

pratique soignante

Post-partum blues et dépression post-natale

■ La naissance d'un enfant s'accompagne généralement d'une cohorte de félicitations à la maman qui vient d'accoucher ■ Il est bien difficile, dans ce contexte, d'imaginer que la maternité puisse générer des troubles anxio-dépressifs ■ De fait, la clinique de la dépression du post-partum reste encore aujourd'hui méconnue du grand public et bien souvent banalisée par les professionnels de santé.

DOMINIQUE BARBIER

Le post-partum est une période particulière dans la vie d'une femme, au cours de laquelle un épisode dépressif peut se déclencher. Il y a encore quelques années, l'existence de ce trouble était méconnue par la plupart des gynécologues-obstétriciens et de leurs équipes. À l'heure actuelle, il s'agit d'une notion clinique qui n'a plus besoin de faire ses preuves. On en distingue même deux aspects, en fonction du moment de survenue : le post-partum blues et la dépression maternelle post-natale.

du post-partum incite les équipes de maternité à adopter une attitude très technique par rapport à cette réaction émotionnelle vive. On a tendance à banaliser, à rationaliser, ce qui explique que bien souvent, la jeune mère ne peut pas exprimer sa souffrance sur un mode affectif. Elle aura donc tendance à recourir à des plaintes fonctionnelles.

situation à l'origine d'intenses remaniements psychiques favorisant une fragilité temporaire.

• **Le blues** renvoie à une nostalgie hyperesthésique d'un état ancien et perdu, comme ces Noirs de la Louisiane qui se commémoraient, avec tristesse, leurs racines.

■ **Il existe de nombreuses terminologies du post-partum blues.**

Les plus nombreuses et usitées sont d'origine anglo-saxonne : *baby blues*, *maternity blues*, *day five*, *transitory syndrom*, *puerperal blues*, *post-partum blues*. En France, on parle de syndrome du 3^e jour, dépression transitoire du post-partum, syndrome hyperesthésique émotionnel, ou du *baby blues* (qui a été francisé), et en Allemagne, de *reizebare schwäche*.

■ **Il faut reconnaître qu'il existe une pression socioculturelle** qui impose à la jeune mère de s'interdire d'exprimer ses pensées négatives, ses craintes ou ses fantasmes inquiétants vis-à-vis de son bébé, et surtout le malaise indéfini de ne plus se sentir "remplie", dans une sorte de complétude. L'accouchement est alors vécu comme une séparation un peu dramatique et peut réactiver des fantasmes de castration ou une problématique narcissique de vacuité. L'enfant qui comblait la mère en son sein se détache physiquement d'elle. Il n'est plus partie intégrante d'elle. La sensation de bien-être dû à la plénitude ne peut plus exister. Le passage obligatoire en maternité pour chaque

Il y a encore quelques années, l'existence du post-partum blues était méconnue par la plupart des gynécologues-obstétriciens et de leurs équipes

■ **Le premier à avoir historiquement cité le phénomène de post-partum blues** est Louis-Victor Marce, en 1858, dans son "Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices"¹. Mais ce n'est réellement que vers les années 1950 qu'on a commencé à s'intéresser à ce qu'on appelait alors le *maternity blues*.

• **Le post-partum** désigne la maternalité que procure de gré ou de force l'accouchement, moment à partir duquel rien ne sera jamais plus comme avant,

MOTS CLÉS

- Maternité
- Dépression
- Post-partum
- Psychiatrie

LE POST-PARTUM BLUES

DÉFINITIONS ET CONTEXTE

■ **Peu de travaux ont été consacrés au post-partum blues**, c'est-à-dire aux situations émotionnelles à forte tonalité dépressive observées au décours de l'accouchement chez certaines mères. Les équipes soignantes des services d'obstétrique connaissent pourtant bien ce type de réaction, mais peu de cliniciens s'intéressent à la signification psychopathologique du post-partum blues, ni à sa prévention, même si des épidémiologistes ont mis en avant que l'hospitalisation en service de maternité devait être, pour chaque mère, un moment privilégié de prévention dans le domaine de la santé mentale. Et pourtant, c'est l'inverse qui semble se produire. En effet, le manque d'information sur le blues

accouchement, associé à la réduction de la durée du séjour, impose à l'équipe soignante, de façon presque systématique et univoque, d'être sensible aux *aspects somatiques de la maternité*, ce qui favorise le post-partum blues.

