®] animé par la sage-femme Anna Roy (89) ou Bliss Stories[®] avec des témoignages de femmes ayant traversé une dépression post-partum (90). Tous ces moyens participent à une information sur cette pathologie et peuvent permettre de répondre au besoin de partage d'expérience exprimé par certaines femmes interrogées dans notre étude et les aider à sortir de la solitude de ce vécu.

4.3 Forces et limites de l'étude

4.3.1 Forces de l'étude

L'une des forces de cette étude réside dans son originalité, compte tenu du peu d'études réalisées sur le vécu singulier des patientes ayant traversé une dépression du post-partum. Le choix de la méthode qualitative exploratoire et de l'analyse interprétative phénoménologique a permis d'explorer au mieux le vécu et le ressenti de ces dernières et de pouvoir identifier des perspectives d'amélioration concernant leur suivi, en mettant en évidence leurs attentes et leurs besoins. En outre, la dépression du post-partum apparaît comme un sujet d'actualité préoccupant, compte tenu de son incidence et de son taux de mortalité la mettant en première place des causes de mortalité maternelle dans l'année suivant la naissance (8).

Concernant la validité interne de l'étude, elle s'appuie sur l'utilisation de la grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research, annexe n°2) (33). Cette grille a été utilisée pour guider l'élaboration du protocole de l'étude et le travail de recherche.

Un avis favorable a été obtenu auprès du comité éthique du CNGE (annexe n°9).

Un double codage et la triangulation de l'analyse d'un tiers des entretiens, 5 sur les 13, ont été effectués, notamment avec une personne expérimentée dans ce type de recherche, confirmant la première analyse réalisée par la chercheuse principale.

L'échantillon de personnes interrogées était diversifié, notamment sur la parité, l'âge et la prise en charge de la dépression du post-partum, permettant d'explorer des parcours différents. Les modes de recrutement des participantes ont été variés, tant par le biais de patientèle de médecins

généralistes que par les réseaux de l'association Maman Blues® et ils ont permis de s'affranchir d'un quelconque lien préalable avec l'investigatrice principale.

La durée moyenne des entretiens de 45 minutes et la richesse des thèmes identifiés lors de l'analyse témoignent de la mise en confiance des participantes et de l'exploration en profondeur du phénomène étudié. Une suffisance des données a semblé apparaître au bout du 12^e entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé par la suite, au cours duquel aucune nouvelle idée n'a été identifiée.

La possibilité de réalisation des entretiens en visioconférence a permis à certaines femmes de s'affranchir des freins que constituaient un déplacement, l'accueil de la chercheuse à leur domicile ou la réalisation de l'entretien en face-à-face et qui auraient abouti à un refus de participation de leur part. La profession de médecin de l'enquêtrice a pu influencer sur les enquêtées pendant les entretiens. Cependant, son genre, femme, et sa proximité en âge, 29 ans, ont facilité l'instauration d'un climat de confiance propice à l'expression libre des femmes interrogées.

La chercheuse principale a pu s'affranchir d'une quelconque expérience personnelle concernant le sujet, n'ayant pas de vécu personnel de post-partum ou de maternité, ni d'expérience de dépression postnatale dans son entourage proche.

Enfin, le travail de comparaison des données obtenues avec celles de la littérature déjà existante a montré une cohérence, assurant une bonne validité externe de notre étude.

4.3.2 Faiblesses et limites de l'étude

Les entretiens et le travail d'analyse ont été menés par une investigatrice, interne en médecine puis médecin généraliste remplaçante, dont il s'agissait du premier travail de recherche. Elle n'avait jamais expérimenté la recherche qualitative avant cette étude. Pour pallier ce défaut de compétence, une formation théorique a été effectuée par cette dernière, avec la lecture d'un ouvrage concernant la recherche qualitative en santé (91) et la participation à des ateliers facultaires de formation à cette méthodologie. La conduite des entretiens a néanmoins été améliorée au fur et à mesure du temps, par l'expérience acquise et le perfectionnement du guide d'entretien qui permettait de structurer la réalisation de ceux-ci.

Il existe également des biais de sélection, liés au mode de recrutement des patientes. L'utilisation d'un support à destination des patientes sous forme d'affiche impliquait nécessairement la notion de volontariat. De ce fait, à l'exception de deux patientes recrutées de manière ciblée, les femmes interrogées ont répondu de manière volontaire et délibérée à cette étude. Cependant, il faut noter que de nombreuses femmes, ayant dans un premier temps transmis leurs coordonnées, n'ont pas donné suite aux sollicitations de l'investigatrice sans en préciser les raisons. De plus, le recrutement via le réseau social de l'association de patientes Maman Blues® a entraîné une sélection orientée des participantes. Ce mode de recrutement a permis de toucher des femmes potentiellement plus éloignées du système de soins, mais sensibilisées et informées sur la dépression du post-partum. La généralisation des résultats concernant l'aspect de pair-aidance serait donc peut-être à nuancer.

Par ailleurs, comme le critère d'inclusion comportait la notion de diagnostic posé de dépression du post-partum, il exclut par lui-même les femmes ayant vécu une dépression sans que celle-ci soit diagnostiquée. Or, on a vu que selon les données trouvées dans la littérature, la moitié des femmes souffraient d'une absence de diagnostic (5,10), et un tiers seulement bénéficiaient d'une prise en charge adaptée (11). Cependant, comme précisé dans la partie Matériel et méthode, le choix de ce critère a été fait afin de garantir au mieux la correspondance des personnes interrogées à la population d'intérêt de l'étude. La définition des critères d'inclusion et le mode de recrutement ne permettent donc pas d'explorer le vécu de l'ensemble de la population. De plus, ils génèrent un biais de sélection, les femmes interrogées ayant surtout vécu des dépressions d'intensité modérée à sévère (92).

L'échantillon interrogé aurait pu être diversifié davantage, avec l'inclusion de femmes de statut conjugal célibataire, de situation socio-économique plus précaire ou de femmes plus jeunes (l'âge minimum des enquêtées était de 27 ans). Notons cependant que concernant ce dernier point, la moyenne d'âge des participantes de notre étude était cohérente avec les dernières données françaises de 2021. L'âge moyen de maternité en France est de 31 ans (contre 31,3 ans dans notre échantillon), et de 29,6 ans pour les primipares (contre 29,1 ans), même si les âges des femmes interrogées dans notre étude sont ceux au moment des entretiens et non de l'accouchement (93).

De plus, l'échantillon interrogé aurait également pu être plus conséquent, des entretiens supplémentaires auraient permis de varier encore les parcours vécus. Ce nombre limité à treize entretiens s'explique par l'application du concept de suffisance des données et a tout de même permis d'obtenir un matériel total de 9 heures 40 minutes d'entretiens.

Un biais de mémorisation est également à soulever. La question du délai entre le début de leur post-partum et le moment de réalisation de l'entretien s'est posée. Une période de 24 mois maximum a été décidée en amont, afin de limiter au maximum ce biais de mémoire, sans trop restreindre pour autant la population et faciliter le recrutement. Toutefois, ce délai était de 27 mois pour deux des entretiens, comme expliqué dans la partie Résultats. Dans tous les cas ce délai, plus ou moins important, constitue forcément un biais de mémoire, les patientes retranscrivant un vécu passé.

Concernant le recueil des données, l'investigatrice principale a été vigilante à ne pas influencer les réponses des personnes interrogées. Pour cela, une attention a été portée à la rédaction du guide d'entretien avec des questions ouvertes et neutres. Cependant, compte tenu de la sensibilité du sujet étudié, certains entretiens ont été impactants émotionnellement. La neutralité de l'investigatrice a toujours été recherchée, mais a parfois pu être difficile à garder face aux émotions déclenchées par les récits recueillis.

Un biais d'interprétation, conséquence de la subjectivité du chercheur et inhérent à la recherche qualitative doit aussi être souligné. Afin de limiter ce phénomène, un double codage et la triangulation de l'analyse d'un tiers des entretiens ont été effectués et ont permis de confirmer l'analyse réalisée par la chercheuse principale.

Il n'a pas été demandé de relecture des retranscriptions des entretiens par les interviewées, ni de retour sur les résultats, ce qui aurait pu permettre de renforcer la validité interne de l'étude, et d'éclairer les résultats présentés.

4.4 Perspectives

4.4.1 Pour la recherche

Notre étude est l'une des rares études qualitatives ayant cherché à explorer le vécu des femmes ayant traversé une dépression du post-partum, dans le but de mieux appréhender cette pathologie et ses multiples retentissements, dans une approche centrée sur le patient. Il serait intéressant de mener des recherches quantitatives sur des échantillons plus importants, en s'appuyant sur nos résultats, pour approfondir le vécu du suivi médical de ces femmes ou leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant par exemple. Il serait également pertinent d'interroger des patientes ayant traversé des épisodes dépressifs d'intensité plus légère que dans notre

échantillon ; le vécu très négatif de la période postnatale et du parcours de dépression du post-partum décrit dans notre étude serait peut-être plus nuancé.

Par ailleurs, comme l'instauration de l'entretien prénatal précoce a eu lieu en juillet 2022, aucune des patientes interrogées dans notre travail de thèse n'en avait bénéficié. Une nouvelle étude qualitative incluant des patientes ayant bénéficié de ce dispositif pourrait permettre d'appréhender son impact sur le dépistage et la prévention de la dépression postnatale et de mettre en évidence d'éventuelles autres pistes d'amélioration des pratiques.

