

Naissance du premier enfant, une transition développementale pour les parents.

Baby Blues et Dépression post partum.

Topo réalisé en s'appuyant sur le cours de Nathalie Coulon, Module 5 du DESS Psynpad

La transition à la parentalité est une transition importante dans le développement de l'adulte. Dans notre culture occidentale, la naissance est un événement de vie majeur. La maternité est idéalisée, mais elle entraîne aussi des remaniements psychiques importants.

La prise en compte de la détresse des parents figure comme l'une des missions de l'obstétrique nouvellement définie par les décrets d'octobre 1998 et figure également dans les missions des Commissions régionales de la naissance.

Des textes permettent aujourd'hui de dire qu'il faut donner une attention particulière aux femmes vulnérables pendant la grossesse. C'est un des nouveaux axes de la périnatalité moderne. L'expérience des psychologues est ici fondamentale pour soutenir les mères et leurs soignants, ne serait-ce que par leur connaissance des troubles psychiques ultérieurs chez l'enfant ou l'adulte.

Nous allons donc réaliser ce topo sur le baby blues et la dépression du post partum, en laissant de côté la psychose puerpérale, plus bruyante et mieux connue.

1° Le baby blues

On a longtemps pensé que le baby blues constituait un trouble psychiatrique maternel du post-partum précoce, au même titre que les psychoses puerpérales, bien que le baby blues soit plus

bénin. Mais depuis quelques années, on a bien différencié ce syndrome fréquent et polymorphe des dépressions post-natales.

▣ Fréquence et moment d'apparition

Il s'agit d'un syndrome fréquent mais non constant, rencontré chez 30 à 80% des accouchées. Cette variabilité est due à la diversité des critères diagnostiques et aux différentes méthodes de mesure. Le baby blues apparaît dans les tous premiers jours du post-partum, généralement dans les 10 premiers jours après l'accouchement.

▣ Symptomatologie

Le baby blues est constitué de manifestations psychologiques généralement mineures, à peine remarquées par l'entourage et survenant soudainement alors que tout s'est bien passé jusque là. Les signes du blues sont hétérogènes et polymorphes, mais les auteurs semblent s'accorder pour dire que les principaux symptômes sont les suivants : labilité, pleurs immotivés (fréquents chez 50 à 70% des jeunes accouchées), sentiment de confusion et irritabilité, ainsi que des troubles somatiques. Cela s'accompagne souvent de ruminations pessimistes concernant le bébé avec un sentiment de ne pas pouvoir faire face aux responsabilités nouvelles, d'être débordée voire indifférente. Néanmoins, ces facteurs ne sont guère spécifiques au blues et il n'existe pas de critère diagnostique faisant l'unanimité.

▣ Evolution

L'évolution spontanée du baby blues est habituellement favorable dans la majorité des cas, au bout de 10 jours environ. Sa résolution rapide est favorisée par l'attitude chaleureuse et maternante des proches (conjoint, famille, puéricultrices, psychologue...) qui réconfortent la jeune accouchée en la rassurant sur ses capacités maternelles. Le baby blues ne nécessite donc pas de traitement à proprement parler, sauf si celui-ci se prolonge au delà de 10 jours ,où l'on parle alors plutôt de dépression post natale précoce.

En définitive, le blues reste un mystère dans son mécanisme physiologique et dans son rôle. Cette universalité des fluctuations de l'humeur dans le post-partum immédiat pose la question de la fonction du baby blues et du rôle qu'il peut jouer dans les relations précoces mère-enfant. Il pourrait avoir fonction d'aménagement défensif pour la mère, en lui permettant de réaliser le deuil de son bébé imaginaire, et de favoriser le passage symbolique de son statut de femme enceinte à celui de mère.

2° La Dépression du post-partum

La définition la plus simple de la dépression post-partum (ou dépression post-natale) est : « dépression apparue dans les suites d'un accouchement », mais le consensus s'arrête souvent là. En effet, la dépression post-partum constitue un syndrome mal caractérisé entre les psychoses puerpérales, plus bruyantes, et le baby blues, plus bénin, avec lequel il semble néanmoins exister un continuum clinique.

▣ Critères temporels et évolution

Selon le DSM IV, la spécification « avec début lors du post-partum » ne peut s'appliquer que si le début apparaît au cours des 4 semaines suivant l'accouchement. Néanmoins, cette définition ne reflète pas l'opinion de l'ensemble des spécialistes. En effet, s'il est exact qu'une grande part des épisodes puerpéraux débute dans le premier mois postnatal, des études ont clairement démontré que le risque dépressif ne se limitait pas à ces 4 premières semaines. D'autant plus que le tableau de la première semaine postnatale est souvent dominé par le baby blues. Ainsi, les auteurs qui placent bien plus tard la frontière entre DPP et épisodes non-puerpéraux ne sont pas rares : certains parlent encore de DPP pour des dépressions apparues au cours de l'année suivant l'accouchement.

Une partie des DPP guérissent spontanément en quelques semaines ou quelques mois (entre un à 19 mois). Il semblerait que l'évolution soit moins longue que pour les dépressions classiques : les 2/3 des DPP dureraient moins de 3 mois.. Mais elles peuvent aussi évoluer au

long cours : selon certains auteurs, la moitié des femmes déprimées six semaines après l'accouchement le seraient encore un an après.