CLINIQUE DU POST-PARTUM

BLUES

■ **Le post-partum blues est très fréquent** : il survient quelques jours après l'accouchement chez plus d'une primipare sur deux (femme qui accouche pour la première fois). Les symptômes ont une évolution fluctuante mais de brève durée, rarement supérieure à deux semaines. Le maximum d'intensité est acquis vers le cinquième jour du syndrome. L'intensité des symptômes est variable selon la mère et son tempérament, mais rapidement le processus se normalise. Au point que certains cliniciens aient considéré le post-partum blues comme une manifestation physiologique dans l'acquisition de la maternité (sens maternel). Cette position n'explique pas cependant pourquoi une femme sur deux en souffre.

■ **On peut classer les symptômes selon leur expressivité**, en symptômes positifs et négatifs.

- **Les symptômes positifs** expriment une satisfaction, une joie, un sentiment de gravité et de responsabilité, la sensation d'un devoir accompli mais qui durera, une valorisation de soi et surtout la preuve formelle, sociale et médiatisée de la fertilité.

- **Les symptômes négatifs** sont associés, mais plus ou moins masqués. Il s'agit d'une irritabilité, d'une impression de "ne pas y arriver", ou bien d'une anxiété, d'une dépression, ou d'une labilité émotionnelle qui fait que la jeune mère passe facilement et sans transition du rire aux larmes. Au pire, on constate une confusion associée à des troubles mnésiques.



La Vierge, l'Enfant Jésus et Sainte Anne (L. De Vinci, vers 1509). Freud voyait se profiler, dans le manteau de la vierge, l'ombre d'un vautour (souligné en noir ici). Peut-on y voir le symbole d'une menace de dépression maternelle ?

Tout ce cortège de symptômes entraîne de la part de l'équipe soignante des réactions de banalisation et de rationalisation pour maintenir à distance l'angoisse dépressive de la mère. Comme l'expression de cette inquiétude n'est pas toujours tolérée, la jeune maman exprime une grande lassitude, des céphalées ou toutes sortes de symptômes somatiques qui sont là pour masquer son malaise. En réalité, le symptôme essentiel, et face auquel soignant comme jeune mère ont des difficultés à se situer, est l'ambivalence engendrée par la maternité : être mère est une lourde et longue responsabilité, tout en étant une grande joie. Et personne n'a préparé la future mère à ces sentiments contradictoires, compte tenu de la pression médiatique obligatoirement positive des représentations vis-à-vis de la maternité.

■ **L'ethnopsychiatrie** nous apprend que, comme pour l'Œdipe, le post-partum blues existe partout. En fonction de l'origine culturelle, les signes d'expression connaissent quelques variantes. Il faut cependant souligner un fait essentiel : la symptomatologie exprimée par les mères diffère de l'analyse statistique.

Les plaintes des jeunes mères concernent, par ordre croissant :

- **les troubles de l'humeur,**
- **l'hypersensibilité et l'anxiété,**
- **l'insomnie,**
- **l'inquiétude vis à vis de l'enfant,**
- **la perte d'énergie,**
- **le ralentissement,**
- **le besoin de compagnie,**
- **le manque d'allant et de vivacité,**
- **la fatigue,**
- **le manque de calme.**

■ **Les facteurs favorisants** proposés laissent une relative incertitude, puisque sont en ►

► balance des causes “neuro-endocrinologiques”, la notion du stress intense que représente la venue d’un premier enfant, ainsi qu’une certaine vulnérabilité psychique. On retrouve des facteurs non spécifiques qu’on peut classer en facteurs gynécologiques et facteurs psychiques.

• **Les facteurs gynécologiques.** Ce sont des troubles gynécologiques préexistants, comme par exemple un syndrome prémenstruel, la primiparité, un accouchement long ayant nécessité une péridurale ou une césarienne.

• **Les facteurs psychiques.** Ont été évoqués l’existence d’une struc-

ture névrotique, un refus de la grossesse ou une ambivalence, une mésentente dans le couple, un pessimisme naturel, une dépression préexistante...

Tous ces éléments ne sont pas à nos yeux des facteurs prédisposants au sens strict, mais plutôt les indices d’un terrain psychologique particulier.