Enfin, bien que s'intéressant au vécu des mères, le vécu des conjoints a été fréquemment abordé lors de nos entretiens. La réalisation d'études portant sur le vécu spécifique des conjoints confrontés à la dépression maternelle du post-partum serait intéressante. Il serait également pertinent d'étudier la dépression postnatale des pères par le biais d'une étude qualitative qui permettrait d'explorer leur vécu, à l'instar des mères dans notre travail de recherche.

4.4.2 Pour la pratique en médecine générale, l'enseignement et la formation

Ce travail de thèse soulève de nombreuses perspectives concernant la pratique en médecine générale dans la prise en charge globale du risque de dépression postnatale. En préconceptionnel tout d'abord, le dépistage systématique des violences, actuelles ou passées, apparaît comme essentiel, ces dernières étant un facteur de risque avéré de dépression du post-partum, bien mis en évidence dans la littérature et qui apparaît dans nos entretiens.

Par ailleurs, notre étude suggère l'importance de la relation de confiance établie par les patientes avec leurs professionnels de santé référents et notamment avec leur médecin généraliste, pour permettre l'expression de leurs symptômes. Renforcer la place du médecin traitant avant et pendant la grossesse, en créant autant que possible un lien et une relation de confiance, semble en ce sens primordial.

Ensuite, informer sans alarmer dès la grossesse sur la dépression du post-partum paraît nécessaire ; cette information est une attente exprimée à la fois par les femmes et leurs conjoints. Une attention particulière devrait être apportée chez les patientes enceintes aux signaux d'alerte pouvant révéler l'apparition d'un syndrome anxio-dépressif pendant la grossesse : plaintes somatiques répétées, troubles du sommeil, mauvaise adhésion au suivi médical (8).

De plus, interroger le vécu des patientes ayant traversé une dépression post-partum permet de comprendre certaines de leurs attentes concernant leur suivi médical pendant la période

postnatale. Des pistes d'amélioration de la qualité des soins dispensés par les professionnels de santé émergent. Il paraît indispensable de considérer les patientes en tant que femmes et pas uniquement en tant que mères durant cette période, de profiter de chaque contact de soin pour interroger leur santé psychique, de faire preuve d'écoute et de réassurance. En cas de difficultés maternelles, notre étude suggère l'utilité d'orienter localement les femmes vers des associations de soutien à la parentalité, maisons des familles, réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), lieux d'accueil parents-enfants (94), pour leur permettre de partager leurs expériences et de trouver du soutien par l'échange avec leurs pairs. Enfin, la prise en compte du père dans l'accompagnement de la période périnatale et plus spécifiquement dans la prise en charge de la dépression du post-partum maternelle paraît essentielle.

Pour améliorer le dépistage, il est important de poursuivre la sensibilisation et la formation de l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge les femmes enceintes à l'impact de la grossesse sur les troubles mentaux préexistants ou non, à l'évaluation de la santé mentale des femmes dans ce contexte et à l'orientation des patientes. Plusieurs études suggèrent un besoin de formation des médecins généralistes au dépistage et à la prise en charge de la dépression postnatale, qui pourrait être renforcée pendant le parcours universitaire.

4.4.3 Pour l'organisation des soins

Le rôle des unités mère-enfant et des unités de psychiatrie locales a été primordial dans le parcours diagnostique et thérapeutique d'une partie des femmes interrogées au cours de notre étude. Le développement d'une réponse adaptée localement sur le territoire, en fonction des ressources et le renforcement des collaborations ville-hôpital et maternité-psychiatrie par le biais de réseaux, semble donc important (8). Pour les médecins généralistes, l'identification des réseaux et des acteurs locaux de périnatalité paraît essentielle pour orienter au mieux les patientes une fois le diagnostic de dépression du post-partum posé.

Enfin, notre étude suggère l'intérêt pour les patientes d'un remboursement ou d'une prise en charge financière spécifique des consultations d'accompagnement psychologique dans le cadre de la dépression du post-partum. Cette prise en charge pourrait compléter le dispositif « Mon soutien psy » destiné aux patients présentant un trouble anxieux ou dépressif d'intensité légère à modérée, permettant une prise en charge partielle de huit séances d'accompagnement psychologique par l'Assurance Maladie (95).

5 - Conclusion

Ce travail a permis d'explorer le vécu des femmes ayant traversé une dépression du post-partum. Les résultats nous montrent la difficulté de ce vécu, par l'intensité des symptômes décrits et les multiples retentissements sur la sphère personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Elle se distingue d'un syndrome dépressif se manifestant dans un autre contexte, par sa survenue dans une période postnatale en elle-même riche en bouleversements physiques, émotionnels et identitaires et perçue socialement comme source de bonheur et d'accomplissement. Ces spécificités rendent l'expression des symptômes psychiques d'autant plus difficile par les patientes confrontées au tabou de la dépression postnatale.

Le dépistage est complexe et apparaît parfois comme insuffisant. Les facteurs de risque à la survenue d'une telle dépression en période postnatale sont connus et retrouvés dans notre étude. Mais elle peut aussi survenir malgré des conditions favorables, ce qui rend important son dépistage systématique. L'impact des professionnels de santé dans le vécu de la dépression du post-partum est décrit dans notre travail ; des qualités d'écoute, de bienveillance et de réassurance sont attendues par les femmes.

Le parcours diagnostique et thérapeutique est vécu comme long et difficile. Le soutien familial et social se montre essentiel, ainsi que l'échange et le partage d'expériences avec des pairs.

En interrogeant le vécu des patientes ayant traversé une dépression postnatale, on identifie certains de leurs besoins et attentes concernant leur suivi médical : meilleur accompagnement au post-partum et à la maternité, prise en compte de la santé psychique pendant la période périnatale, prévention de la dépression postnatale pendant la grossesse, intégration du père à la prise en charge de la dépression maternelle.

Bibliographie

1. Barlow P, Ceysens G, Emonts P, Gilbert L, Haumont D, Hernandez A, et al. Guide du post-partum [Internet]. Deboeck supérieur; 2016. 722 p. Disponible sur: <https://www.crgolfb.be/sites/default/files/article/file/Guide%20du%20post-partum%20-%20livre%20complet.pdf>
2. Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2015;44(10):1157-66.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies Onzième Révision (CIM-11) [Internet]. [cité 11 déc 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/fr>
4. Tebeka S, Dubertret C, Pignon B, Le Strat Y, De Pradier M. Dépression du post-partum. *Lett Gynécologue.* 2013;2(5):30-3.
5. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. In: *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. p. 103-11. (L'officiel ECN).
6. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Dépression post-partum : un entretien postnatal précoce systématique pour les jeunes mamans [Internet]. 2022 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.codes06.org/image/37422/25596?size=!800,800®ion=full&format=pdf&dowload=1&crop=centre&realWidth=1241&realHeight=1754&force-inline>
7. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry.* 2017;8:248.
8. Santé Publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7ème rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018 [Internet]. 2024 avr [cité 7 mai 2024] p. 232. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
9. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton E. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. *Bull Épidémiologique Hebd.* sept 2023;(18):348-60.
10. Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [Internet]. 2016 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html>

11. Bottemanne H, Joly L. Dépression du post-partum : du dépistage aux traitements innovants. *La Revue du Practicien Médecine Générale*. 2021;35(1062):489-95.
12. Meltzer-Brody S, Kanes SJ. Allopregnanolone in postpartum depression: Role in pathophysiology and treatment. *Neurobiol Stress* [Internet]. 3 févr 2020 [cité 11 déc 2023];12. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231991/>
13. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Elsevier Masson; 2015.
14. Kanes S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H, Raines S, Arnold R, Schacterle A, et al. Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 29 juill 2017;390(10093):480-9.
15. Haute Autorité de Santé. Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinataux__mel.pdf
16. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330142>
17. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022.
18. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juin 1987;150:782-6.
19. Cyrulnik B, Benachi A, Filliozat I, Dugravier R, Ansermet F, Casso-Vicarini N, et al. Rapport : Les 1000 premiers jours [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020 sept [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
20. Santé Publique France. 1000 premiers jours. [cité 4 oct 2022]. 1000 premiers jours. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/>
21. Ameli.fr [Internet]. [cité 11 déc 2023]. Anxiété, baby-blues, dépression : être aidée pendant et après sa grossesse. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse-sante-psychique/anxiete-baby-blues-depression-etre-aidee-pendant-et-apres-sa-grossesse>
22. Ameli.fr [Internet]. [cité 11 déc 2023]. Après l'accouchement : le retour à la maison. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveaune-suivi-domicile>
23. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf

24. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Buyck JF, Lelièvre F, Tuffreau F, Hérault T, Barlet M, et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2016 p. 1-8. (Etudes & Résultats). Report No.: 977.
25. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
26. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry. 1998;13(2):83-9.
27. Vettier L. Repérage et prise en charge des troubles psychiques maternels par les médecins généralistes lors des consultations de suivi des nourrissons : étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Rennes; 2023 [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/cee73b33-759e-49b7-af54-2ead428dfe11>
28. Bourgeois A. Accompagnement psychologique des femmes par les professionnels de santé dans l'année suivant leur accouchement : les patientes sont-elles satisfaites ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Université de Rennes 1]: Université de Rennes 1; 2018 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-11675&printable=true>
29. Coget C. Connaissances, pratiques et attentes des femmes concernant la visite post-natale. Étude quantitative [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2018.
30. Montagner C, Monnet-Roiron M. La dépression du post-partum: représentations et obstacles en médecine générale dans le Puy-de-Dôme [Thèse d'exercice]. Université Clermont Auvergne; 2020.
31. Bonnay Charline. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post partum en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne; 2022.
32. Guillouet M. La dépression du post partum en Basse-Normandie , point de vue des patientes : quelle place pour le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. Université de Caen; 2016.
33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.
34. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015;15(157):50-4.