▣ Epidémiologie

La DPP a été et est encore trop souvent méconnue, alors même que les études épidémiologiques la situeraient entre 10 à 20% des accouchements. Selon certaines études, le risque de présenter un trouble dépressif pour une accouchée récente est trois fois plus important qu'à n'importe quel autre moment du reste de sa vie.

▣ Symptômes

La DPP offre un tableau clinique souvent moins bruyant que les dépressions apparues à d'autres moments de la vie, ce qui explique que le diagnostic soit souvent retardé, voire absent et qu'elles passent également souvent inaperçues de la patiente elle-même et de sa famille. Et ce, d'autant plus que de nombreuses femmes se sentent particulièrement coupables d'éprouver des sentiments dépressifs alors qu'elles devraient, pensent-elles, être heureuses. Elles sont donc réticentes à exposer leurs symptômes ou leurs sentiments négatifs.

La DPP se définit comme une pathologie dépressive atypique car souvent d'intensité modérée et accompagnée d'un risque suicidaire faible. Elle se caractérise, en plus de la symptomatologie dépressive habituelle, par une irritabilité, des crises de larmes, un sentiment d'abattement, de culpabilité, d'incapacité et d'inquiétude, centré sur les soins au nouveau-né, en dehors de tout contexte pathologique.

Ceci génère une anxiété importante qui incite parfois à la multiplication des consultations pour motifs médicaux. Ce tableau peut se compléter par des difficultés d'endormissement, des cauchemars, des troubles de la mémoire et de la concentration, des plaintes somatiques inhabituelles.

La culpabilité maternelle et les rationalisations défensives de l'entourage et du corps médical sont autant d'éléments qui font obstacle à la démarche de soins, et expliquent que la maladie peut évoluer à bas bruit pendant plusieurs années.

Cette affection, outre ses répercussions maternelles, traduit également la difficulté d'accès à la fonction maternelle, et ses conséquences dans la genèse du lien mère-enfant.

Une meilleure connaissance des troubles du post-partum nous permettra de mieux répondre à ces mères vulnérables, en agissant en amont pour prendre en charge la détresse des mères avant qu'elle ne se répercute sur les relations mère-enfant.

Bibliographie

Akrich, M & Pasveer, B. (1996). Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays Bas. Le plessis-Robinson : Synthélabo.

Bastien, V., Braconnier, M., & de Tychev, C. (1998). Dépression postnatale : Facteurs de risque et modalité de prévention (pp.139-155). In C. de Tychev (Ed.), Psychologie clinique et prévention. Paris : EAP.

Beck, C. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27,39-46.

Bee, H. (1997). Psychologie du développement: les âges de la vie. Paris, Bruxelles : De boeck Université.

Bolognini, M., & Prêteur, Y. (1998). Estime de soi : Perspectives développementales. Paris : Delachaux & Niestlé.

Chabrol, H. (1998). Les dépressions de la maternité. Paris : PUF.

Delaisi de Parseval, G., & Lallemand, S. (1998). L'art d'accommoder les bébés : Cent ans de recettes françaises de puériculture (2nde éd.). Paris : Odile Jacob.

Delzenne, V., Poinso, F., Thirion, X., & Samuelian, J. C. (1996). Vers un soin, précoce du

post-partum : travail en réseau et résultat d'une enquête épidémiologique et clinique en maternité. *Psychiatrie de l'enfant*, 34 (1), 297-331.

Godfroid, I. O., & Charlot, A. (1996). La dépression du post-partum : causes, conséquences et traitement revus pour une stratégie préventive. *Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique*, 91 (1-2), 52-56.

Guedeney, A., Bungener, C. & Widlocher, D. (1993). Le post-partum blues: une revue critique de la littérature. *Psychiatrie de l'enfant*, 36(1), 329-354.

Guidetti, M., Lallemand, S., & Morel, M. F. (1997). *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*. Paris : Armand colin.

Kaplan, M. K. (1992). *Mothers' image of motherhood*. New York: Routledge.

Knibiehler, Y. (1997). *La revolution maternelle: Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Paris : Perrin.

Kruckman, L. & Smith, S. (1998). An introduction to postpartum illness. Postpartum Support International: <http://www.pospartum.net>

Kumar R. C. (1996). Psychiatrie périnatale. In M. Dugnat (Ed), *Troubles relationnels père-mère/bébé : Quels soins ?* (pp. 57-70). Ramonville Saint Agne : Erès.

Mazet, P., & Lebovici, S. (1998). *Psychiatrie périnatale. Parents et Bébés : Du projet d'enfant aux premiers mois de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Mazet, P. & Stoleru, S. (1993). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant* (2^{ème} édition). Paris : Masson.

Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). *Postpartum depression and Child development*. New York: Guilford Press.

Romito, P. (1990). La naissance du premier enfant: Etude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression du post-partum. Neuchâtel, Paris : Delachaux et Niestlé.

Sutter, A. L. & Bourgeois, M. (1996). Les unités mère-enfant en Psychiatrie périnatale. Paris : PUF.

Taylor, V. (1996). Rock-a-by baby : Feminism, self-help, and postpartum depression. New York: Routledge.