■ **D’un point de vue psychologique,** il semblerait que tout se passe comme si la jeune mère avait déjà eu auparavant des difficultés avec sa propre féminité, qu’elle n’a pas pleinement assumée. Elle se retrouve trop vite et brusquement mère. Ce qui lui donne l’impression qu’est définitivement révolue la période où elle pouvait ne vivre que pour elle. La maternalité semble sonner le glas de sa féminité. Parallèlement, le post-partum *blues* se caractérise par un deuil vis-à-vis de la grossesse, de la plénitude, de l’enfant imaginaire *in utero* qui viendrait combler un vide matriciel. N’oublions pas que c’est l’accouchement qui fait la mère. Et cette mère doute d’autant plus d’être une bonne mère qu’elle est renvoyée à sa propre filiation, qui, la plupart du temps, dans ce cas-là, ne s’est pas très bien passée, et que, par ailleurs, elle subit le contrecoup de la fatigue physique et psychique de l’accouchement. Les défenses psychiques sont amoindries, la mère se sent aussi faible que son nouveau-né et appelle à l’aide en quelque sorte. C’est ce que vient signifier la période de post-partum pour Winnicott, lorsqu’il parle de la préoccupation maternelle primaire².

LA PRÉOCCUPATION MATERNELLE PRIMAIRE

■ **La mère, par cette faiblesse fantasmée qu’elle exprime,** se sent très proche de son nourrisson, s’identifie à lui, en quelque sorte, ce qui réactive d’anciennes

angoisses qui résultent de conflits non véritablement résolus, en rapport avec la prime enfance. On assiste alors à un retour de ce qui était auparavant refoulé. La jeune mère se demande avec inquiétude quel type de mère elle sera. Cette question est pour elle d’autant plus inquiétante qu’elle a eu une mère trop frustrante, à l’origine de carences, voire de maltraitance. La période du post-partum est ainsi une période très importante, dans la mesure où elle remet au travail la problématique inconsciente non élaborée et qu’elle interroge à sa façon sur la généalogie et la filiation (ce que les spécialistes appellent “la dimension transgénérationnelle”).

N’est-ce pas aussi un moyen, pour la mère, de se mettre au diapason de son enfant, de saisir les indices et les signaux qu’il émet, et qu’elle est pratiquement seule à bien savoir décoder ?

Ne peut-on pas dire que le doute sur les capacités maternelles qu’exprime le post-partum *blues* permet, en réalité, d’augmenter la sensibilité maternelle, de favoriser ensuite un attachement précoce et de qualité entre la mère et son bébé, dans un contexte très émotionnel ? Toujours est-il qu’un point nécessitera d’être élucidé : pourquoi certains post-partum *blues* d’intensité sévère évoluent-ils vers la dépression post-natale, dont la fréquence chez les accouchées est supérieure à 10 % ?

■ **Si la thérapeutique du post-partum blues repose essentiellement sur une dimension relationnelle,** cognitivo-comportementale, visant à revaloriser la mère, à étayer son narcissisme temporairement défaillant, bref, à tranquilliser le père, la mère et le bébé, il n’en est pas de même dans les dépressions maternelles post-natales qui vont nécessiter, à cause de leur gravité, le recours à la chimiothérapie.



© Voisin/Phanie

LA DÉPRESSION MATERNELLE POST-NATALE

UNE MALADIE MÉCONNUE ?

Pendant longtemps, la dépression maternelle post-natale a été méconnue, voire niée. Plusieurs raisons expliquent cette situation.

■ **Des signes dépressifs masqués** par les modifications psychologiques et physiologiques après l'accouchement sont fréquents mais peu explicités aux nouvelles mamans. Il existe d'importantes variations des comportements qui font que d'authentiques troubles dépressifs peuvent être mis, de prime abord, sur le compte du post-partum. C'est le cas, par exemple, des troubles d'alimentation et des modifications de poids de la jeune mère, des troubles du sommeil, des modifications de la libido. De ce fait, reconnaître derrière ces symptômes un état dépressif n'est pas aussi évident qu'on le croit. La nouvelle mère ne connaît pas non plus la période du post-partum et lui attribue d'authentiques signes dépressifs en les imaginant comme naturels. Enfin, les cliniciens se soucient surtout du bébé et délaissent la symptomatologie maternelle. D'ailleurs, la mère elle-même fait passer son bébé avant tout, si bien qu'elle aura tendance à négliger ou à minorer ses symptômes.