35. Maman Blues, Site non médical de soutien, d'écoute et de conseils dans le cadre de la difficulté maternelle, association reconnue d'intérêt général [Internet]. [cité 10 mai 2024]. Association Maman Blues. Disponible sur: <https://www.maman-blues.fr/>
36. Hôpitaux Universitaires de Genève. Infos générales du Programme Santé psychique et périnatalité à Genève aux HUG. [cité 10 mai 2024]. Qu'est ce qu'une dépression périnatale ? Disponible sur: <https://www.hug.ch/sante-psychique-perinatalite/qu-est-ce-qu-depression-perinatale>
37. Ceriani Cernadas JM. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr.* juin 2020;118(3):154-5.
38. Gastaldon C, Solmi M, Correll CU, Barbui C, Schoretsanitis G. Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* oct 2022;221(4):591-602.
39. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs.* oct 2022;31(19-20):2665-77.
40. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord.* 1 mai 2021;286:158-65.
41. Santé Publique France. Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2021 : les naissances , le suivi à deux mois et les établissements, situation et évolution depuis 2016. 2022.
42. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Front Psychiatry.* 12 août 2016;7:138.
43. Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal Suicide Ideation and Behaviour During Pregnancy and the First Postpartum Year: A Systematic Review of Psychological and Psychosocial Risk Factors. *Front Psychiatry* [Internet]. 24 mars 2022 [cité 10 mai 2024];13. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.765118/full>
44. Bernard-Bonnin AC, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé mentale et des troubles du développement. La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Paediatr Child Health.* 1 oct 2004;9(8):589-98.
45. Righetti-Veltima M, Nanzer N, Conne-Perréard E, Manzano J. Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum? *Rev Med Suisse.* 2007;7(110):1200-5.
46. Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes L, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 21 janv 2009;10:7.
47. Slade P, Morrell CJ, Rigby A, Ricci K, Spittlehouse J, Brugha TS. Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 1 nov 2010;60(580):e440-8.

48. Guédeney N, Jeammet P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*. 2001;13(3):51-64.
49. Noonan M, Doody O, Jomeen J, O'Regan A, Galvin R. Family physicians perceived role in perinatal mental health: an integrative review. *BMC Fam Pract*. 8 sept 2018;19(1):154.
50. Cote J, Pasquier de Franclieu S. Etat des lieux du dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale en Bourgogne-Franche-Comté [Internet]. Université de Bourgogne; 2021 [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/8cba420d-0182-4941-aea8-2cae2fd9c1f7>
51. Abi-Khalil A, Dahan B, Youssef Azer Akladios C. La dépression post-natale en médecine générale: revue de la littérature, état des lieux des pratiques et des connaissances en Alsace [Internet]. France; 2023 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_ABI-KHALIL_Anastasia.pdf
52. Hanol É, Gros M, Sananès N. État des lieux du dépistage de la dépression post-partum auprès des médecins généralistes d'Alsace chez les patientes lors de la première année suivant l'accouchement [Internet]. France: Université de Strasbourg; 2023 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_HANOL_Emilie.pdf
53. Vergnaud M, Sutter-Dallay AL. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley: une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970259/document>
54. Chabrol H, Teissedre F, Armitage J, Danel M, Walburg V. Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *J Reprod Infant Psychol*. 2004;22(1):5-12.
55. Le Centre de Référence des Agents Tératogènes [Internet]. [cité 10 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/>
56. CRAT. Antidépresseurs – Grossesse – Le CRAT [Internet]. 2021 [cité 10 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/3962/>
57. CRAT. Antidépresseurs – Allaitement – Le CRAT [Internet]. 2021 [cité 10 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/3964/>
58. Maury J. L'information donnée aux femmes enceintes sur la Dépression du Post-Partum (DPP) [Internet]. Université de Limoges; 2023 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://aurore.unilim.fr/memoires/nxfile/default/71f3a5d5-5622-4e9e-8823-146a201857f6/blobholder:0/M-SM2023-012.pdf>
59. Mignan-Fenet A. Le vécu des conjoints lors de la dépression postnatale maternelle [Thèse d'exercice]. Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2011.

60. Manzano J, Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E. Le syndrome de dépression du pré-partum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. *Psychiatrie Enfant*. 1997;40(2):533-52.
61. Jouret-Boidin C. Retour d'expérience des femmes en ce qui concerne le post-partum et la consultation post-natale: étude qualitative réalisée dans les Alpes-Maritimes [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Côte d'Azur, faculté de médecine; 2021 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03659205>
62. Ameli.fr [Internet]. 2024 [cité 12 mai 2024]. Suivi et accompagnement de la femme pendant la grossesse et après l'accouchement. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/suivi-orientation-femme-enceinte>
63. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 12 mai 2024]. ELFE - Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance. Disponible sur: <https://www.elfe-france.fr/>
64. Cabe Barandon S. Prévention en période anténatale en France: facteurs associés et effets sur la santé mentale et la qualité de vie maternelle en période postnatale [Internet] [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2021 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2021BORD0373/document>
65. Issa A. Vécu du suivi médical des femmes pendant la période postnatale: étude qualitative par approche phénoménologique [Thèse d'exercice]. Université Paris Cité; 2021.
66. La Boîte Rose [Internet]. 2019 [cité 12 mai 2024]. Etude Naître en France : la perception du post-partum. Disponible sur: <https://www.laboiterose.fr/fr/toutes-les-enquetes-de-l-institut-d-etudes-la-boite-rose/etude-naître-en-france-la-perception-du-post-partum-0>
67. Bistarelli J. Vécu et accompagnement de la femme dans le post-partum: comment pouvons-nous, en tant que professionnel de santé, aider, prévenir et accompagner nos patientes pour un meilleur vécu du post-partum? [Mémoire]. Université Côte d'Azur; 2022.
68. Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature. *Presse Médicale*. 1 avr 2015;44(4, Part 1):418-24.
69. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, ALSPAC study team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet Lond Engl*. 25 juill 2005;365(9478):2201-5.
70. Labalestra M, Culot S, Gaugue J. Impliquer, informer et soutenir les pères durant la période périnatale. *Périnatalité*. 2021;13(1):46-53.
71. Wang D, Li YL, Qiu D, Xiao SY. Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Affect Disord*. 1 oct 2021;293:51-63.
72. Johansson M, Benderix Y, Svensson I. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 15(1):1722564.
73. Loubet C. Symptomatologie dépressive périnatale paternelle et développement cognitif, affectif et comportemental du petit enfant de 0 à 3 ans : une revue de littérature [Internet]. 2023 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04499964>

74. Ashraf S, Shah K, Vadukapuram R, Shah B, Jaiswal S, Mansuri Z, et al. Impact of Paternal Depression on Child Neurodevelopmental Outcomes and Disorders. *Prim Care Companion CNS Disord.* 7 févr 2023;25(1):22r03303.
75. Ehrhard M. Le vécu des conjoints lors de la dépression post-natale maternelle [Thèse d'exercice]. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2022.
76. Kojayan R, Doublet C, Mazurier E, Havasi K, Pourrieres E, Viaux-Savelon S, et al. L'entretien postnatal précoce I – Prise en compte des modifications hormonales, neuronales et psychiques du père ou du coparent au même titre que celles de la mère. *Périnatalité.* 2023;15(2):64-73.
77. An-Nhi Pham S. Etude du « Devenir père » en périnatalité: une analyse interprétative phénoménologique du vécu de 10 primipères. Des pistes de réflexion pour les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université Paris-Saclay. Faculté de médecine; 2023.
78. Barry KM, Gomajee R, Benarous X, Dufourg MN, Courtin E, Melchior M. Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study. *Lancet Public Health.* 1 janv 2023;8(1):e15-27.
79. Bercy Infos. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique. 2023 [cité 11 mai 2024]. Congé de paternité : comment ça fonctionne ? Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/entreprises-conge-paternite-obligations>
80. Kez Z, Blanchot-Isola C, Galliot L. Attentes des patientes en termes d'accompagnement postnatal : arguments en faveur de la mise en place d'un entretien postnatal précoce à la maternité du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy. *Rev Sage-Femme.* 1 sept 2019;18(4):181-8.
81. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations professionnelles [Internet]. Haute Autorité de Santé; [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
82. L'Assurance Maladie. Ameli.fr. 2022 [cité 4 oct 2022]. Prévention des dépressions post-partum : un entretien postnatal précoce est désormais obligatoire. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/prevention-des-depressions-post-partum-un-entretien-postnatal-precoce-est-desormais-obligatoire>
83. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien postnatal précoce : préconisations pour la pratique clinique. *Sages-Femmes.* sept 2023;22(5):39-41.
84. Park SH, Kim JI. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 1 mai 2023;307(5):1331-45.
85. 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.
86. Meunier S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur

l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie; 2012.

87. Comparet C. Evaluation de l'évolution du rôle et de l'implication des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté dans le repérage de la dépression du post-partum depuis la création du caractère obligatoire de l'entretien post-natal précoce en juillet 2022 [Thèse d'exercice]. Université de Bourgogne; 2024.
88. Ameli.fr [Internet]. 2024 [cité 9 mai 2024]. Après l'accouchement : baby blues et dépression du post partum. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/baby-blues-depression-post-partum-grossesse>
89. Europe 1. Sage-Meuf : le podcast qui lève les tabous sur la maternité [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.europe1.fr/emissions/sage-meuf>
90. Bliss Stories, 1er podcast sur la maternité sans filtre [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://bliss-stories.fr/le-podcast-bliss-stories-maternite-sans-filtre/>
91. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global média santé; 2021. 192 p.
92. Haute autorité de santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017 oct p. 44.
93. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 10 mai 2024]. Age moyen à la maternité - Naissance, fécondité - France - Les chiffres. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>
94. 1000 Premiers Jours [Internet]. [cité 13 mai 2024]. LAEP | L'accueil enfant-parent. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-lieux-daccueil-parent-enfant>
95. Ameli.fr [Internet]. 2024 [cité 13 mai 2024]. Mon soutien psy. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/accompagnement-psychologue-conventionne-mon-soutien-psy>

Table des figures

Sauf mention contraire, les figures sont des réalisations de l'auteur.

Figure 1 : Modèle explicatif proposé pour expliquer le vécu de la dépression du post-partum par les patientes	85
Figure 2 : Besoins et attentes exprimés par les patientes interrogées ayant traversé une DPP, concernant la prise en charge des femmes en pré et post-partum	87
Figure 3 : Modèle explicatif pour expliquer le tabou de la dépression postnatale	87
Figure 4 : Extrait du carnet de santé, page 23 (mise à jour du 01/02/2018).....	99

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes	25
Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens	26

Annexes

Annexe n°1 : Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : version validée en français

Échelle d'auto-évaluation du risque, et de repérage de dépression du post-partum

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire en sélectionnant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.
 - 0 - Aussi souvent que d'habitude
 - 1 - Pas tout à fait autant
 - 2 - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
 - 3 - Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.
 - 0 - Autant que d'habitude
 - 1 - Plutôt moins que d'habitude
 - 2 - Vraiment moins que d'habitude
 - 3 - Pratiquement pas
3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.
 - 3 - Oui, la plupart du temps
 - 2 - Oui, parfois
 - 1 - Pas très souvent
 - 0 - Non, jamais
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.
 - 0 - Non, pas du tout
 - 1 - Presque jamais
 - 2 - Oui, parfois
 - 3 - Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.
 - 3 - Oui, vraiment souvent
 - 2 - Oui, parfois
 - 1 - Non, pas très souvent
 - 0 - Non, pas du tout
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements.
 - 3 - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 - 2 - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 - 1 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - 0 - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.
 - 3 - Oui, la plupart du temps
 - 2 - Oui, parfois
 - 1 - Pas très souvent
 - 0 - Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, très souvent
- 1 - Pas très souvent
- 0 - Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, très souvent
- 1 - Seulement de temps en temps
- 0 - Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.

- 3 - Oui, très souvent
- 2 - Parfois
- 1 - Presque jamais
- 0 - Jamais

Score \geq à 11 : risque important de dépression maternelle, orientation recommandée vers un spécialiste

Version originale : Cox J. L, Holden J. M, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J of Psychiatry, 150 : 782-786

Traduction française : Guédeney N, Fermanian. (1998). Validation Study of the French version of the EPDS : new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry, 13 : 83-9.

Annexe n°2 : Grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research)

N°	Item	Guide questions/description	Réponse rapide/justification
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1	Enquêteur/animateur	Quel auteur a mené les entretiens individuels ?	Léa Malleret cf. Matériel et méthode 2.3.3
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Aucun cf Discussion 4.3
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne puis médecin généraliste remplaçante cf Discussion 4.3
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme cf Matériel et Méthode 2.3.3
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	cf. Discussion 4.3.2
<i>Relation avec les participants</i>			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non cf. Résultats 3.1.1
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	cf. Matériel et méthode 2.3
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	
Domaine 2 : conception de l'étude			
<i>Cadre théorique</i>			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Approche phénoménologique cf. Matériel et méthode 2.1
<i>Sélection des participants</i>			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage dirigé cf. Matériel et méthode 2.2.1
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	cf. Matériel et méthode 2.2.2
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13 cf. Résultats 3.1.1
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	Aucune
<i>Contexte</i>			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	cf. Matériel et méthode 2.3.3
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	cf. Résultats 3.1.1
<i>Recueil des données</i>			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les	Non Non

		auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio cf. Matériel et méthode 2.3.3
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après les entretiens ?	Oui cf. Matériel et méthode 2.1 et annexe n°3
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens ?	cf. Résultats 3.1.2
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui cf. Matériel et méthode 2.2.1
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
<i>Analyse des données</i>			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	cf. Matériel et méthode 2.4
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données cf. Matériel et méthode 2.4
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo®, GitMind® cf. Matériel et méthode 2.4
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
<i>Rédaction</i>			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui cf. Résultats 3.2
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui cf. Discussion 4.2
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui cf. Résultats 3.2
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui cf. Résultats 3.2 et Discussion 4.2

Version originale : Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.

Traduction française : Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 1 janv 2015;15(157):50-4

Annexe n°3 : Extraits du journal de bord

Mai 2022 : début des recherches pour trouver une idée de thèmes et de sujets pour ma thèse

Plusieurs idées en découlent : le vécu de l'examen gynécologique, la prise en charge et le dépistage de la dépression du post-partum, la consultation CCP contraception et prévention, l'apport de la communication non violente en médecine générale, l'écologie en santé, l'endométriose en soins primaires, la recherche du consentement chez l'enfant en consultation de médecine générale.

Le thème de la dépression du post-partum ressort plus spécialement de mes réflexions. C'est en effet une thématique que j'ai rencontrée à plusieurs reprises pendant mes différents stages ambulatoires, qui m'a interpellée, et à laquelle je m'intéresse depuis plusieurs mois déjà.

Je commence des recherches bibliographiques pour préciser ce sujet.

Je suis très étonnée des chiffres que j'apprends : le suicide est la deuxième cause de mort maternelle dans l'année qui suit la naissance ! Je suis confortée dans la pertinence du sujet.

[...]

Mars 2023 : premier entretien (visio)

Ressenti : je me lance, beaucoup d'appréhension, très stressée avant : comment ça va se passer, comment mener l'entretien, est-ce que je vais y arriver ?

Pendant : peu besoin de relancer, du mal à savoir si je dois demander de préciser les choses ou non, si les infos recueillies sont suffisantes et correspondent à ma question de recherche, entretien un peu décousu, assez long (45-50 min). Je suis étonnée de la facilité avec laquelle la patiente se confie et raconte son histoire, dans les détails et ses symptômes les plus difficiles, dans des mots assez durs, avec un recul important sur son histoire. Beaucoup de lucidité et de recul sur son histoire, assez difficile, touchant.

Je commence tout de suite après la retranscription : avec la dictée de Word® d'abord, puis je relis tout pour remettre en forme et corriger le texte une première fois, avant de réécouter : surprise du temps que ça prend, plus long que ce que je pensais.

Mars 2023 : deuxième entretien (visio)

Ressenti : trop long sur la grossesse et l'accouchement, met beaucoup de temps avant de parler de sa dépression post-partum, l'impression d'être hors-sujet pendant que je fais l'entretien. Symptômes moins intenses et francs, parle peu de sa fille, évolution longue avant diagnostic : grand contraste avec le premier entretien.

Avril 2023 : troisième entretien (visio)

Ressenti : entretien court, réponses assez brèves, dur de trouver comment relancer pour approfondir sans influencer sur l'entretien, expéditif ("simple mais efficace")

Je revois le guide d'entretien suite aux remarques d'Aïcha et à mes trois premiers entretiens : guide d'entretien version 2.

ETUDE SUR LA DÉPRESSION POST-NATALE

Vécu des patientes



Je suis Léa Malleret, médecin généraliste remplaçante.
Dans le cadre de ma thèse, je réalise une étude sur le **vécu des femmes** ayant traversé une dépression du post-partum après leur accouchement.

Comment des mères ayant connu une dépression du post-partum ont-elles vécu leur parcours et leur prise en charge ?

Cette étude s'adresse à des femmes ayant accouché **il y a moins de 24 mois**, pour lesquelles **ce diagnostic a été posé ou évoqué**.

Elle se déroulera sous la forme d'un *entretien d'une trentaine de minutes*, dans un lieu et à une date convenus ensemble.



Si vous êtes intéressée pour participer à cette recherche, je vous invite à **me contacter** par mail, téléphone ou à **scanner ce QR code** pour me transmettre vos coordonnées.



Merci d'avance

Léa Malleret

Directrice de thèse
Dr Aïcha Issa

 Université
Paris Cité

Annexe n°5 : Guide d'entretien : version initiale et troisième et dernière version du guide

- Version initiale du guide

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma sollicitation. Je suis médecin généraliste remplaçante à Paris, et je réalise donc un travail de thèse sur la dépression post-partum, qui a pour but de comprendre le vécu des femmes vivant ou ayant vécu une dépression post-partum, concernant leur parcours et de leur prise en charge. Pour cela, je réalise des entretiens avec des femmes ayant accepté de participer à mon étude, c'est donc dans ce cadre que nous nous rencontrons. Pour mon travail, j'ai besoin que notre entretien soit enregistré par dictaphone. Bien sûr, toutes les informations recueillies resteront confidentielles et anonymes. Ce qui m'intéresse, c'est votre expérience personnelle, votre ressenti, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. N'hésitez pas à vous exprimer librement et à rentrer dans les détails de votre vécu.

1) Déroulé de la grossesse : **“J'aimerais que vous commenciez par me raconter votre grossesse.”**

- Survenue de la grossesse : contexte, état d'esprit lors de la découverte, grossesse attendue
- Suivi et déroulement de la grossesse : par qui, quels symptômes, pathologies maternelles et/ou fœtales, sur le plan psychologique, relations avec l'entourage

2) Déroulé de l'accouchement : **“Racontez-moi comment s'est passé votre accouchement et les premiers jours à la maternité.”**

- Déroulé de l'accouchement : conditions, complications, douleur, durée du travail, ressenti de la rencontre avec votre enfant
- Séjour à la maternité : accompagnement par les soignants, allaitement, lien avec enfant, état psychique

3) Retour à la maison et premiers temps du post-partum : **“Comment se sont passés les premiers temps après le retour à la maison, les premières semaines ?”**

- État général, moral, sommeil
- Relation mère-enfant, lien avec le nouveau-né/nourrisson
- Place de l'entourage, relation avec les proches

“Avez-vous entendu parler/ eu une consultation postnatale et/ou un entretien postnatal précoce ?”