■ **Une classification balbutiante.** Les dépressions maternelles post-natales ne sont pas une vue de l'esprit et pourtant, les systèmes de classification diagnostiques ne se font pas automatiquement le fidèle reflet de son existence. Mais la clinique ne prime-t-elle pas sur la classification ?

• **Le système nord-américain de l'American psychiatric association** réserve, dans le DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)³, une place à la dépression du post-partum, mais celle-ci correspond à la

mélancolie précoce du post-partum et survient dans le mois après l'accouchement.

• **L'Organisation mondiale de la santé (OMS)**, dans sa classification, l'ICD 10⁴, distingue la dépression du post-partum et la dépression post-natale.

• **La critériologie**, science qui s'occupe de rechercher des critères fiables pour identifier les maladies, admet la même démarche avec la nécessité de certains symptômes, obligatoires pour affirmer le diagnostic, une durée pendant laquelle ces signes se sont manifestés et un changement radical dans le fonctionnement de l'individu au point de constituer un handicap temporaire.

■ **Un retard dans l'accès aux soins.** L'une des premières notions à retenir est que les équipes hospitalières psychiatriques ou les psychiatres libéraux ne voient que très rarement les mères dépressives, ce qui leur donne une approche du phénomène indirecte et plus difficile. En effet, ce sont les personnels des crèches ou des lieux dans lesquels l'enfant est gardé, les pédiatres, les gynéco-obstétriciens, les généralistes ou le personnel de protection maternelle et infantile qui rencontrent la mère. Ils sont pourtant les moins à même de diagnostiquer une dépression, ou interviennent tardivement dans le circuit des soins spécialisés, en incitant la patiente à aller consulter.

LE PARCOURS DU COMBATTANT OU L'IMPOSSIBLE DÉPRESSION

■ **Tout semble fonctionner pour interdire le droit à la dépression !**

La survalorisation de la maternité rend presque inconcevable que la jeune mère soit déprimée. Elle vient d'avoir un enfant et se doit d'être toute à la joie que chacun ressent par procuration pour elle ; il est impératif qu'elle corresponde à l'image que l'on a

d'elle. Par ailleurs, il paraît difficile qu'une jeune mère puisse analyser et décoder ce qu'elle ressent. En effet, elle vit un état psycho-physiologique qu'elle n'a jamais connu. Elle aura de la difficulté à percevoir qu'elle souffre d'une dépression. Quand bien même elle y parviendrait, elle sent bien que ses proches et son entourage la condamneraient d'éprouver un tel état. Enfin, il existe aussi des réticences des professionnels de santé à admettre l'idée d'une dépression post-natale.

■ **Toutes ces raisons rendent très malaisé le diagnostic de dépression post-natale.** Il s'agit d'un véritable parcours du combattant, tant il existe au sein de nos sociétés cet aphorisme tacite qu'une femme qui vient de devenir mère ne peut pas être déprimée. N'est-ce pas, d'une certaine façon, se voiler la face, dans la mesure où cet état dépressif maternel va avoir d'importantes conséquences sur le développement du bébé et risque ensuite de favoriser d'importantes carences affectives précoces ? C'est la raison pour laquelle nous avons évoqué la dépression anaclitique décrite par Spitz⁵.

QUE SAIT-ON DE CETTE MALADIE

La survalorisation de la maternité rend presque inconcevable que la jeune mère soit déprimée

CACHÉE ?

Jusqu'à présent, nous avons insisté sur le fait que les mères, leurs proches, l'entourage, les soignants, bref, la société toute entière, refusait l'idée de la dépression maternelle post-natale. Cela laisse logiquement à penser que, face à un tel déni, ►

NOTES

1. **Marce L.-V.**, Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices (1858), réédition L'Harmattan, 2002.

2. **Winnicott D.W.**, L'enfant, la psychée et le corps, L'école des loisirs, 1999.

3. **American psychiatric association**, DSM IV, Masson, 2004.

4. **Organisation mondiale de la santé**, CIM10-ICD 10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Masson, 1997.

5. **Spitz R.**, *Analytic depression, psychoanalytic study of the child*, International university press, 1946 : 313-42.

L'AUTEUR

Dominique Barbier, psychiatre des hôpitaux, psychanalyste, Centre hospitalier, Montfavet (84).

► il y aura très peu d'informations fiables sur cette variété de dépression. Il est vrai que c'est seulement depuis une dizaine d'années environ que l'on commence réellement à s'intéresser à la dépression maternelle post-natale. On dispose maintenant de notions précises.