- Suivi médical : consultation postnatale, entretien postnatal précoce

4) Symptômes et diagnostic de la DPP : **“J'aimerais maintenant que vous me parliez de votre dépression du post-partum, de votre vécu des premiers symptômes jusqu'au diagnostic.”**

- Quels symptômes ?
 - Qui a posé le diagnostic et comment ? Quel a été votre ressenti à l'annonce du diagnostic ?
- “Aviez-vous déjà entendu parler de cette pathologie, aviez-vous pensé à ce diagnostic ?”**

5) Déroulé de la prise en charge ultérieure : **“Racontez-moi comment s'est passé par la suite votre prise en charge.”**

- Par quels professionnels ? Quel type de prise en charge (ambulatoire ou en hospitalisation, traitement médicamenteux, psychothérapie) ?

6) Place du médecin généraliste/médecin traitant : **“Parlez-moi maintenant de la place de votre médecin généraliste dans votre parcours.”**

- Existence ou non d'un médecin traitant, consulté ou non

7) Éventuelles difficultés rencontrées au cours du parcours et attentes :

“Au cours de votre parcours, vous avez rencontré et côtoyé différents professionnels de santé. J'aimerais que vous me racontiez ce que vous en attendiez, leur rôle dans votre prise en charge, votre ressenti à ce propos.”

Clôture de l'entretien : **“Y a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?”**

Fin de l'entretien : "Pourquoi avez-vous accepté de me rencontrer ?"

Données socio-démographiques :

- Âge
 - Situation professionnelle
 - Statut marital et situation familiale, parité
 - Moyen de recrutement
-

- Troisième et dernière version

Pas de modification dans le texte lu en début d'entretien, dans les questions de clôture, ni dans les données socio-démographiques demandées

1) Déroulé de la grossesse et de l'accouchement : **"Pour commencer, comment décririez-vous votre grossesse et votre accouchement ?"**

- Survenue de la grossesse : contexte, état d'esprit lors de la découverte, grossesse attendue
- Suivi et déroulement de la grossesse : par qui, quels symptômes, pathologies maternelles et/ou fœtales, sur le plan psychologique, relations avec l'entourage
- Déroulé de l'accouchement : conditions, complications, douleur, durée du travail, ressenti de la rencontre avec votre enfant
- Séjour à la maternité : accompagnement par soignants, allaitement, lien avec enfant, état psychique

2) Retour à la maison et premiers temps du post-partum :

"Comment se sont passés les premiers temps : à la maternité, puis au retour à la maison, les premières semaines ?"

"Quelle a été votre prise en charge sur le plan médical dans les semaines ou mois suivants votre accouchement ? Avez-vous eu une consultation postnatale, un entretien postnatal précoce ?"

3) Symptômes et diagnostic de la DPP : **"J'aimerais maintenant que vous me parliez de votre dépression du post-partum, de votre vécu des premiers symptômes jusqu'au diagnostic"**

"Avez-vous déjà entendu parler de cette pathologie, y aviez-vous pensé/aviez-vous pensé à ce diagnostic ?"

- Quels symptômes ? Qui a posé le diagnostic et comment ? Quel a été votre ressenti à l'annonce du diagnostic ? Réaction de l'entourage, soutien
- Lien avec l'enfant ? **"Comment s'est développé durant ce temps le lien avec votre enfant ?"**

4) Déroulé de la prise en charge ultérieure :

"Racontez-moi comment s'est passé par la suite votre prise en charge."

- Par quels professionnels ? Quel type de prise en charge (ambulatoire ou en hospitalisation, traitement médicamenteux, psychothérapie) ?

5) Place du médecin généraliste/médecin traitant : **"Avez-vous consulté votre médecin généraliste durant cette période ? Et si oui, pour quels motifs ?"**

"Quelle a été la place de votre médecin traitant durant cette période ?"

- Existence ou non d'un MT, consulté ou non, pour quels motifs, DPP dépisté ou non par celui-ci

6) Place de l'entourage : **"Étiez-vous entourée ou seule pendant cette période ?" Conjoint ?**

- Place de l'entourage, compagnon, famille, ami.e.s

7) Éventuelles difficultés rencontrées au cours du parcours et attentes :

"Avec le recul, comment s'est déroulé votre parcours durant cette dépression du post-partum ? Qu'auriez-vous attendu ?"

Annexe n°6 : **Extrait des entretiens : entretien 10 dans son intégralité**

La retranscription de l'ensemble des 13 entretiens est disponible sur ce lien :

https://up75-my.sharepoint.com/:f/g/personal/lea_malleret_etu_u-paris_fr/EiJDpqWzJExIpb4UwSx6wgB_0g2GKqVzDZE4C-xNg5Low?e=9u3XcA

Pour commencer, comment vous me décririez votre grossesse et votre accouchement ?

On va dire que la grossesse, si je devais résumer, je dirais une grossesse assez anxieuse Avec beaucoup de stress. De l'anxiété autour de la grossesse, surtout les premiers mois, dès l'annonce de la grossesse. Pourtant c'était voulu donc... Mais au début, c'était beaucoup beaucoup d'anxiété, d'appréhension. J'avais besoin constamment qu'on me rassure, je pleurais beaucoup. J'avais peur de pas être à la hauteur en fait. Je me souviens que j'étais même envahissante sur mon conjoint, j'avais vraiment peur de l'abandon. Dès qu'il partait pour aller travailler tout ça, je commençais à avoir de l'angoisse qui naissait, parce que j'étais en train d'imaginer, j'étais en train de me dire : ok il part, c'est comme si j'avais déjà le bébé avec moi, et que je me retrouvais toute seule avec le bébé. J'avais déjà cette grosse angoisse. Après les mois sont passés, ça s'est un peu atténué.

On va dire que la grossesse en soi s'est très bien passée, il n'y avait pas du tout de soucis ni quoi que ce soit. Mais c'est vrai qu'il y avait toujours une angoisse, une angoisse autour de l'arrivée du bébé. Et sinon mon accouchement s'est très bien passé. Franchement je regrette pas du tout mon accouchement. L'équipe était vraiment à l'écoute de ce que je voulais, j'ai pas eu de complication à l'accouchement. Là-dessus c'était bien. C'est plus après, le séjour à l'hôpital qui s'est pas très bien passé par contre.

Justement, comment se sont passés après les premiers temps après l'accouchement, à la maternité et puis après, au retour à la maison, les premières semaines ?

À la maternité ça s'est pas très bien passé. On nous a ramené en suites de couches vers 17h par-là, et on a vu personne. Personne n'est venu nous voir, pour nous montrer comment donner le biberon, comment changer une couche. Nous c'est vrai que c'est notre premier, moi j'avais jamais eu de bébé dans mon entourage. C'était vraiment tout nouveau et personne n'est venu en fait. On s'est débrouillé un peu par nous-mêmes, et les jours sont passés. La première nuit mon conjoint est resté avec moi, mais la deuxième nuit, il a voulu rentrer. Déjà, je commençais vraiment à être angoissé à l'idée de me retrouver toute seule avec le bébé. Et le bébé a fait que pleurer, alors que j'avais donné le biberon, j'avais tout fait, et il pleurait beaucoup beaucoup beaucoup. J'avais appelé à l'aide auprès de l'auxiliaire puéricultrice, sauf qu'elle était déjà occupée, et personne ne venait. Sauf que j'étais vraiment en panique, donc j'ai carrément appelé la sage-femme. Mais la sage-femme, elle n'a pas du tout été très abordable en fait. Elle me disait que c'était pas elle de gérer ça. Enfin elles ont fini par venir assez tard, et le bébé pleurait. Elles l'ont pris dans les bras, et là il s'est arrêté de pleurer. Donc je me suis dit que c'était moi le problème. Et elles l'ont même verbalisé, en me disant que le bébé ressentait tout, les émotions, donc que si j'étais angoissée, lui aussi aller être angoissé. Du coup ça m'a fait encore plus culpabiliser. Je pleurais beaucoup beaucoup. J'ai rappelé mon conjoint qui est revenu à 1h du matin. Et à partir de ce moment-là, je voulais plus qu'il...

Qu'il s'en aille.

Oui voilà. Je voulais vraiment qu'il reste là pour essayer de me calmer. Même si j'avais toujours cette anxiété. Je dormais pas. À la maternité je n'ai pas dormi, très peu. Le bébé était beaucoup avec mon conjoint, il l'avait sur lui la nuit, mais moi j'étais dans un état d'hypervigilance. Je dormais pas. L'avant-dernière journée, on avait oublié de m'apporter un repas. Franchement, c'était la catastrophe ce séjour, c'était très chaotique. C'est au moment de partir, où on a eu une autre auxiliaire puéricultrice, qui nous a montré comment donner le biberon. Elle est arrivée au moment où mon conjoint lui donnait, et elle nous a dit que ça allait pas du tout, que c'était pas comme ça qu'on devait faire. Du coup ça m'a vraiment agacé. Je lui ai dit : écoutez ça fait trois jours qu'on est là, et c'est au moment de partir que vous nous

dites qu'on ne fait pas les choses bien. J'avais qu'une hâte, c'était de rentrer à la maison. Je sentais que je commençais à avoir les nerfs, je commençais à très tendue, très crispée. Je sentais que j'étais vraiment... Je sais pas comment dire, mais vraiment tendue. Et je m'étais dit : bon allez, il faut qu'on rentre. J'avais qu'une seule idée, c'était de me dire : ça va aller mieux à la maison. Et en fait pas du tout. Pas du tout.

Arrivée à la maison, j'avais perdu tous mes repères, je me sentais plus chez moi. C'était vraiment bizarre cette sensation. J'avais vraiment perdu tous les repères. J'angoissais beaucoup, je dormais pas. J'avais une hypervigilance. Dès que mon conjoint se levait, pourtant mon conjoint se levait la nuit, mais il fallait que moi aussi je me lève. Il fallait que je sois tout le temps dans le contrôle. Sauf que je dormais plus. Je commençais à plus avoir d'appétit.

Après j'ai eu beaucoup de phobies d'impulsion, je savais pas que ça s'appelait comme ça, j'avais des flashes où je me voyais faire du mal au bébé. C'était très très très anxiogène. J'avais envie de fuir en fait, j'avais envie de partir. J'avais envie de tout quitter. C'était... C'était compliqué. Ma sœur m'a accueilli deux nuits à dormir chez elle pour essayer de souffler un peu. Mais malgré ça... Le retour à la maison était encore compliqué. Je culpabilisais de laisser mon conjoint avec le bébé. Enfin c'était compliqué...

Et quelle a été un peu votre prise en charge sur le plan médical dans les semaines ou mois qui ont suivi le retour à la maison ?

Alors du coup, le retour à la maison. Il y a eu la sage-femme qui est venue à la maison, et c'est vrai que je disais que je me sentais pas bien, que j'arrivais pas à laisser le bébé avec le papa, que j'étais en hypervigilance, et j'ai l'impression qu'elle ne m'a pas vraiment entendu, qu'elle a pas pris les choses... Après voilà, c'est fait, mais en fait elle m'a dit : « bah regardez Netflix®, changez-vous les idées, regardez des séries ça va vous faire du bien » mais j'étais pas du tout dans cet optique-là. Je disais que je dormais plus, même la sieste. J'arrivais même pas à faire de sieste. Pourtant je pouvais trouver le temps de le faire, mais j'y arrivais pas. J'essayais de me mettre en condition, mais j'y arrivais pas. C'étaient vraiment les nerfs qui me tenaient. Et c'est vrai que je lui ai un peu verbalisé, mais j'ai l'impression qu'elle ne m'a pas vraiment prise au sérieux. Mais même moi, je savais pas trop ce qui m'arrivait.

Du coup les jours sont passés, et au bout d'une semaine, je suis allée voir mon médecin traitant ; enfin c'était un autre médecin du cabinet parce que mon médecin traitant était en vacances, et il m'a dit que c'était un petit baby blues, que ça allait passer. Il m'avait mis un peu de Seresta® la journée, un demi comprimé à prendre quand je me sentais anxieuse. Mais ça faisait rien du tout. Je l'ai pris, mais ça me faisait rien du tout, j'étais de nouveau anxieuse, ça changeait rien. Du coup je suis retournée peut-être trois jours après, j'ai vu encore un autre médecin parce que mon médecin était toujours pas revenu de vacances, et pareil qui disait que c'était un baby blues. Par contre, il avait augmenté un peu la dose de Seresta® et il m'avait prescrit un somnifère, je sais plus le nom, mais il m'avait prescrit un petit somnifère à prendre. Mais ça faisait vraiment rien.

Et c'est là en fait que les flashes d'impulsion venaient beaucoup. Je commençais à paniquer, je faisais des crises de panique, j'avais peur de moi-même. Je pouvais pas rester toute seule avec mon bébé parce que j'avais peur de ce que je pourrais faire. Et ça me le faisait même en pleine nuit. Ça me réveillait en pleine nuit, j'étais en sueurs. Le bébé pleurait pas, mais d'un coup je me réveillais avec ces flashes comme ça où je me voyais lui faire du mal. Et là j'ai fini par enfin aller voir mon médecin traitant, qui elle me connaît, et elle m'a dit que c'était plus un baby blues, qu'on était passé sur un niveau au-dessus, que là elle pensait que j'étais en train de faire une dépression post-partum.

Là je commençais à avoir vraiment des idées noires, je me disais que mon bébé serait mieux sans moi, qu'il fallait mieux que je meure, que ce serait plus simple, qu'au moins ça m'éviterait de lui faire du mal. Et qu'il serait plus heureux sans moi, et que ce serait plus simple en fait. Je commençais à me faire un peu des scénarios tout ça. Donc là mon médecin m'a dit : « stop, on va mettre des antidépresseurs ». J'étais un peu réticente, mais à la fois je me voyais vraiment pas bien. Elle m'a mis sous antidépresseurs, et par contre elle m'avait prévenu, qu'il fallait au moins trois semaines, un mois pour que ça commence

à agir. Donc elle m'avait dit : « surtout, il ne faut pas les arrêter ». Elle m'avait dit que ça pouvait arriver à une personne sur deux de majorer l'angoisse au début du traitement, elle m'a dit : « peut-être que ça va pas te le faire, mais peut-être que oui ». Elle m'a dit : « si jamais ça t'arrive, surtout ne les arrête pas ». Sauf que du coup c'est ce qui s'est passé. J'ai eu l'anxiété qui est passée vraiment au-dessus, et c'était vraiment... J'étais plus moi-même en fait. Je voulais plus me lever de mon lit le matin, je voulais plus rien faire. Tout était compliqué, les gestes de la vie quotidienne étaient durs, que ce soit pour moi, et même pour le bébé, je le faisais machinalement. Je faisais plus à manger, ni rien. C'était vraiment... du laisser-aller plus plus.

De pire en pire.

Oui. Jusqu'au moment où tout était source d'angoisse, même l'environnement extérieur était vraiment source d'angoisse, les voitures tout ça, tout m'oppressait. Tout était vraiment vraiment insupportable. Je suis retournée encore voir mon médecin traitant, qui là m'a proposé d'être hospitalisée. Et même moi j'en avais envie, parce que je pense que j'aurais peut-être fait... Je sais pas ce que j'aurais fait, mais j'aurais peut-être pu passer à l'acte. J'avais même moi envie d'avoir un peu un séjour de rupture. Fallait vraiment faire quelque chose, parce que c'était vraiment insupportable.

C'est vrai que mon conjoint, je lui en parlais de ces phobies d'impulsion, et la toute première fois où je lui en ai parlé, il ne l'a pas du tout bien pris. Il me disait : « mais ça va pas la tête, tu vas quand même pas faire ça, ça devrait être les plus beaux jours de notre vie et toi tu es en train de tout gâcher ». Enfin il ne comprenait pas, et je lui en veux pas, je me dis qu'à sa place j'aurais peut-être réagi comme ça aussi, mais ça m'a fait encore plus culpabiliser. J'avais l'impression qu'on m'enfonçait la tête sous l'eau encore plus. Du coup même moi je me disais : c'est moi le problème, c'est moi qui ne suis pas comme tout le monde, c'est que je ne suis pas faite pour être mère. Du coup c'est là que vraiment j'avais les idées suicidaires vraiment présentes.

Et du coup après, vous avez été hospitalisée, c'est ça ?

Ouais. Du coup je suis partie, c'est ma sœur qui m'a accompagnée, on s'est rendu à l'hôpital de *** à ***. Ils ne savaient pas trop si c'était adapté là-bas pour moi, alors au début quand ils ont commencé à me parler de *** (*nom d'un hôpital spécialisé en psychiatrie*), j'ai un peu paniqué. Parce que je suis aide-soignante en fait de métier, et je travaille en [psychiatrie], donc ça me parlait beaucoup. Pour moi *** (*nom de l'hôpital psychiatrique*) c'était vraiment pour les personnes un peu... Un peu fou entre guillemets (*rires*). Du coup quand ils m'ont parlé de ça, ça m'a vraiment paniqué. Et après j'ai été vu par un psychiatre aux urgences, qui a vraiment été à l'écoute. Il m'a pris individuellement, et il a aussi parlé avec ma sœur en ma présence, pour poser des questions sur comment je me sentais, tout ça.

Et c'est lui qui a vraiment posé le mot de phobies d'impulsion. Parce que moi quand je disais ça, je ne savais pas ce que c'était. C'est là qu'il m'a expliqué que ça arrivait à certaines femmes, que ça faisait partie des symptômes de la dépression du post-partum. Donc déjà, ça m'a vraiment rassurée, parce que j'avais l'impression que j'étais en train de devenir schizophrène. J'avais vraiment l'impression de devenir folle, c'était vraiment ce ressenti-là. Je lui disais que j'avais peur qu'on me retire la garde de mon enfant. Je lui disais tout ça, mais tout en ayant peur qu'on me retire la garde aussi. C'est vrai que là-dessus, il m'a bien rassuré, en me disant que c'était la dépression post-partum, que c'était pathologique. Enfin voilà.

Et du coup, il m'a proposé de m'hospitaliser en hôpital de jour. Il m'a dit : « par contre je voudrais pas vous garder plus de trois jours, par rapport à votre bébé ». Il voulait pas trop qu'on soit séparés trop longtemps. Là c'était à quinze jours de mon accouchement, mon hospitalisation. Quand je lui ai dit que ça faisait vraiment quinze jours que j'avais pas dormi, c'était vraiment quinze jours où j'avais pas dormi, depuis l'accouchement j'avais plus dormi. Donc là il m'a dit : « la priorité, ça va être vraiment de vous faire dormir pendant ces trois jours ».