■ **La prévalence de cette affection est supérieure à 10 %**, même si elle varie en fonction des populations étudiées ou des symptômes retenus. Les chercheurs ont été surpris que cette prévalence soit pratiquement identique à celle que l'on constate dans la population féminine des pays occidentalisés aux mêmes âges, en dehors du post-partum, ce qui a fait croire au départ à une "fixité biologique" de la dépression de la femme. Mais on s'est aperçu qu'il s'agissait-là d'un artefact d'interprétation. La constance du taux de dépression maternelle post-natale est liée aux variations relatives de facteurs socio-environnementaux, dont le poids est différent en fonction du type de pays. Ainsi, dans les pays occidentalisés, sont influents la modification de la fonction maternante et l'isolement, tandis que dans les pays émergents, la morbidité périnatale est un important facteur dépressif.

■ **On considère que les dépressions post-natales** surviennent sur une période préalablement et arbitrairement définie comme allant du 2^e mois après l'accouchement à la première année du post-partum. L'intérêt pour cette nouvelle catégorie de troubles provient des développements de la psychiatrie périnatale, qui se consacre à l'étude de la jeune maman et de son bébé. Mais il ne s'agit pas d'une préoccupation intellectuelle oiseuse ni d'un caprice des cliniciens pour inventer une nouvelle catégorie de

troubles. La maternité est une période qui, contrairement à ce que l'on croit, n'est pas évidente.

TÂTONNEMENTS ÉTIOLOGIQUES

■ **Certains troubles concernant la mère vont aussi avoir un retentissement sur l'enfant**, d'où la nécessité de bien les connaître pour intervenir tôt. Les premières explications aux dépressions maternelles post-natales ont suivi le modèle médical, c'est-à-dire la recherche d'un dysfonctionnement biologique. Dès 1978, on a incriminé des troubles thyroïdiens, fréquents à cette période et qui, jusque-là, étaient plutôt méconnus. Certes, il existe une vulnérabilité biologique. Mais depuis environ 6 ans, on s'oriente vers l'étude de la personnalité et l'historique des patientes, qui donne des résultats prometteurs.

■ **L'École psychanalytique** consi-

La maternité est une période qui, contrairement à ce que l'on croit, n'est pas évidente

dère les interactions entre le bébé et sa mère. Dans une perspective développementale, on peut considérer que le nourrisson fait revivre à ses parents leurs propres conflits d'attachement et de développement. Et comme ceux-ci étaient quiescents et non réglés, on peut considérer que la dépression résulte de l'incapacité à résoudre ces difficultés archaïques que le bébé vient réveiller. La mère modifie son comportement en fonction de son enfant et en même temps, elle doit résoudre ses propres difficultés enfouies. Certains psychanalystes vont même jusqu'à considérer qu'il pourrait y avoir une

transmission transgénérationnelle des conflits non résolus ; nous n'irons pas si loin !

■ **En dehors du modèle psychodynamique**, depuis une dizaine d'années environ a été développée une approche socio-environnementale. La naissance d'un enfant est un événement vital qui renvoie à un contexte socioculturel particulier, à des modèles identificatoires et sociologiques. En tant qu'événement de vie, l'individu doit se situer par rapport à lui et le surmonter. Par ailleurs, dans la plupart des sociétés occidentalisées, les attributions des rôles masculin et féminin, ainsi que les identifications, sont soumises à un changement considérable, voire à une indistinction, ce qui, d'après les sociologues, favoriserait la survenue d'un épisode dépressif maternel, la jeune maman ne sachant plus très bien si elle sera capable d'être une mère suffisamment bonne.

■ **Retenons que l'éclosion récente des modèles explicatifs**, dont aucun ne parvient à rendre compte à lui seul des phénomènes, montre que la dépression maternelle est un concept clinique pertinent qui nécessite de prolonger des investigations cliniques très prometteuses. Sans doute sera-t-on alors à même de reconnaître qu'il existe un déterminisme pluri-factoriel, qui fait de ce syndrome un concept diagnostique au carrefour de plusieurs disciplines. Il concerne, en effet, la psychologie de l'individu et la sociologie, la médecine et l'anthropologie, la biologie et la psychanalyse, la psychiatrie adulte et la psychiatrie neuro-développementale des interactions précoces mère-bébé, ce qui explique que les dépressions maternelles connaissent, à l'heure actuelle, un tel engouement de la part des chercheurs. ■