Du coup ils m'ont mis des anxiolytiques, du prazépam matin midi soir coucher, et ils m'ont mis un somnifère. Et pendant mon séjour, le somnifère ne faisait pas vraiment effet, je dormais pas vraiment, du coup ils ont changé de somnifère, et après là ça m'a vraiment fait dormir. Là-bas pendant mon hospitalisation j'ai été suivie par une psychiatre, tous les jours. Ils m'ont demandé ce que moi je voulais, au bout de trois jours si je voulais sortir, et je me sentais pas capable encore de sortir. J'ai du coup demandé à reprolonger et j'ai été hospitalisée cinq jours. Je suis vraiment sortie au bout de cinq jours. Mais tout en ayant cette culpabilité d'être séparée mon bébé, que j'étais une mère indigne, tout ça quoi (*rires*). C'était pas très agréable.

Et du coup après, la suite de votre prise en charge, une fois la sortie de l'hospitalisation...

Alors ils m'ont proposé de rencontrer un CMP, mais j'y ai jamais été. En fait j'ai été suivie par un psychiatre, le docteur ***, je sais pas si ça vous parle. Il a écrit pas mal de livres sur le périnatal, tout ça. J'ai été suivie quelques mois avec lui.

Mais j'ai surtout été suivie par l'association Maman Blues®, c'est ça qui m'a vraiment aidé. J'ai été en contact avec une bénévole, je l'ai eu au téléphone dès mon retour à la maison, on s'est pas mal parlé par messages, comme par téléphone. Elle me racontait son vécu, elle m'a vraiment rassurée par rapport à ça. J'ai vraiment été accompagnée par l'association Maman Blues®, et c'est même l'association Maman Blues® qui m'a donné les coordonnées du docteur *** le psychiatre. J'ai vraiment été suivie par elle.

Et sinon j'avais les coordonnées de *** (*nom de l'Unité de psychiatrie périnatale locale*) justement avec qui travaille le docteur ***. Et je sais qu'il y a un soir où j'étais vraiment pas bien, pas bien du tout, où j'avais appelé ce numéro-là, j'avais eu au téléphone le docteur ***, et il m'avait autorisé à augmenter un comprimé, pour pouvoir me calmer.

D'anxiolytiques ?

Ouais, voilà des anxiolytiques. À mon retour à la maison, j'avais toujours du somnifère, j'avais toujours des anxiolytiques à prendre, en fonction de comment j'étais, en fonction de mon anxiété.

Et les antidépresseurs du coup toujours ?

Et bien sûr les antidépresseurs qui étaient toujours là.

Et pendant tout ce temps-là, est-ce que vous avez réussi à créer un lien avec votre enfant, comment ça s'est passé ?

Alors oui, enfin c'est surtout à mon retour d'hospitalisation, c'était quand même un peu mieux. C'était surtout en fin de journée, je me sentais un peu mieux le soir, donc c'est vraiment le soir où j'avais l'impression de passer plus de moments, vraiment de moments de complicité avec le bébé. C'est vraiment le soir où je me sentais plus apte à... à communiquer avec lui. Petit à petit, ça a commencé à aller mieux. Je lui parlais beaucoup, je le disais beaucoup que là j'étais pas bien, mais que c'était pas à cause de lui, que c'était une période, que ça irait mieux plus tard. Voilà, même si c'était un bébé quoi (*rires*). Plus ça allait, plus je commençais à enfin créer du lien.

Dès que ça commençait à aller un peu mieux, comme me disait la bénévole de l'association Maman Blues®, je m'imaginai vraiment un escalier, où ça allait mieux marche par marche, mais que je pouvais redescendre certaines marches certains jours, et c'est vraiment ce qui se passait. J'avais envie d'aller mieux vraiment d'un coup, mais non c'est pas possible. Donc y'avait des journées où ça allait un petit peu mieux, c'était pas après pas, et dès que ça allait mieux j'arrivais à avoir des moments de complicité avec le bébé, et à créer un peu plus de liens.

Ok. Et donc c'est votre médecin généraliste qui a posé le diagnostic de dépression du post-partum, qui vous orientée. Est-ce qu'il a continué à avoir une place après dans votre prise en charge ?

Oui oui. Elle continuait à me... Je sais plus quand est-ce qu'on se voyait, mais on se voyait assez régulièrement. Et après c'est moi, quand je me sentais un peu, je ressentais plus vraiment le besoin de continuer à la voir. Je continuais quand même mon traitement bien sûr. Mais après j'ai pas vraiment été suivie par une psychologue.

J'avais vraiment aussi envie de retrouver une vie sociale, reprendre le travail, tout ça. Mais j'appréhendais aussi, parce que je savais pas trop si ça allait aller. Mais si j'ai quand même réussi à reprendre le travail, et je pense que ça m'a vraiment aidé aussi, de retrouver une vie sociale tout ça, une vie professionnelle. Ça m'a vraiment aidé aussi de reprendre un rythme, et de faire autre chose que de changer des couches. Je pense que ça m'a aussi aidé à aller mieux.

À aller de l'avant ?

Ouais. Après je sais que, juste pour revenir à mon séjour à la maternité, je pense qu'à la maternité ils ont quand même vu que j'étais pas bien, enfin surtout à la fin. Quand la puéricultrice nous a fait des remarques tout ça, j'ai vraiment dit tout ce que je pensais, et j'étais vraiment pas bien. Et on m'avait proposé de voir la psychologue. Enfin la psychologue était là dans la chambre, elle a dû passer dans le couloir, et elle a été interpellée par ce que je disais. Mais par contre j'avais vraiment pas envie de lui parler, j'avais vraiment envie de partir de l'hôpital. J'avais vraiment envie de rentrer.

Et pendant cette période, vous m'avez parlé de votre conjoint, de votre sœur, vous étiez entourée ?

Ouais ouais, j'étais assez entourée. Ma sœur était très très présente pour moi. Dès que je l'appelais, elle venait à la maison, elle venait pour passer du temps avec moi, pour essayer de me rassurer aussi. Bah mon conjoint, mon hospitalisation, il ne l'a pas vraiment comprise. Il était pas du tout pour. Parce qu'on a une idée aussi de la psychiatrie, où on se dit il y a des barreaux, on ne peut pas sortir, alors que non pas du tout, je pouvais sortir, je pouvais avoir de la visite. Mais il était pas du tout pour, et quand je lui ai dit que j'allais à l'hôpital, il ne m'a pas accompagné ni rien. C'est vraiment ma sœur qui m'a accompagné dans la démarche. Mais par contre à mon retour à la maison, il a quand même été... Il a quand même compris qu'il y avait vraiment une pathologie, que c'était vraiment la dépression post-partum. Le psychiatre de l'hôpital lui a expliqué ce que c'était, tout ça, et du coup je pense que là il s'est rendu compte vraiment des choses, et il a accepté tout ça. Après ça s'est bien passé, il a vraiment accepté la situation.

Et est-ce que ça a été compliqué pour vous d'en parler à votre entourage, et d'exprimer tous les symptômes que vous ressentiez ?

Un petit peu. Franchement, c'est quand même un peu gênant, on a l'impression de pas être compris, d'être un peu vu bizarrement, enfin d'être jugé, c'est surtout ça. Mais moi j'avais besoin d'en parler. J'avais l'impression que si j'en parlais pas j'allais mourir. C'était vraiment mon ressenti, si j'en parlais pas, j'allais mourir. Et du coup le fait d'en parler, ma sœur a quand même compris, elle a vraiment été présente beaucoup pour moi. Parce que c'est vrai que mon conjoint est agriculteur, du coup il a un travail vraiment très très prenant, il était pas beaucoup à la maison.

Et c'est vrai que ma sœur dès 8h le matin, elle venait avec moi, pour m'éviter de me retrouver toute seule elle venait avec moi. C'est même elle qui a fait la démarche d'appeler la PMI. À mon retour d'hospitalisation elle a appelé la PMI, et j'ai été mise en relation avec une infirmière puéricultrice qui était vraiment géniale, qui venait à la maison me voir, elle m'appelait régulièrement pour avoir des nouvelles. Vraiment beaucoup de conseils, franchement elle a été vraiment top. Ça m'a aussi beaucoup aidé pour mon retour à la maison.

Et avec le recul, quand vous voyez un petit peu votre parcours, comment vous direz que s'est déroulé votre parcours durant cette dépression du post-partum ? Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez attendues...

Avec du recul... Après je regrette pas dans le sens que j'en ai quand même parlé rapidement, j'ai bien vu ce que mon état se dégradait vraiment rapidement, et j'en ai parlé dès le début. Je pense que ça m'a beaucoup aidé à commencer à aller mieux.

Après je pense qu'avec du recul, je pense qu'au début de ma grossesse, j'ai l'impression que c'était quand même comme une petite dépression finalement. Il y avait certains symptômes qui étaient un peu similaires que pour le post-partum. Donc est-ce qu'il aurait pas fallu faire un travail là-dessus dès la grossesse, c'est possible. Mais je pense que j'ai vraiment cette peur de l'abandon qui était vraiment présente et qui m'a vraiment déstabilisée en fait. Mais sinon après, je sais pas ce qui aurait pu être fait ou pas fait. Forcément mon séjour à la maternité je le regrette beaucoup, c'est ce qui m'a vraiment un peu traumatisée quand même.

Est-ce qu'il y a des sujets qu'on n'a pas abordés, dont vous souhaiteriez parler ?

Comme ça, ça me vient pas vraiment à l'esprit... Non je vois pas vraiment.

Et juste une dernière question : pourquoi vous avez accepté de me rencontrer à l'occasion de cet entretien ?

Parce que je trouve que c'est vraiment tabou, la dépression post-partum, on en parle pas du tout. Quand ça nous arrive, on a l'impression que c'est nous le problème, que c'est nous qui sommes pas normale. Je pense qu'il faudrait vraiment... Il y a vraiment un travail à faire là-dessus, sur la prévention tout ça. Et essayer aussi de mettre un peu plus de choses en place, un accompagnement un peu plus présent pour le retour à la maison pour le post-partum. Vraiment avoir un suivi un peu plus présent par rapport au psychologique de... À la psychologie de la maman.

Annexe n°7 : Note d'information à destination des patientes



NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA PARTICIPATION A UNE ETUDE

« La dépression du post-partum du point de vue des femmes l'ayant traversé : vécu de leur parcours et de leur prise en charge »

Département de Médecine Générale de l'Université Paris Cité

Madame,

Vous êtes invitée à participer à une étude menée par Léa Malleret dans le cadre de sa thèse au sein du Département de Médecine Générale de l'Université Paris Cité.

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et ses modalités de mise en œuvre (art. L.1122-1 du code de la santé publique), et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles.

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

1) Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?

Cette étude vous est proposée car vous êtes une femme, mère d'au moins un enfant, chez qui le diagnostic de dépression post-partum a été posé ou évoqué à la suite de votre accouchement il y a moins de 24 mois, résidant en Ile-de-France.

2) Quels sont les objectifs et les bénéfices attendus de l'étude ?

L'objectif principal de cette étude est de mieux connaître le ressenti et le vécu de patientes ayant traversé une dépression post-partum. Il s'agit possiblement d'augmenter les connaissances scientifiques sur le sujet, et de viser à améliorer la prise en charge ultérieure des patientes vivant une dépression post-natale.

3) Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?

Aucun geste technique ne sera pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique ne sera mise en œuvre. Les informations communiquées resteront confidentielles et anonymes, et n'auront aucun impact sur votre prise en charge ultérieure.

4) Comment va se dérouler l'étude ?

Pour cette étude, vous ferez l'objet d'un entretien individuel en tête à tête avec l'investigatrice principale de l'étude, d'une durée de 30 à 45 min environ. Le contenu oral de cet entretien sera enregistré. Des questions d'un guide d'entretien vous seront posées pour vous permettre de raconter votre vécu.

5) Quels sont vos droits en tant que participante à la recherche ?

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquences pour vous ni pour votre prise en charge habituelle par votre professionnel de santé. Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait, sans nous en préciser la raison, par simple courriel adressé à lea.malleret@etu.u-paris.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : Département de médecine générale, Université de Paris Cité – A l'attention du Dr Aïcha ISSA– Site Bichat : 16 rue Henri Huchard – 2^{ème} étage, ascenseurs B – 75890 Paris Cedex 18

A l'issue de l'étude, vous disposez du droit à l'accès aux résultats globaux de cette recherche.

6) Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?

Votre participation implique la réalisation d'un traitement de données à caractère personnel à partir des informations qui vous concernent et qui seront produites dans le cadre de cette étude, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymisées et leur identification codée.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche scientifique et a pour base légale l'exécution d'une mission d'intérêt public (art. 6.1.e du Règlement général sur la protection des données).

Le responsable de traitement est Université Paris Cité.

7) Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?

Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Ces droits ne pourront pas s'exercer s'ils sont susceptibles de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Pour exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche, vous pouvez vous adresser directement à l'investigateur principal de l'étude : lea.malleret@etu.u-paris.fr. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais, et au plus tard un mois à compter de la réception de votre demande.

En cas de difficultés, vous pouvez également contacter la Déléguée à la protection des données d'Université Paris Cité à dpo@u-paris.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (www.cnil.fr).

8) Comment sont gérées vos données personnelles ?

Dans le cadre de cette étude, certaines de vos données personnelles seront recueillies et analysées. Ces données sont traitées par la responsable de l'étude et sa directrice de recherche.

Il n'y a pas de transfert de données hors Union européenne.

Pour garantir la sécurité et la confidentialité de vos données, les mesures techniques et organisationnelles suivantes sont mises en place :

- La collecte et l'accès aux données personnelles sont limités à l'utilisation exclusive de l'équipe de recherche de ce projet de thèse, dans le cadre des finalités précisées ci-dessus ;
- Aucune des données personnelles collectées par l'équipe de recherche ne peut être publiée ou rendue publique, ce qui serait susceptible de permettre l'identification des participants ;
- Les données personnelles des participants seront anonymisées au maximum 7 jours après la fin de la collecte de données par l'équipe de recherche
- Les droits d'accès aux données seront limités et uniquement accessibles à l'équipe de recherche.

Seules des données ne permettant pas de vous identifier seront publiées sous la forme d'un manuscrit de thèse et/ou d'un article dans une revue scientifique, afin d'améliorer les connaissances de la recherche. Les résultats de la recherche pourraient également être diffusés dans des colloques professionnels et scientifiques.

Les données directement identifiantes (formulaire de consentement) seront conservées par Léa Malleret jusqu'à 2 ans à compter de la date de soutenance de la thèse et seront définitivement supprimées par la suite.

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant et/ou à vos proches pour avis.

Nous vous remercions, Madame, de votre participation.

Contacts :

Investigateur principal : Mme Léa Malleret

Tel :

Coordonnées :

Coordinateur de la recherche : Dr Aïcha Issa

Coordonnées :

Annexe n°8 : Formulaire de consentement à la recherche



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A LA RECHERCHE

« La dépression du post-partum du point de vue des femmes l'ayant traversé : vécu de leur parcours et de leur prise en charge »

Département de Médecine Générale de l'Université Paris Cité

Je soussignée : (Nom, Prénom).....

après avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie du document « Note d'information relative à la participation à une étude » décrivant les modalités de déroulement de la recherche, notamment la description des conditions de mise en œuvre du traitement des données personnelles dans le cadre de cette étude

consens à participer à la recherche menée par Léa Malleret pour la réalisation d'une étude portant sur la dépression du post-partum et entrant dans le cadre de sa formation en Médecine Générale à Université de Paris Cité. Je consens au traitement de mes données à caractère personnel relevant de l'article 9 du RGPD.

J'ai été informée du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

autorise Léa Malleret à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous réalisons ce jour pour les besoins de son étude. Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien.

Je reconnais avoir été informée que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public permettant mon identification.

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe n°9 : Avis favorable du Comité Ethique du CNGE



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cnge.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 31/05/23,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " **La dépression du post-partum du point de vue des femmes l'ayant traversé : vécu de leur parcours et de leur prise en charge** "

AVIS 120523466

Le comité d'éthique a émis un avis favorable à la réalisation du projet « **La dépression du post-partum du point de vue des femmes l'ayant traversé : vécu de leur parcours et de leur prise en charge** ».

Le comité préconise toutefois d'interroger les antécédents psychiatriques au fil de l'entretien plutôt qu'à la fin, les antécédents n'étaient pas des données sociodémographiques.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Vécu de la dépression du post-partum du point de vue des patientes : étude qualitative par approche phénoménologique

Résumé :

Introduction : Malgré l'importance établie du dépistage et de la prise en charge de la dépression du post-partum, problème de santé publique essentiel, cette pathologie reste sous-diagnostiquée en France. Les études qualitatives s'intéressant à la dépression du post-partum en médecine générale sont rares et ont principalement cherché à recueillir le point de vue des médecins. L'objectif de cette étude est, dans un premier temps, d'explorer le vécu des femmes ayant traversé une dépression post-partum et dans un second temps, d'analyser le rôle tenu par leur médecin traitant dans leur prise en charge.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative, en utilisant la phénoménologie interprétative, auprès de femmes ayant vécu une dépression du post-partum dans les deux ans précédant le recrutement. Treize entretiens semi-dirigés ont été effectués entre mars 2023 et février 2024.

Résultats : Les résultats nous montrent la difficulté du vécu de cette dépression, par l'intensité de ses symptômes et ses multiples retentissements sur la sphère personnelle, familiale et sociale. Sa survenue dans une période postnatale elle-même riche en bouleversements et perçue socialement comme source de bonheur et d'accomplissement, rend difficile l'expression de la souffrance psychique par les patientes confrontées au tabou de la dépression postnatale, et complique son dépistage. L'impact des professionnels de santé dans le vécu du long parcours diagnostique et thérapeutique est essentiel. Des qualités d'écoute et de réassurance sont attendues par les patientes et la relation de confiance avec le médecin traitant est particulièrement appréciée. Le soutien familial et amical et le partage d'expériences avec des pairs sont primordiaux. Un meilleur accompagnement au post-partum, une prise en compte de la santé psychique pendant la période périnatale et l'intégration du père à la prise en charge sont autant d'attentes exprimées par les patientes.

Discussion et conclusion : Le dépistage et la prise en charge des patientes souffrant de dépression du post-partum semblent encore perfectibles. L'entretien postnatal précoce instauré en 2022 pourrait contribuer à une amélioration et son impact reste à étudier. Informer les femmes sur la dépression postnatale pendant la période périnatale semble essentiel et contribue à briser le tabou qu'elle représente. Il est aussi important de renforcer la place du médecin traitant afin qu'il soit un soutien de choix des patientes et de prendre en compte le partenaire dans la prise en charge de la dépression maternelle du post-partum.

Spécialité : Médecine générale

Mots clés : dépression du postpartum, prise en charge postnatale, médecins généralistes, diagnostic précoce, recherche qualitative

Forme : Dissertation universitaire. Rameau : Thèses et écrits académiques

Université Paris Cité
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris