



Faculté de Médecine

École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2019-2020

**INFLUENCE DU VECU DE LA GROSSESSE ET DE
L'ACCOUCHEMENT SUR L'APPARITION D'UNE DEPRESION DANS
LE POST PARTUM**

Manon ROUGERIE

Expert scientifique : Laurence LEBREAUD-PICHON

Expert méthodologique : Karine BOMPARD-GRANGER



Remerciements

Je tiens à remercier **Laurence Lebreaud-Pichon**, directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils, son investissement et son aide précieuse tout au long de ce travail.

Merci à Mme **Karine Bompard-Granger**, guidante de ce mémoire pour ses nombreuses relectures, corrections et pour le temps qu'elle a su m'accorder.

Je remercie également le **Docteur Raineilli**, pour ses conseils et l'intérêt qu'elle a pu porter à ce mémoire.

Merci aux **patientes** qui ont accepté de partager leur histoire en témoignant pour ce travail.

Merci à **ma famille** de m'avoir soutenu pendant toutes ces années.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Première partie : Introduction	8
1. Justification du thème de recherche.....	8
1. Définition et symptomatologie	8
2. Les facteurs de risques	8
3. Clinique d'évolution de la pathologie et ses conséquences.....	9
4. Les différents bouleversements	9
4.1. Les bouleversements pendant la grossesse	9
4.2. Les bouleversements pendant l'accouchement.....	10
Deuxième partie : Matériel et Méthode	12
5. Type d'étude.....	12
6. Population	12
7. Critères d'inclusion	12
8. Critères d'exclusion	12
9. Variables étudiées	12
9.1. Variables permettant de décrire la population étudiée.....	12
9.2. Variables permettant de retranscrire le vécu de la grossesse	12
9.3. Variables permettant de retranscrire le vécu de l'accouchement.....	13
9.4. Variables permettant de retranscrire le post-partum immédiat	13
10. Plan d'étude et méthode d'analyse des données qualitatives	13
11. Méthode de recrutement.....	13
Troisième partie : Résultats et Discussion.....	15
1. Points forts	15
2. Limites	15
3. Biais	15
4. Analyse	15
4.1. Population	15

4.2. Le vécu de la grossesse.....	16
4.2.1 Vécu psychologique.....	16
4.2.1.1. Désir, annonce et investissement de la grossesse	16
4.2.1.2. Les sentiments négatifs ressentis.....	18
4.2.1.3. Le contrôle.....	20
4.2.1.4. La culpabilité.....	21
4.2.1.5. L'accompagnement	22
4.2.1.6. La surmédicalisation	24
4.2.2 Aspects physiques	25
4.2.2.1. Les modifications corporelles.....	25
4.2.2.2. Maux de la grossesse.....	26
4.2.2.3. Activité physique et vie professionnelle	26
4.2.3 Les facteurs à repérer au cours de la grossesse	28
4.3. Le vécu de l'accouchement	28
4.3.1 Le vécu psychologique.....	28
4.3.1.1. La douleur.....	28
4.3.1.2. La durée d'accouchement	30
4.3.1.3. Le stress et l'angoisse	30
4.3.1.4. La violence de l'accouchement, le traumatisme, l'état de stress post-traumatique.....	31
4.3.2 Les facteurs à repérer pendant l'accouchement.....	33
4.4. Le vécu des suites de couches.....	33
4.4.1 Vécu psychologique.....	33
4.4.1.1. La peur.....	33
4.4.1.2. La douleur.....	33
4.4.1.3. La mise en place du lien mère enfant.....	34
4.4.1.4. L'apparition de pathologie fœtale/néonatale.....	36
4.4.2 L'allaitement.....	36
4.4.3 Le poids de la culture, des stéréotypes et de la famille	38
4.4.4 Les facteurs à repérer en suites de couches	39
4.5. Le manque d'information.....	39
4.6. Points à améliorer dans les pratiques	40
Conclusion	42
Références bibliographiques	44

Annexes	47
---------------	----

Glossaire

- DPP : Dépression du Post-Partum
- FCS : Fausses Couches Spontanées
- SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- EPP : Entretien Prénatal Précoce
- EPDS : Echelle de Dépression du Postnatale d'Edinburgh
- DSM 5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux
- GEGA : Groupe d'Etude Grossesse et Addiction
- MTIBS : Mother to Infant Bonding Scale

1. Justification du thème de recherche

La dépression du post-partum est un réel enjeu de santé publique du fait de sa prévalence allant de 10 à 15 % dans le post-partum, mais aussi de par ses conséquences sur le lien mère enfant qui peut être altéré par cette pathologie. [1,2]

La dépression du post-partum est une pathologie de la périnatalité de plus en plus décrite. Cependant, il existe toujours des difficultés de dépistage et de diagnostic. Seulement la moitié des patientes présentant cette pathologie seraient reconnues comme malades par leur médecin généraliste ou par les autres professionnels de santé [1].

1. Définition et symptomatologie

La dépression du post-partum apparaît principalement comme un baby blues qui se prolonge. Le début est insidieux et difficile à dépister. Elle peut survenir pour une première grossesse comme pour les suivantes. [1]

Plusieurs symptômes peuvent faire évoquer une dépression du post-partum, celle-ci a la particularité de débiter majoritairement lors du 1^{er} trimestre du post-partum jusqu'à la fin de la 1^{ère} année suivant l'accouchement. Cette période de stress liée aux modifications biologiques, notamment la chute hormonale qui fait suite à l'accouchement, est plus à risque de développement de troubles psychiatriques. [1,2,3,4]

Elle se manifeste par un syndrome dépressif classique décrit dans la DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual of Disorder) [5] associant une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt pour la quasi-totalité des activités, des troubles alimentaires, du sommeil, un ralentissement psychomoteur, une forte fatigue, un sentiment de dévalorisation ainsi que des troubles cognitifs et parfois des idées suicidaires.

Des symptômes plus spécifiques se surajoutent lors d'une dépression du post-partum tels qu'une labilité émotionnelle, des pleurs réguliers, un état dysphorique, des plaintes somatiques, une irritabilité, une agressivité, un épuisement généralisé, une perte d'estime de maternage ou encore un sentiment de culpabilité. [1,2,5,11]

L'impression d'être « une mauvaise mère » est souvent présente et peut s'accompagner de nombreuses craintes et angoisses tournant autour du bébé. La mère déprimée exprime souvent plus aisément ses souffrances à travers les doléances concernant son bébé et des consultations répétées pour un nourrisson peuvent être un stigmate de dépression. [1,6,8]

2. Les facteurs de risques

Dans la littérature, de nombreux travaux ont pu démontrer le rôle de certains facteurs de risques dans l'apparition de cette pathologie :

- Des **antécédents personnels et familiaux de troubles psychiques** (dépression, anxiété) [6,9]
- Des **difficultés sociales, économiques, un faible soutien de l'entourage** [1,3,8,9]

- Des **événements personnels et familiaux traumatisants** (violences physiques, psychologiques ou sexuelles, deuil récent) [1,3,4,6,8,9,10]
- Des **antécédents gynécologiques** (antécédents de fausses couches ou d'interruption de grossesse) [1,9]
- Des **facteurs de risques obstétricaux** (événements obstétricaux stressants, la douleur, la peur, une hémorragie du post-partum) [1,9,10]

3. Clinique d'évolution de la pathologie et ses conséquences

Les conséquences et la sévérité de la dépression du post-partum sont sous-estimées. La durée d'une dépression du post-partum est variable selon les auteurs, allant de quatre à trente six semaines. [1]

Si les dépressions du post-partum se déclarent sous des formes mineures (rapidement résolutive) et sont bien prises en charge, l'évolution est plutôt favorable.

Les dépressions majeures (qui perdurent dans le temps) ont un pronostic plus défavorable avec la persistance de troubles dépressifs pendant plusieurs mois et un risque de récurrence de ces troubles [1]. Selon le 5^{ème} Rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), entre 2011 et 2012, le taux de suicide suite à une dépression du post-partum était de 0,4 %. [11] Il s'agirait donc de la 2^{ème} cause de mort maternelle, après l'hémorragie de la délivrance, pour laquelle des progrès de prise en charge ont été faits. Ce rapport serait à nuancer, le taux de suicide suite à une dépression, serait sous estimé.

Après la prise en charge, il peut y avoir plusieurs conséquences de cette pathologie sur la mère, comme sur l'enfant.

Chez la mère, on peut percevoir une persistance de la dépression ou de troubles anxio-dépressifs. Un risque de récurrence de 30 à 50% pour les grossesses ultérieures a pu être mis en évidence. [12]

Chez l'enfant, le lien avec sa mère étant altéré, on peut voir apparaître des troubles relationnels, comportementaux, du sommeil, affectifs ou alimentaires lors de l'enfance. [12]

Cependant les connaissances actuelles ne semblent pas suffisantes pour permettre un dépistage optimal. Il n'y a pas de réel lien décrit entre le vécu de la grossesse et de l'accouchement et l'apparition d'une dépression dans le post-partum.

4. Les différents bouleversements

4.1. Les bouleversements pendant la grossesse

La grossesse en elle-même est une période assez délicate dans la vie d'une femme où elle passe du statut de fille à celui de mère. Dans la relation conjugale, on passe de la dyade à la triade. De plus, des modifications psychiques peuvent apparaître chez ces mères. En effet, des remaniements psychologiques se développent tels que la transparence psychique (lorsque des représentations inconscientes habituellement refoulées deviennent plus accessibles à la conscience), pouvant faire réapparaître des conflits latents anciens. L'ambivalence (apparition spontanée de deux sentiments opposés) des désirs de la femme, la met dans une position contradictoire, pouvant perturber son fonctionnement psychique. [13]

Les modifications corporelles liées à la grossesse peuvent aussi affecter le psychisme de la femme. En effet, cette modification au fil des mois peut être gênante pour la femme qui se voit prendre du poids et voit son corps se mouler autour de cet enfant, qu'elle idéalise mais qu'elle ne connaît pas encore vraiment, la renvoyant alors à un sentiment d'ambivalence [13].

L'anxiété, présente de façon normale chez toute femme enceinte, est beaucoup plus marquée chez les femmes à risque de dépression du post-partum. En effet, d'après Heim [14], 15% des femmes ayant eu une dépression du post-partum présentaient un état anxieux au premier et troisième trimestre de leur grossesse, plus ou moins associé à des troubles du sommeil et des troubles somatiques (démangeaisons, douleurs dorsales persistantes). [7,15]

De plus, les maux de la grossesse (nausées, vomissements, asthénie) peuvent affaiblir la mère en devenir, tant sur le plan physique que psychique. Ces maux, physiologiques ou liés au psychosomatique, sont des facteurs de risque de développer une dépression du post-partum [7]. L'apparition de pathologies de la grossesse peut également affecter la femme sur le plan psychologique et entraîner un mauvais vécu de la grossesse [13].

4.2. Les bouleversements pendant l'accouchement

L'accouchement peut avoir un réel rôle dans l'apparition d'une dépression du post-partum en s'apparentant à un événement de stress majeur. Une étude décrit que 45% des femmes évoquent leur accouchement comme un facteur de stress majeur [16]. Ceci peut perturber sur le plan psychologique et amener par la suite à une dépression.

Un tiers des femmes considèrent l'accouchement comme une expérience traumatique [10,17,18,19], pouvant mener à un état de stress post traumatique dans 1.7 à 6 % des cas [18].

L'accouchement peut être accompagné de complications fœtales ou maternelles. La durée du travail, la douleur, la fatigue ainsi que la peur peuvent en faire un moment plus traumatisant [17,18]

Le traumatisme de l'accouchement risque d'être majoré si se surajoutent alors une instrumentation, une épisiotomie, une césarienne [17,18] ou bien une hémorragie de la délivrance [10]. Ces facteurs peuvent alors transformer le vécu de l'accouchement : la mère peut le percevoir comme une menace vitale pour elle ou son enfant [10,17,18].

De plus, les modifications corporelles présentes pendant 9 mois vont alors disparaître. Cela peut alors désorienter la mère qui s'était approprié ce corps pendant la durée de la grossesse. [13]

Par la suite, la mère peut être fragilisée par la confrontation entre l'enfant fantasmé et l'enfant réel [13]. L'image de cet enfant et ce qu'il représente, peuvent rappeler ensuite à la mère l'expérience traumatique qu'elle aura vécue. Cette reviviscence pourra alors déclencher des troubles du post-partum et avoir un impact sur les interactions mère-bébé. [1]

Il semble donc intéressant d'analyser le discours des femmes ayant souffert de cette pathologie, afin d'en faire ressortir les thèmes principaux pour permettre de mieux repérer cette pathologie, de faire un diagnostic plus précoce et de mettre en place une prise en charge adaptée.

A travers ce travail, il nous a semblé important de se demander quel vécu de la grossesse et de l'accouchement ont les femmes ayant présenté une dépression du post-partum, suivies par la filière de psychiatrie périnatale de Limoges.

L'objectif principal de ce travail est de faire un bilan rétrospectif du vécu de la grossesse, de l'accouchement ainsi que du post-partum des femmes ayant fait une dépression du post-partum et suivies à l'UMB de Limoges.

L'objectif secondaire est de répertorier les comportements et les facteurs qui doivent alerter les professionnels de santé durant la grossesse et l'accouchement sur le risque de développer une dépression du post-partum.

5. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, analytique, unicentrique réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs.

6. Population

La population était composée de 10 femmes ayant présenté une dépression dans le post-partum, recrutée au sein de la filière de psychiatrie périnatale du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

7. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Le diagnostic de dépression devait être posé dans le post-partum
- L'absence de pathologie psychique connue avant la grossesse
- Une dépression du post-partum stabilisée sur le plan clinique et médical permettant d'avoir un entretien avec ces femmes sans aggraver leur pathologie, avec l'avis du psychiatre de la filière.
- Le diagnostic de dépression du post-partum datant de moins d'un an afin d'éviter le biais de mémorisation

8. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Les mères mineures
- Les mères ne parlant pas français ou le comprenant difficilement
- Les mères déficientes intellectuelles ou handicapées

9. Variables étudiées

9.1. Variables permettant de décrire la population étudiée

Ces variables ont permis de déterminer le statut socio-professionnel et obstétrical de chaque patiente :

- L'âge
- Le statut professionnel
- Le statut marital
- La gestité, la parité

9.2. Variables permettant de retranscrire le vécu de la grossesse

Ces variables ont permis de décrire le vécu de la femme en fonction des différentes étapes qu'elle a pu vivre tout au long de sa grossesse :

- Vécu face à l'annonce de la grossesse
- Vécu des modifications corporelles

- Vécu des modifications psychiques
- Vécu des maux de la grossesse
- Vécu des pathologies éventuelles pendant la grossesse
- Accompagnement durant la grossesse
- Suivi de la grossesse (consultations, échographies)

9.3. Variables permettant de retranscrire le vécu de l'accouchement

Ces variables ont permis de décrire le vécu de la femme en fonction des différentes étapes qu'elle a pu vivre tout au long de son accouchement :

- Circonstances de mise en travail
- Vécu de la douleur, de l'analgésie
- Vécu de la durée du travail
- Prise en charge médicale et psychologique
- Eventuelles pathologies fœtales ou maternelles apparues pendant le travail
- Mode d'accouchement, dystocies
- Efforts expulsifs
- Lésions périnéales
- Complications de la délivrance

9.4. Variables permettant de retranscrire le post-partum immédiat

Ces variables ont permis de retranscrire le vécu de la femme post-accouchement et lors de sa première rencontre avec son enfant.

- Vécu de la rencontre avec l'enfant
- Vécu des surveillances du post-partum
- Vécu des éventuelles pathologies néonatales ou maternelles du post-partum (hémorragie de la délivrance).

10. Plan d'étude et méthode d'analyse des données qualitatives

Pour atteindre les objectifs de cette étude, les entretiens ont été réalisés auprès des patientes entre janvier 2019 et octobre 2019. Une trame d'entretien (annexe 1) a permis d'interroger les patientes, testée lors d'un pré-test afin de l'ajuster. Les entretiens ont été enregistrés après l'accord écrit de la patiente puis retranscrits anonymement sous Word ©. Une analyse de discours et un séquençage par thèmes a été réalisé permettant de rechercher les éléments qualitatifs témoignant de la qualité du vécu de la grossesse et de l'accouchement. Les thèmes principaux des entretiens ont été dégagés permettant ainsi de répondre à la question de recherche.

11. Méthode de recrutement

Les patientes ont été recrutées avec l'aide du Dr. Rainelli, psychiatre du service.

Au préalable, un document explicatif de l'étude (annexe 2) a été remis aux patientes lors d'un rendez vous avec la psychiatre du CH Esquirol. Si les patientes acceptaient de participer à l'étude, leur coordonnées m'étaient transmises par le médecin et je les recontactais par téléphone afin de me

présenter et de planifier un rendez vous. Le lieu de rendez vous était situé dans les locaux de la filière de psychiatrie périnatale. Le jour de la rencontre, une information sur l'étude était à nouveau dispensée et leur consentement écrit était ensuite récupéré.

1. Points forts

Peu d'études se sont intéressées au vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes ayant souffert de dépression du post-partum. Notre étude permet donc d'apporter un éclairage sur le vécu de ces femmes et des connaissances sur les facteurs de risques de la dépression du post-partum.

Un nombre suffisant de patientes a souhaité participer à notre étude et a accepté de nous rencontrer.

Un bénéfice de raconter leur histoire a été exprimé par les patientes.

2. Limites

Des patientes éligibles n'ont pu être incluses, malgré mes relances téléphoniques car elles n'ont pas donné suite. On peut supposer que cela leur était difficile de raconter leur histoire car il s'agit d'un sujet personnel et délicat.

Nous pouvons également évoquer la limite de prévarication. Les femmes me rencontrant pour la première fois lors de l'entretien, il est possible qu'elles aient omis de me restituer certains détails de leur histoire.

3. Biais

Lors de la réalisation de cette étude, certains biais n'ont pu être évités, notamment le biais de mémorisation. En effet, les patientes étant vues en entretien quelques mois après leur accouchement, ont pu oublier certains éléments de leur histoire.

On peut également évoquer un biais de sélection. Les patientes n'ayant pas donné suite à mes appels, étaient peut être les patientes les plus fragiles. De plus, on remarque que celles ayant souhaité me rencontrer sont pour la majorité issue d'une catégorie professionnelle supérieure. On peut supposer que ces catégories socioprofessionnelles ont pu être plus intéressées ou sont plus à risque de dépression du post-partum, mais aucune donnée de la littérature n'ont pu confirmer cela.

Le biais de sélection peut aussi être évoqué du fait des différents stades de la maladie chez ces patientes [annexe 3]. N'ayant pas toutes les mêmes traitements, le même suivi, leur discours peut varier.

Le biais de méthodologie peut aussi être évoqué. En effet, le premier entretien réalisé semble être plus directif que les entretiens suivants, de part mon manque d'expérience.

4. Analyse

4.1. Population

Un tableau récapitulatif des 10 patientes interrogées ainsi que leurs caractéristiques a été réalisé afin de présenter la population étudiée. [Annexe 3]

A travers l'analyse de cette population, nous nous rendons compte que la majorité des patientes interrogées sont issues de catégories socioprofessionnelles supérieures (3 enseignantes et 4 infirmières).

Les primipares sont également majoritaires dans notre population (7 patientes sur 10). Nous pouvons supposer qu'elles sont plus touchées que les multipares, ce qui est déjà évoqué dans la littérature. [20]

4.2. Le vécu de la grossesse

4.2.1 Vécu psychologique

4.2.1.1. Désir, annonce et investissement de la grossesse

- **Désir de grossesse**

Le désir désigne la sensation d'attraction et d'attente à l'égard de quelqu'un ou quelque chose. Le désir de grossesse est donc l'attente et le souhait d'avoir un enfant. Celui-ci se présente souvent comme une démarche consciente, voire programmée, s'intégrant dans un projet de couple. Mais il arrive que parfois le projet conscient soit inexistant et la naissance devient complètement inattendue. [21]

Dans les entretiens réalisés, 8 patientes exprimaient leur désir et leur envie d'avoir cet enfant.

Mme E. décrivait clairement qu'il s'agissait d'un projet construit et préparé « *il s'agit d'un nouveau conjoint, avec une situation de couple beaucoup plus accomplie, sereine, choisie [...] cette grossesse c'est l'aboutissement d'un projet de vie commun* ». La connaissance de cette grossesse entraîna un sentiment de joie chez cette femme « *euh... j'étais super contente forcément* »

Mme G. parlait également « *d'une grossesse désirée* » rendant le couple « *fou de joie* ».

Pour Mme I., cette grossesse était aussi désirée, mais à risque du fait de la pathologie génétique présentée par la maman. Il s'agissait selon elle d'une « *grossesse très désirée, mais ...euh... on a pris le risque* ». L'annonce de cette grossesse généra alors de la joie « *nous étions ravis* », « *heureux de ce bonheur* ». Cette grossesse qui était « *très attendue par le papa* » avait permis de renforcer des liens dans le couple « *nous étions très complices [...] cela nous a permis de nous rapprocher* ».

Mme J. a décrit une « *grossesse désirée, attendue depuis 6 mois* » et avoua avoir été « *super heureuse* » lors de l'annonce.

Une seule patiente a fait face à une grossesse inopinée. Cette annonce engendra alors du désarroi, du fait du non désir qui l'entourait.

Mme D. disait « *euh moi j'étais enceinte d'un bébé euh ... ni attendu, ni désiré ...enfin.. ; euh... ça m'est tombé dessus [...] d'un seul coup c'était très surprenant* ». L'apparition de cette grossesse généra d'ailleurs chez cette patiente une certaine sidération, elle répètera à plusieurs reprises « *eh merde je suis enceinte quoi !* » comme si tout cela n'était pas réel.

Quant à Mme B., elle tenait un discours très ambivalent concernant son désir de grossesse. Elle expliquait en début d'entretien qu'il s'agissait « *d'une grossesse désirée* » mais disait ensuite « *soit je*

tombais enceinte euh [...] soit je ne tombais pas enceinte [...] bref au pire si ça marche pas c'est pas grave ». On pouvait alors se questionner sur son réel désir de grossesse.

Nous remarquons donc que les discours divergent en ce qui concerne le désir de grossesse chez ces patientes. En effet, la grossesse peut être désirée, ambivalente ou au contraire il peut s'agir d'une grossesse totalement inopinée.

Dans la littérature, M. Spiess explique que lors d'une grossesse, le travail psychique est complexe, difficile et qu'il ne va pas forcément de soi alors même que l'enfant était voulu. Elle distingue plusieurs étapes dans le déroulement de la grossesse notamment « l'être enceinte » qui est marquée par la confrontation du souhait de grossesse à sa réalisation complète. C'est un temps de sidération et de vacillement. [22]

Dans notre population, les femmes qui désiraient cette grossesse semblent plutôt bien accepter celle-ci. Le travail psychique à réaliser semble plus facile car il s'agit d'un projet réfléchi.

Mais pour les femmes dont la grossesse est inopinée ou ambivalente, un travail psychique plus complexe semble être nécessaire pour accepter cette grossesse. Le sentiment de sidération paraît être très présent chez ces patientes. Nous constatons notamment chez Mme B., l'emploi d'un ton étonné, tout au long de l'entretien. La surprise et l'incompréhension se lisaient sur son visage lorsqu'elle relatait ses propos. Un temps d'assimilation et d'acceptation de la grossesse est alors nécessaire pour ces femmes. Cela peut être délétère pour la santé mentale de la femme par la suite, une étude de la Royal Academy of Psychiatrie [23] relate qu'une grossesse non désirée est associée à un risque accru de troubles psychologiques par la suite. Cela pourrait être corrélé à la dépression du post-partum. De plus, si cette non-acceptation perdure dans le temps, nous remarquons que des conséquences peuvent alors apparaître comme un désinvestissement de la grossesse.

En effet, les 2 patientes dont la grossesse était inopinée ou non désirée, présentent un désinvestissement concernant la grossesse.

- **Investissement de la grossesse**

L'investissement est l'action de mettre quelqu'un en possession d'une fonction, d'un statut. Ici, nous nous intéressons donc à l'action de mettre la femme en possession de son statut de future mère. Ce statut commence à s'acquérir au cours de la grossesse. [21]

Au cours des entretiens, 2 des mères déprimées ont exprimé le fait que lors de leur grossesse, elles ont présenté une difficulté à investir celle-ci.

Pour Mme D. par exemple, il s'agissait d'une grossesse incertaine du fait de pathologies, entraînant une difficulté d'investissement « *J'investis ? J'investis pas ? euh ... (blanc) Est-ce que ça va tenir ? Parce que moi je perdais mes bébés, euh ... entre 9 et 13 semaines à peu près* ». Ce désinvestissement pour cette grossesse faisait qu'elle percevait celle-ci comme « *encombrante* ».

Mme B. disait aussi « *je ne réalisais pas que j'étais enceinte* », « *je ne pense pas avoir pris ma place de maman* » ; ce qui interrogeait aussi sur l'investissement lors de cette grossesse.

L'investissement pendant la grossesse permet d'acquérir petit à petit son statut de mère, de considérer le fœtus comme une personne. On se rend compte par la suite, que l'établissement du lien mère enfant fut compliqué chez Mme B et Mme D. L'investissement émotionnel de l'enfant

pendant la grossesse semble avoir une importante dimension, favorisant l'interaction avec le bébé par la suite [24].

Les femmes déprimées et anxieuses présenteraient un moindre investissement émotionnel à l'égard du bébé. Ces mères montreraient plus d'émotions négatives envers leur bébé pendant la grossesse. Nous pouvons donc supposer que ces 2 patientes présentaient déjà dès le début de leur grossesse un état dépressif ou du stress qui pourrait être à l'origine de ce désinvestissement, puis de dépression du post-partum par la suite.

Ce manque d'investissement peut être mis en parallèle avec l'indisponibilité psychique présente chez 2 des femmes interrogées.

- **Indisponibilité psychique**

Pour Mme D. il s'agissait d'une grossesse « *encombrante* » qui venait chambouler sa vie de famille déjà construite avec son mari et sa fille. Elle disait clairement : « *cette grossesse m'empêchait d'être disponible pour ma fille* », « *je l'ai subie* ». Cela pouvant s'expliquer par le non désir qui entourait cette grossesse.

Pour Mme E., les violences psychologiques exercées par son ex-conjoint la rendaient indisponible psychiquement pour sa grossesse « *j'avais cette charge émotionnelle pendant ma grossesse qui pesait* ». Elle disait effectivement avoir vécu « *des violences psychologiques très, très fortes [...] qui ont créé beaucoup de souffrances* ». Elle se préoccupait beaucoup de ses deux premiers enfants pendant sa grossesse, se préoccupant beaucoup moins d'elle-même et de sa grossesse.

Nous pouvons supposer que cette indisponibilité psychique pourrait induire un manque d'investissement.

4.2.1.2. Les sentiments négatifs ressentis

- **L'incertitude**

L'incertitude désigne le fait de ne pas être sûr de quelque chose. [21] 3 femmes exprimaient ce sentiment, notamment en début de grossesse, concernant l'aboutissement de celle-ci.

C'est le cas de Mme H., elle disait : « *euh ... je ne savais pas non plus si je pouvais avoir des enfants ou pas (présence d'un syndrome des ovaires polykystiques chez cette patiente), c'était aussi une interrogation* ». Elle se posait beaucoup de questions au cours de la grossesse, exprimant cette incertitude « *il y a plein d'inconnu, on se pose quand même des questions [...] Comment on va gérer la douleur, comment ça va se passer...* ».

Pour Mme A. par exemple, sa grossesse faisait suite à une fausse couche récente, elle déclarait « *euh j'avais peur de l'échec, peur que ça recommence* ».

Mme E. a abordé ce thème. Son fœtus présentant potentiellement des pathologies et de part ses antécédents de fausses couches, elle avouait être incertaine quant à l'aboutissement de la grossesse, « *en fait moi je perdais mes bébés entre 9 et 13 semaines à peu près* », « *donc euh... on pouvait décider d'un arrêt de cette grossesse* ». Cette question d'incertitude impactera chez elle l'investissement de sa grossesse.

On se rend compte que ce sentiment d'incertitude est souvent présent dans notre population chez des patientes porteuses de pathologies pré existantes à la grossesse (SOPK, fausses couches à

répétition). Ces différentes pathologies peuvent atteindre leurs capacités reproductives, le sentiment de ne pas être capable de mener une grossesse à terme peut alors être présent. Cela génère alors bon nombre de doutes. Une fois la grossesse déclarée, les répercussions psychologiques que peuvent avoir ces pathologies sur la femme, les font douter et les rendent incertaines. La présence antérieure de pathologies gynéco-obstétricales fait d'ailleurs partie des facteurs de risques de dépression du post-partum [1]. Généralement cette incertitude concernant l'aboutissement de la grossesse provoque de la peur, de l'anxiété ou du stress chez ces femmes.

- **La peur**

La peur est l'émotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace. [21] Ce sentiment de peur est présent chez 4 des patientes interrogées.

Pour Mme H. cette peur était présente dès son désir de grossesse. La patiente souffrant du Syndrome des Ovaires Polykystiques, avait peur de ne pas pouvoir avoir d'enfants *« j'avais toujours des peurs, des interrogations »*. Puis l'apparition de contractions en cours de grossesse, a généré de la peur supplémentaire *« ça m'a fait peur, je me suis dit mince, en fait tu joues peut être un peu trop là et ça peut être dangereux »* ce qui génère une *« angoisse de prématurité »*. Cette angoisse a alors eu des répercussions sur le sommeil de la patiente : *« j'ai rêvé que j'accouchais prématurément, que le bébé était malformé enfin voilà (rictus gêné) »*. Elle déclara qu'une fois le terme de viabilité passé, ses angoisses ont peu à peu diminué.

Pour Mme A., une diminution des mouvements actifs fœtaux au cours de la grossesse a généré ce sentiment : *« on a eu un petit peu peur »*.

Mme J. exprimait aussi un sentiment de peur de part son hyperémèse gravidique *« j'avais très peur de perdre mon bébé, qu'il ne puisse pas avoir une bonne évolution, ... (blanc) c'était très dur psychologiquement »*

Ce sentiment de peur pendant la grossesse peut s'expliquer par l'incertitude, l'inconnu que représente cette grossesse. Des risques existent pendant une grossesse comme la perte fœtale, l'apparition de pathologies qui peuvent majorer ce sentiment de peur. Les femmes interrogées sont souvent plus inquiètes pour leur fœtus pendant la grossesse. Nous remarquons que Mme A., Mme J. et Mme H. sont toutes 3 primipares. On pourrait supposer que ce sentiment de peur est majoré par la primiparité, du fait de l'inexpérience de ces femmes. Une étude confirme cette hypothèse et suggère que la peur pendant la grossesse chez les nullipares pourrait prédire une dépression dans le post-partum. [20]

Mme F. dit présenter ce sentiment avant même d'être enceinte, du fait de l'état de grossesse en lui-même : *« j'avais une grosse peur de la grossesse », « grosse phobie de la grossesse », « ben l'état de femme enceinte que je méprisais complètement quoi ... (blanc) »*. Cette peur s'est amplifiée lorsqu'elle découvrit sa grossesse, générant du stress. L'apparition d'une menace d'accouchement prématuré entraîna une peur supplémentaire quant au bien être de son bébé *« pour la première fois j'ai eu peur de perdre mon bébé »*. Ici se dégage aussi de l'ambivalence : cette femme exprime clairement une peur de la grossesse mais elle exprime aussi la peur ressentie quant à la perte de cet état et la perte de cet enfant. Il y a donc un certain attachement face à cet état de grossesse et face à l'attente de cet enfant.

Chez Mme F., nous pouvons évoquer la notion de tocophobie (ou peur extrême de la grossesse et de l'accouchement). Cette notion récente serait présente chez 2,5% à 4,5% des femmes. Elle se

traduirait par une forte anxiété pendant la grossesse et serait un facteur de risque majeur de dépression du post-partum selon une étude finlandaise [25].

- **Le stress**

Ce sentiment de peur génère du stress et de l'angoisse. Le stress est l'ensemble des réponses d'un organisme soumis à des pressions de la part de son environnement, il s'agit d'un mécanisme de réponse qui peut conduire à de l'anxiété ou de l'angoisse. [21] Deux des patientes interrogées abordent ce sentiment de stress majeur.

Pour Mme G. cette grossesse faisait suite à une première grossesse compliquée. Elle entamait donc cette nouvelle grossesse avec beaucoup de stress *« j'étais heureuse mais stressée [...] je savais que cela ne serait pas facile »*. Le suivi de grossesse et la relation avec sa sage femme ne se passant pas très bien elle déclarait que cela *« a participé à l'apparition d'un certain stress et d'une certaine angoisse »* ; *« je savais que l'environnement dans lequel j'allais accoucher n'allait pas me rassurer. Je n'y allais vraiment pas sereine »*

Mme J. ressentait *« beaucoup de craintes et d'angoisses »* de part son histoire personnelle *« ma mère ne s'est pas occupée de moi étant enfant... (blanc) et j'avais très peur de reproduire le même schéma avec mon enfant »*.

Les causes de stress sont ici très polymorphes. L'environnement et l'histoire personnelle des femmes interrogées impactent le vécu de leur grossesse. On peut supposer que cela génère de l'insécurité chez ces femmes. La grossesse favorisant des réémergences psychiques, ces femmes aux histoires de vie difficiles peuvent voir resurgir en elle des épreuves de leur vie qui les fragilisent pendant la grossesse. De plus, le stress et l'angoisse pendant la grossesse font parti des facteurs de risques de dépression du post-partum déjà mis en évidence.

4.2.1.3. Le contrôle

On entend par contrôle le fait de maîtriser, de garder la commande de quelque chose. On remarque chez certaines patientes, cette volonté de vouloir diriger leur grossesse. On sait pourtant qu'une grossesse et un accouchement se passent de manière aléatoire et indépendante à la personne. On ne peut donc pas avoir une maîtrise parfaite des événements et tout doit être envisageable. [21]. 3 des patientes interrogées expriment la nécessité pour elles, d'avoir ce sentiment de contrôle, de maîtrise.

Mme B. l'évoquait au cours de l'entretien, concernant sa grossesse *« il fallait que tout soit parfait »*. Même lors de son accouchement, elle déclarait qu'elle avait *« l'envie de bien faire, de tout contrôler »*. La notion de perfection est très présente chez cette patiente.

Pour Mme A., on perçoit également un certain souhait de contrôler son accouchement, de part la réalisation d'un projet de naissance *« j'avais le projet d'un accouchement physiologique sans péridurale et tout ça, ça faisait plus d'un an que je me préparais à ça, je ne me voyais pas avoir une césarienne »*. Pour elle la césarienne était inconcevable. Le fait que son accouchement ne se passe pas comme elle l'avait envisagé, a entraîné chez elle l'effondrement d'un projet construit depuis longtemps : *« j'étais effondrée »* dit-elle. Elle a du alors faire face à une désillusion *« après peut être que je me suis mise beaucoup de pression sur cet accouchement que je voulais réussir et du coup... je ne l'ai pas vécu et je me suis concentrée sur la césarienne »*.

Le contrôle serait avant tout un mécanisme de défense qui exprime un besoin de protection émotionnelle et affective. Ce mécanisme ferait bouclier à la peur, mais aussi être perçu inconsciemment comme une méfiance à l'égard de son désir avec l'envie de vouloir le juguler. Cette position préventive pourrait conduire à un état de tension permanente conduisant au stress et faire le lit d'une dépression par la suite. [26]

Nous pouvons supposer que ce manque de flexibilité ne tient pas compte des imprévus pouvant apparaître au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Lorsqu'ils surviennent, les patientes ressentent alors une désillusion et une déception. Une préparation aux différentes éventualités pouvant survenir au cours de la grossesse et de l'accouchement semble nécessaire. Cela pourrait se faire notamment par le biais de la préparation à la naissance.

Pour Mme H. le fait « *de ne pas pouvoir anticiper* » son arrêt de travail a généré de la culpabilité : « *ça m'embêtait, je ne voulais pas déranger mes collègues* ». On peut supposer que Mme H. souhaitait contrôler son activité professionnelle. Elle reconnaît cependant, « *ça m'a fait du bien d'être arrêtée* ». Nous voyons que chez cette patiente, le lâcher prise faisant suite à son arrêt de travail lui a permis d'aller mieux.

4.2.1.4. La culpabilité

La culpabilité est le fait de ressentir un sentiment de faute, que celui-ci soit réel ou imaginaire. [21]

Trois patientes ressentent ce sentiment, notamment lors de l'apparition d'une pathologie en cours de grossesse.

Pour Mme B., le fait de ne pas avoir vu qu'elle était enceinte, lui a fait ressentir de la culpabilité : « *avec beaucoup de culpabilité de n'avoir rien vu* ». Cette culpabilité est réapparue au moment de l'accouchement « *je n'étais pas au courant que j'étais enceinte, visiblement, je ne suis pas au courant que je vais accoucher non plus ... Vraiment un boulet, je me suis dit c'est pas possible quoi !* ». On peut aussi évoquer ici un sentiment d'auto dévalorisation. Ces sentiments étaient toujours présents en suites de couches, la patiente a rejeté la faute sur elle-même et semble encore en souffrir « *c'est embêtant de commencer sa vie de famille en ayant fait pleurer son conjoint, en ayant pensé qu'on pouvait mettre en difficulté son bébé* ».

Pour Mme H., la culpabilité était due à sa mauvaise intuition en ce qui concerne le sexe de son bébé « *ma mauvaise intuition pendant la grossesse, vraiment je m'en suis voulue [...] j'avais peur que lui le ressente, qu'il se sente exclu, beaucoup de craintes* ». On peut ici évoquer la notion de déni quant au sexe de son bébé.

Pour Mme A. l'apparition d'un oligoamnios lui a fait directement se demander « *euh c'est dû à quoi ? ...Qu'est ce que je peux faire pour régler le problème ?* ». On voit ici que la patiente se remet directement en question.

Ce sentiment de culpabilité est probablement lié au fait que la mère portant dans son corps son enfant, se sent responsable de tout ce qui peut lui arriver. Cela pourrait donc traduire un certain attachement à son enfant avec la notion de protection de celui-ci.

4.2.1.5. L'accompagnement

L'accompagnement est l'action de soutenir, empêchant de défaillir en rendant des forces. La grossesse étant une période de particulière vulnérabilité psychique et de remaniement, il est important de soutenir la future mère en devenant. [21]

- **L'accompagnement familial**

Une seule patiente signale avoir eu un mauvais accompagnement familial. Il s'agit de Mme A., son conjoint ne l'a pas assez soutenue dans cette épreuve « *mon mari c'était une autre dimension quoi [...] il faisait sa petite vie mais il ne se rendait pas compte de l'état dans lequel j'étais* » ; « *on a entamé une thérapie de couple avec mon mari enfin la naissance d'un enfant ça fait tout péter dans la vie de couple* ». Les autres membres de sa famille ne l'ont pas non plus suffisamment soutenue selon elle « *ma mère a vite compris mais a essayé de noyer le poisson* ».

- **L'accompagnement médical**

En ce qui concerne l'accompagnement médical, 4 des patientes s'accordent à dire que le suivi par une sage femme libérale et les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ont été bénéfiques et soutenant pour elle.

Mme D. « *ma sage femme libérale m'a permis de mettre un peu de douceur dans ce monde de brutes et de me reconnecter avec ma grossesse, mon désir d'accouchement, projet d'accouchement* », « *je n'étais pas un objet médical à risque enfin nous n'étions pas* ». Ceci illustre aussi sa volonté d'être actrice de sa grossesse et de son accouchement.

Pour Mme H. aussi, la préparation à la naissance a été importante et lui permet de se recentrer sur elle-même et sur le moment présent « *j'avais fait de la sophrologie et du yoga prénatal aussi, donc j'essayais quand même d'être, de vivre le moment présent quoi (rires)* ».

Pour Mme I., la préparation à la naissance a été bénéfique « *la préparation à la naissance ça m'a bien aidée à appréhender l'accouchement* ».

C'est aussi le cas pour Mme J. « *nous avons suivi avec mon mari des séances d'haptonomie, avec une sage femme qui était vraiment géniale, c'est elle qui prenait le temps de m'écouter et de répondre à mes questions* ».

Pour A. Cova [27] qui a étudié l'impact du suivi d'une préparation à la naissance et à la parentalité sur le ressenti des primipares, les femmes ayant suivi au moins 5 séances de PNP (préparation à la naissance et à la parentalité) ont un score EPDS (Edimburg Post Partum Depression Scale) en moyenne plus bas que celle ayant suivi 4 séances ou moins. La différence n'étant pas significative, ces résultats semblent tout de même intéressants et vont dans le sens du bénéfice de la PNP.

Nous pouvons supposer que la PNP permet de donner de la confiance à la femme enceinte, de la valoriser. En effet, lors des séances de PNP la femme est écoutée, accompagnée, on lui porte de l'intérêt. De plus, la PNP répond aux questions et aux attentes des patientes, dédramatise certaines situations, et les déculpabilise permettant sans doute un meilleur vécu de la grossesse.

Cependant, 5 patientes disent avoir eu au cours de leur grossesse et de leur accouchement un mauvais accompagnement de la part du personnel soignant.

C'est le cas de Mme F., au cours de son hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré, a rencontré une sage femme avec qui il y a eu un « *mauvais contact* ». Lors de son accouchement, elle s'est retrouvée confrontée à la même sage-femme, provoquant chez la patiente un mauvais vécu « *quand elle est rentrée dans la pièce j'ai fondu en larmes* », « *je l'ai très mal vécu* » ; « *c'est une personne très professionnelle [...] sauf qu'elle n'a aucune empathie, elle ne m'a donné aucune explication, moi j'étais complètement perdue* ».

Cela a engendré alors chez elle du stress et de la panique. Elle a gardé un souvenir très marqué de cette soignante : « *cette personne là a gâché un moment de ma vie, que je ne vais pas revivre et qui est quand même hyper important dans une vie quoi... oui c'est dur quoi* »

Mme G. a décrit avoir des à priori, « *j'avais un mauvais souvenir de l'hôpital [...] surtout un mauvais souvenir de la sage femme qui m'avait suivi, elle était hyper moralisatrice et ça ne m'avait pas plu* ». Cette expérience s'était ensuite reproduite pour le suivi de sa grossesse. La sage femme a à nouveau utilisé « *un ton un peu moralisateur* » qui « *n'a pas trop plu* » à la patiente. La patiente répondait « *sur la défensive* », provoquant un manque de confiance chez la patiente « *je n'avais pas confiance ni envie de discuter avec qui que ce soit* ».

Mme H, a été suivie par sa gynécologue de ville. Elle a exprimé un manque d'écoute « *maintenant j'ai plus envie de me sentir écoutée, sur le suivi de ma grossesse c'est ce qui m'a manqué aussi un peu quand même* », « *je ne me sentais pas très écoutée* », « *j'ai d'avantage envie d'être entendue* ».

Mme A. exprime également ce sentiment lors de son suivi de grossesse « *il n'y avait pas d'attention en fait* ».

Mme J. a exprimé un suivi par un gynécologue « *qui ne prenait pas le temps, qui n'avait pas envie de s'attarder et qui voulait m'imposer ses choix concernant les médicaments, la maternité* ». Elle a expliqué avoir été déçue par ce suivi « *j'ai été très déçue de mon suivi de grossesse, je pensais qu'il y avait plus d'écoute, de partage, d'attention pour les futurs parents* ».

Ce mécontentement est majoritairement décrit en milieu hospitalier. La dynamique hospitalière est différente de celle exercée en libéral. Les professionnels, par manque d'effectifs n'ont pas forcément le temps d'accompagner au mieux les patientes sur le plan psychique, privilégiant la prise en charge technique. La notion de temps est également importante : les professionnels devant faire face à des tâches administratives importantes, ne disposent pas de suffisamment de temps. Nous pouvons supposer que les conditions de travail actuelles altèrent la prise en charge et l'accompagnement. De plus, nous pouvons aussi évoquer des soucis d'interprétations des propos reçus par la patiente. La grossesse étant une période de particulière vulnérabilité et ces patientes étant déjà sensibles, il est possible que les propos, les actes soient interprétés de manière péjorative.

Pour M. Spiess, « l'écoute des femmes enceintes favorise la construction psychique du maternel en chaque femme et paraît susceptible d'atténuer certains troubles gravidiques, de prévenir leur récurrences, ou d'éviter certains troubles d'ordre psychologique. Elle témoigne de la reconnaissance de la femme enceinte comme sujet de sa grossesse et réintroduit le poids de sa parole dans la prise en charge de l'enfantement. » [22]

De plus, le patient souhaite de plus en plus être acteur de son parcours de soin et est donc à la recherche d'écoute et de respect de ses choix. Ce respect des souhaits des patientes pourrait être

amélioré par la réalisation systématique d'un entretien prénatal précoce dès le 4^{ème} mois de grossesse. Celui-ci permettra de discuter avec le couple de leurs attentes, leurs souhaits afin d'adapter les prises en charge et d'assurer un accompagnement de meilleure qualité. Un arrêté du 18 octobre 2019 vient d'ailleurs de le rendre obligatoire à compter de mai 2020.

Mme I. exprime tout de même avoir bénéficié d'un accompagnement hospitalier de qualité « *tout le monde a toujours été bienveillant, je n'ai jamais eu la sensation de ne pas être respectée, mon mari a toujours pu être présent lorsqu'il le souhaitait, donc voilà rien à redire* ».

4.2.1.6. La surmédicalisation

On entend par surmédicalisation l'utilisation excessive de techniques médicales. Deux patientes, au cours de l'entretien, expriment l'effet délétère de celle-ci sur le vécu de leur grossesse. [21]

Mme D. exprimait le souhait de démedicaliser son suivi de grossesse « *j'avais besoin de démedicaliser complètement le truc, donc j'ai rappelé la sage femme libérale qui m'avait accompagnée et je lui ai dit, faut qu'on sorte du médical, et donc du coup j'ai pu avoir un espace de construction avec elle où j'ai pu évoquer mes angoisses, où j'ai pu évoquer la difficulté d'avoir un autre enfant en bas âge* ».

Mme B. évoquait aussi le caractère contraignant de l'aspect prévention et éducation au cours de la grossesse : « *c'est vrai que mine de rien, ça étouffe, maintenant on est beaucoup dans la prévention de beaucoup de choses, donc on a l'impression des fois que c'est plus une grossesse quoi* ». Cette patiente semblait être désireuse d'un suivi de grossesse physiologique. Or sa grossesse ne le permettait pas, entraînant ce sentiment de surmédicalisation.

On peut supposer que ces femmes trouvent les prises en charge trop rigides et sont à la recherche d'un suivi plus souple. Cependant, les prises en charge rapprochées comme celle dont a bénéficié Mme B. sont nécessaires à la sécurité et au bon déroulement de la grossesse. Des explications sur la nécessité de ce suivi pourraient permettre de dédramatiser la situation. Les informations données à la patiente permettraient de rendre la femme actrice de sa prise en charge et de l'intégrer dans celle-ci. On peut supposer que Mme B. se plaçait dans le cadre d'un suivi de grossesse physiologique, or sa grossesse nécessitait un suivi de grossesse pathologique, donc forcément plus médicalisé.

Le fait d'être face à de nombreux professionnels de santé, donne cette impression de surmédicalisation et la femme peut se sentir considérée comme un objet médical. Mme A. l'exprimait en disant « *donc le lendemain, il s'est ramené, avec 5 ou 6 internes dans la chambre, donc là je me suis dit* » *ok je suis une bête de foire* ». Ici nous pouvons aussi évoquer un manque de respect de la pudeur, de l'intimité.

M. Spiess, [22] dit que la surveillance médicalisée et technicisée de l'évolution de la grossesse tend à exclure la femme de l'événement et à en négliger la dimension humaine. Il nous semble donc important d'inclure la femme dans la prise en charge de sa grossesse. Cela pourrait être possible grâce à l'entretien prénatal précoce, la préparation à la naissance mais aussi tout simplement par une information claire et éclairée donnée par le praticien à sa patiente.

4.2.2 Aspects physiques

4.2.2.1. Les modifications corporelles

Les modifications corporelles accompagnent toute grossesse. Elles peuvent être plus ou moins bien vécues selon les patientes. 3 patientes ont très mal vécu ces modifications corporelles.

Pour Mme F. ces modifications ont été difficiles, elle dit avoir eu « peur des changements physiques », « de voir euh ... se développer un être à l'intérieur ». Pour elle, il s'agit d'un état « absolument pas naturel ». Elle dit « mépriser l'état de femme enceinte... ».

Mme E. rencontrant la même problématique, de part ses appréhensions antérieures, expliquait « euh ... j'ai toujours eu un souci avec la grossesse [...] à cause des changements corporels que ça occasionne [...] le fait d'enclencher une grossesse est un deuil à accomplir ». La prise de poids est l'un des arguments de la patiente « c'était quelque chose qui me faisait très peur de prendre beaucoup de poids ».

Mme J. déclarait aussi avoir mal vécu sa grossesse « j'ai détesté la grossesse... (blanc) pour moi c'était juste euh ... la pire période de ma vie », « je sentais bouger mon bébé mais je n'aimais pas ça », « je ne reconnaissais plus mon corps, voilà quoi, j'étais déformée, je n'avais qu'une envie c'était d'accoucher, au point de me donner des coups dans le ventre, je ne l'ai pas fait mais parfois j'y pensais tellement et cet état m'insupportait ». Les modifications physiques chez cette patiente entraînaient un certain rejet de la grossesse.

La notion de tocophobie peut ici aussi être évoquée.

Nous voyons ici que l'image de la femme enceinte sort des standards et stéréotypes de beauté de la femme imposés par la société. En effet, dans la société actuelle, une belle femme doit être mince. Or pendant la grossesse, la prise de poids est systématique et le corps de la femme est alors remodelé. Leur corps s'éloigne alors de l'idéal féminin. Cela peut alors générer un manque de confiance important chez la femme.

Pour M. Speiss [22], tous ces remaniements provoquent une brisure de l'image corporelle et un vacillement des traits identitaires, ce qui peut faire place à un début de dépression pendant la grossesse, un sentiment de vulnérabilité qui peut faire douter de soi et de ses capacités. On peut alors supposer que la femme perd ses repères et remet en question sa propre identité. Ceci peut alors être déstabilisant pour la femme.

A l'inverse, 2 patientes évoquaient un bon vécu des modifications corporelles liées à leur grossesse. Comme Mme A. : « j'adorais voir mon corps changer au fur et à mesure que mon bébé grandissait », « vraiment je serai restée enceinte toute ma vie hein ! Tout était parfait ! Je me sentais bien dans mon corps et dans ma tête. »

Mme B. convergeait dans ce sens en disant « donc la suite de la grossesse s'est très bien passée. C'était vraiment la grossesse parfaite ! Sans aucuns soucis, mais vraiment aucun, rien du tout ! [...] Moi je l'ai vécu presque comme une fierté en me disant « ok je tiens le coup, je suis trop forte [...] j'ai pris seulement 9 kg, j'avais vraiment que du bide, c'était hyper sympa ».

4.2.2.2. Maux de la grossesse

Les maux de la grossesse, pouvant être décrits comme des troubles fonctionnels, résultent de toutes les modifications physiologiques que la grossesse impose à l'organisme. Souvent bien tolérés ils peuvent parfois être très exacerbés et générer chez la femme un mauvais vécu de la grossesse de part leur récurrence, leur brutalité. [21] C'est le cas chez 3 patientes.

Mme D. déclarait « *c'était une torture, les envies de vomir,... (visage crispé) j'étais super pas bien* ». Elle assimilait les nausées à une torture, mot fort de signification.

Pour Mme I., les maux de la grossesse, qui se rajoutaient à sa maladie d'Elhers Danlos, générant de la fatigue « *je ne me sentais pas bien, j'étais fatiguée* », « *j'avais énormément de nausées mais à cause de ma maladie d'Elhers Danlos, ben je n'avais pas la force de vomir, vraiment cette maladie m'affaiblissait beaucoup, euh ... ça me brûlait, ça a été très dur à vivre, j'ai perdu 7 kg, donc affreux !* ».

Mme J. a expliqué aussi avoir souffert des maux de la grossesse « *on entend partout que c'est magnifique d'être enceinte, que c'est la meilleure période de la vie mise à part quelques nausées au début, ben pour moi ça n'a pas du tout été le cas, j'ai été atteinte d'hyperménèse gravidique dès le début, et euh j'ai beaucoup vomi et j'ai été hospitalisée pour déshydratation et perte de poids importante* ». Cela entraînait alors une « *extrême fatigue* », affaiblissant la future maman et lui laissant un mauvais souvenir de sa grossesse. Ici le maux de la grossesse, se transforment en pathologie, accentuant sans doute la mauvais vécu.

A contrario, 7 femmes interrogées ont déclaré ne pas avoir été gênée par ces maux de la grossesse.

Mme H. vivait plutôt bien sa grossesse « *y a pas eu de soucis de nausées, de grosse fatigue au premier trimestre* ». Elle disait cependant avoir été « *un peu gênée par un syndrome du canal carpien* ».

Dans la littérature, M. Speiss [22], relate que ces maux de la grossesse participeraient à l'édification de la représentation « d'être enceinte ». Ce qui pourrait être confirmé pour celles qui l'ont bien vécu. Mais cela semble plus difficile lorsque ces maux sont exacerbés, ils sont alors difficilement gérables. De plus, il semble que ce soit les vomissements qui génèrent les plus de difficultés chez ces patientes. Les vomissements font partis des maux de la grossesse les plus présents et les plus représentatifs de celle-ci. Une difficulté ressentie face à ces vomissements peut aussi nous faire supposer une difficulté face à l'acceptation de cette grossesse.

4.2.2.3. Activité physique

- **Bénéfices liés à la poursuite d'une activité physique**

Deux patientes expriment clairement le bénéfice engendré par la poursuite d'une activité physique.

Mme B. a pu continuer à maintenir une activité physique et une certaine mobilité jusqu'à la fin de sa grossesse, ce qui a été bénéfique pour elle « *je me sentais hyper bien, je pouvais aller marcher 6km par jour, il n'y avait pas de problème* ».

C'était aussi le cas de Mme G. qui déclarait « *La grossesse me permettait également de continuer d'avoir une activité sportive, donc vraiment top !* ».

- **Inconvénients liés à l'arrêt de l'activité physique**

Lors de l'apparition de pathologies pendant la grossesse, ou en fin de celle-ci, les femmes sont amenées voire contraintes à limiter leurs mouvements et donc se retrouvent au repos. 2 d'entre elles décrivent cette situation comme source d'altération du moral au cours de la grossesse, impactant alors le vécu de celle-ci.

Pour Mme E., pratiquant beaucoup de sport, la grossesse la faisait « *rompre avec l'activité physique* ».

Mme F. associait un vécu positif en début de grossesse du fait du maintien d'activité « *sans aucuns problèmes, j'allais travailler, je faisais ma vie, j'étais hyper active* ». Mais l'apparition d'une menace d'accouchement prématuré a changé la donne, obligeant la patiente à se reposer. Elle déclarait alors « *ça a été je pense, l'une des plus grandes épreuves de ma vie avec l'accouchement. De ne plus pouvoir bouger, ne plus pouvoir rien faire, c'était vraiment le début de la dépression* ». Elle expliqua que cette inactivité a conduit à une solitude et un isolement délétère.

En effet, J.F Clapp [28] explique que les troubles de l'humeur tels que l'anxiété, la dépression sont généralement accentués au cours de la grossesse. Ils seraient cependant atténués par la pratique d'une activité physique régulière.

La pratique d'une activité sportive pendant la grossesse permettrait également la diminution des maux de la grossesse, l'amélioration de l'humeur et de l'image de soi, la réduction du sentiment de stress, de la dépression et de l'anxiété ainsi qu'une récupération post-natale plus facile. [29]

L'inactivité, engendrée par la grossesse, entraîne en plus un isolement. La grossesse brise alors un lien social. Cela renvoi aussi au rapport au corps. Ce corps modifié ne leur permet plus d'être actives comme elles l'étaient auparavant. Cette grossesse peut alors être la cause des privations, pouvant engendrer un mauvais vécu.

4.2.2.4. Vie professionnelle

- **Bénéfices liés à la poursuite d'une activité professionnelle**

Deux patientes expriment le bénéfice lié à la poursuite d'une activité professionnelle.

Mme B. abordait le fait de pouvoir continuer à travailler jusqu'à son congé maternité qui a procuré chez elle un certain épanouissement « *tout à toujours été très adapté, [...] j'ai quand même eu un poste adapté [...] donc petit confort. Moi je le vivais presque comme une fierté* ».

C'est également le cas de Mme G. qui assimilait un bon vécu de sa grossesse au maintien de son activité professionnelle et physique « *la grossesse s'est bien passée [...] j'ai travaillé jusqu'à la fin [...] ce qui était assez confortable et plaisant.* »

- **Inconvénients liés à l'arrêt de la vie professionnelle**

Deux patientes expliquent avoir mal vécu l'arrêt de leur vie professionnelle au cours de la grossesse.

Pour Mme H., l'apparition de contractions au cours de sa grossesse a entraîné un arrêt de travail qu'elle a « *mal vécu* ».

Mme D. a contrario, exprimait le fait que sa grossesse ait été une barrière à sa mobilité et à son activité professionnelle. Elle déclarait avoir « *besoin de garder une activité* ». Selon elle, sa grossesse

impactait directement cette activité « *pour moi, ma grossesse m'empêche de faire mes études* ». Le rapport qu'elle porte à son corps est aussi important.

4.2.3 Les facteurs à repérer au cours de la grossesse

Plusieurs facteurs se dégagent de l'analyse du discours de ces femmes. Ils peuvent permettre de repérer les femmes à risque au cours de leur grossesse. Il sera donc important de prêter attention aux facteurs suivants en cours de grossesse et de les évaluer :

- Un sentiment **d'incertitude** quant à la capacité d'être enceinte, quant à la poursuite de la grossesse
- Un **manque d'investissement de la grossesse**
- Un sentiment de **peur** lors de la grossesse (*exemple : peur de perdre le bébé très présente*)
- Une **angoisse** et un **stress** importants pendant la grossesse
- Une **indisponibilité psychique** pendant la grossesse (*exemple : grossesse qui la prive de quelque chose, patiente plus préoccupée par un autre événement que par sa grossesse*)
- Une volonté de **contrôle**, la notion de **perfectionnisme**
- Un sentiment de **culpabilité**, très présent face à un événement de la grossesse
- Des **difficultés ressenties face aux modifications physiques de la grossesse** (*ex : patiente qui ne supporte pas l'état de grossesse, qui éprouve des difficultés face aux modifications corporelles liées à la grossesse, mépris de la grossesse*)
- Une mauvaise tolérance des **maux de la grossesse** dans certains cas (*ex : vomissements exacerbés, asthénie très présente*)
- **L'arrêt temporaire de la vie professionnelle et l'inactivité physique mal toléré**

4.3. Le vécu de l'accouchement

4.3.1 Le vécu psychologique

4.3.1.1. La douleur

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes. [21]

- **Sans la mise en place d'une anesthésie**

Au cours de l'accouchement, la douleur est très présente, essentiellement du fait des contractions utérines qui peuvent être extrêmement douloureuses. 6 patientes sur 10 expriment ce sentiment de douleur.

Mme C. parlait de la douleur à la suite de son déclenchement « *c'est très, très douloureux quoi* », « *elles sont arrivées (les contractions) tout de suite et très fortes* », « *après avoir passé une nuit de souffrance* ». Ici c'est la longueur, la répétition de la douleur qui fait qu'elle n'est pas tolérée.

Lorsque Mme G. commençait à avoir des contractions seule, chez elle, celles-ci apparaissaient tout de suite comme « *très douloureuses* » et « *insupportables* ». Elle déclarait « *j'ai l'impression que mon corps va exploser, c'est hyper douloureux, je commence à angoisser, j'ai hyper mal, je ne sais pas quoi faire ! [...] je ne comprends pas ce qui m'arrive, je hurle de douleur* ». On voit qu'ici la douleur désoriente la patiente générant de l'angoisse, on peut parler d'un certain état de sidération également. Elle décrivait cette douleur comme « *certainement la plus atroce de sa vie !* »

Mme B. aussi exprimait de la douleur au cours de son accouchement, douleur difficilement supportable du fait de la longueur du faux travail « *une phase douloureuse et longue* », « *c'était l'enfer* ».

Pour Mme D. la douleur l'a impactée « *j'avais tellement mal que j'étais au bord du malaise* ». La pose d'une péridurale a permis de la soulager.

Mme H. exprimait aussi de la douleur qui au début était « *très gérable* » mais qui par la suite devient « *vraiment très intense* » générant alors des spasmes « *j'ai commencé à avoir des spasmes* ». Elle déclarait cependant que le fait de réussir à « *respirer, à gérer* » lui a permis d'accoucher sans péridurale.

Pour Mme G. son accouchement reste traumatique car il s'est passé très vite. La patiente est restée très douloureuse. Il s'agissait pour elle de « *la douleur la plus atroce de ma vie* ». La patiente obnubilée par la douleur, était totalement désorientée, on pourrait parler d'un état de sidération, voir de dissociation. Lorsqu'on lui parlait de son bébé, elle déclarait « *on me parle de mon bébé mais je m'en fou je veux arrêter de souffrir. Je ne pensais absolument pas à mon bébé, à cet instant, il n'existait plus* ». On peut faire le lien de ces propos avec la relation mère bébé qui est altérée par la suite.

On peut supposer que l'intensité de la douleur a un impact psychologique. En effet, elle serait à l'origine d'anxiété, de dépression. De plus, les femmes interrogées semblent être plus sensibles que la population générale de part leur histoire de vie, de grossesse. Nous pouvons supposer que cette vulnérabilité accroît la perception douloureuse et conduit plus facilement à une dépression, de part leur vulnérabilité.

- **Suite à la mise en place d'une anesthésie**

Une fois soulagées par la mise en place d'une anesthésie, 4 de ces patientes disent ne plus avoir eu de douleurs, mais avoir eu une persistance de sensations qui semble les déranger.

C'est le cas pour Mme C. « *s'il y a une sensation à décrire, je me souviens pas avoir eu mal mais par contre la sensation de résistance, c'est cette sensation qui reste, ça faisait pas mal mais de se dire : mais il ne sortira jamais quoi !* ».

Mme F. l'évoquait aussi « *je l'ai pas ressenti en terme de douleur je l'ai ressenti en terme de sensations, j'ai senti craquer, j'ai tout senti* ».

Pour Mme A. aussi, malgré la pose d'une rachianesthésie, la persistance de sensation était dérangeante pour elle « *ils m'ont bien remué quoi, je crois même qu'à un moment donné la personne qui assistait le médecin s'est assise sur moi en fait, en tout cas moi c'est ce que j'ai ressenti* ».

Lors de sa césarienne Mme I. exprimait également cette sensation « *j'ai tout senti mais sans souffrir, c'est vraiment particulier comme sensation [...] je sentais que le gynéco coupait, étirait, épongeait à l'intérieur de moi mais sans avoir mal* ».

On peut supposer que dans l'imaginaire de ces femmes, la péridurale doit abolir toute sensation. Du coup, cette persistance de sensation, nécessaire pour les efforts expulsifs, semble les déranger, peut être du fait de la méconnaissance de cette technique.

Mme B. décrit les bénéfices de la péridurale sur son accouchement, qui a fait qu'elle a eu un bon vécu de celui-ci « *ça nous détend, ça nous repose, ça nous permet d'être beaucoup plus efficace, enfin c'est mon ressenti à moi* ».

Mme D. abordait également les bénéfices de la péridurale « *c'était un truc génial de pouvoir avoir un accouchement génial sans ce côté souffrance, douloureux, stressant, un bébé qui sort tout seul !* »

Une étude de M. Boudou, parue en 2006, relatait déjà une corrélation significative entre la douleur de l'accouchement et l'intensité de l'humeur dépressive dans le post-partum, cette intensité étant associée à une dimension affective de la douleur (retentissement sur l'affect et l'humeur). [30]

4.3.1.2. La durée d'accouchement

La durée de travail varie en fonction de chaque femme.

Lors des entretiens, 3 femmes ont décrit une rapidité d'accouchement qui pour elle a été délétère.

Mme B. disait « *tout a vraiment été très vite [...] en 3 contractions elle est sortie* ».

Pour Mme G. également, la rapidité de l'accouchement n'a pas été bénéfique « *tout s'est passé hyper vite [...] en fait, je n'ai pas eu le temps d'assimiler tout ce qui se passait* ».

Mme H. décrivait un bon vécu de l'accouchement mais pointait l'effet délétère de son accouchement rapide « *si j'avais du écrire un scénario parfait de mon accouchement, je pense que c'est ce que j'aurais écrit. Malheureusement, après coup, je pense que cette rapidité d'accouchement, ça ne m'a pas du tout aidé [...] je me suis pas vue accoucher, je pense que le travail ça nous aide aussi à se dire qu'il va arriver* ».

Nous pouvons alors supposer que la rapidité de l'accouchement influe sur l'apparition d'une dépression dans le post-partum. En effet, les femmes qui ont accouchées rapidement n'ont pas le temps de se voir accoucher, n'assimilent pas qu'elles sont en train de devenir mère et ont donc du mal à accepter leur statut par la suite.

4.3.1.3. Le stress et l'angoisse

Cette sensation est également présente lors de l'accouchement chez 3 patientes.

Mme C. a raconté le moment où on lui a fait son épisiotomie. Elle disait au gynécologue-obstétricien à ce moment là « *mais vous aller me tuer, vous me faites un mal de chien, qu'est ce que vous faites à me couper comme ça ?* ». On perçoit une certaine angoisse de mort détournée sur l'acte épisiotomie.

Mme F, décrivait aussi une « *angoisse de mort* » en suite de couches qui a généré beaucoup d'angoisses et de stress chez cette maman. Elle disait « *j'avais très mal aux cervicales et je suis*

tombée dans un espèce de délire paranoïaque, dont j'avais conscience mais qui m'angoissait terriblement [...] j'avais l'impression que j'allais être paralysée, que j'allais être tétraplégique, que je pourrais plus m'occuper de mes enfants [...] enfin une espèce d'angoisse de mort détournée en fait »

Le stress chez cette patiente est aussi lié au contexte. En effet étant victime de violences psychologiques de la part de son ex-conjoint, son état d'alerte était au maximum pendant sa grossesse.

Pour Mme H., l'apparition de contractions douloureuses, entraînait une désorientation provoquant chez la patiente beaucoup de stress et d'angoisse. Notamment des angoisses de mort de part la douleur elle disait *« je suis seule, j'ai l'impression que je vais mourir » « je veux mourir, je crève de douleur ! »*.

Ce stress peut selon nous, s'expliquer par le déroulement de l'accouchement qui est fait d'imprévu et non dénué de risque. La douleur et l'incompréhension des actes effectués peuvent accroître ce sentiment de stress. La gestion de ces facteurs de stress pourrait passer notamment par la gestion de la douleur ou l'information auprès de la patiente de toutes les éventualités qui peuvent survenir lors d'un accouchement.

4.3.1.4. La violence de l'accouchement, le traumatisme, l'état de stress post-traumatique

La violence est par définition l'utilisation de force ou de pouvoir, physique ou psychique pour contraindre. [21] L'accouchement peut alors être mal vécu lors de l'utilisation d'instruments ou d'une technique chirurgicale comme la césarienne par exemple.

Un traumatisme est un choc émotionnel violent.

Un état de stress post-traumatique est un trouble anxieux qui se développe après qu'une personne ait subi un événement traumatisant et générateur d'une détresse importante et soudaine.

- **Naissance par césarienne**

Pour Mme A. qui a eu une césarienne, cet accouchement a été violent notamment du fait du traumatisme qu'il a induit chez elle *« la césarienne là pour moi ça a vraiment pas été un accouchement quoi. Parce que, bon déjà, le truc programmé mais pas programmé donc euh,... pas de contractions, pas de perte des eaux » ; « ils m'ont bien remuée quoi, je crois qu'à un moment la personne qui assistait le médecin s'est assise sur moi en fait »*. Pour elle, la césarienne lui a volé sa grossesse *« pour moi on allait me voler la fin de ma grossesse »*. Elle exprimait plus clairement la violence à travers des propos concernant sa fille *« je me dis que quelqu'un est venu la chercher alors qu'elle n'était pas prête, c'est violent quand même on l'a secouée comme un prunier »*. On peut supposer qu'elle a aussi subi cette même violence, qu'elle a retranscrite à travers son bébé. La patiente voit la césarienne comme une atteinte à sa féminité *« je pense que ça m'a volé une partie de ma féminité »*. Suite à ces événements, on peut se demander si la patiente n'a pas du faire face à un état de stress post-traumatique *« tout ça, ça m'arrive encore d'y repenser, de faire des cauchemars »*. Pour cette patiente, la césarienne entraîne une perte de contrôle sur son accouchement, elle est comme amputée de son bébé.

Pour Mme I., la césarienne en urgence pour bradycardie et souffrance fœtale a été perçue comme violente pour la maman. On peut parler d'un état de sidération au moment de l'annonce de la césarienne *« j'étais comme anesthésiée »*. En effet, celle-ci a remis totalement en question le projet de naissance. Mme I. disait *« j'étais vraiment très déçue, je rêvais d'un accouchement physiologique,*

sans péridurale, dans la baignoire, je n'ai rien eu de tout ça ». De plus, le fait d'avoir tout ressenti au cours de sa césarienne, reste un événement encore traumatique « j'ai encore du mal à en parler aujourd'hui, 9 mois après (pleure) ... j'en fais parfois même des cauchemars ». Elle disait par la suite avoir très mal vécu tout ça, « je n'ai pas la sensation d'avoir accouché en fait, j'ai l'impression qu'on m'a volé une partie de moi, qu'on m'a volé mon accouchement à travers cette césarienne ».

Ici nous pouvons supposer que pour Mme A. et Mme I., le fait de ne plus avoir le contrôle sur son accouchement, génère un traumatisme. Ces 2 patientes ayant rédigé un projet de naissance n'ont pas pu conduire leur accouchement comme elles le souhaitaient. Cela détruit alors le bouclier de contrôle émotionnel et affectif qu'avaient dressé ces deux patientes. Elles se retrouvent alors vulnérables. Elles sont alors plus sujettes au stress et à la peur qu'elles ne peuvent plus maîtriser. La césarienne engendre une douleur physique mais aussi psychique chez ces patientes.

- **Accouchement par voie basse**

Pour Mme C. son accouchement a aussi été perçu comme violent et traumatique. Elle définit cet événement comme *« la loi de l'emmerdement maximum [...] y a jamais eu un truc qui s'est bien passé, donc ça se finit bien, mais bon quand même »*. Ce traumatisme s'imposa à Mme C. ensuite *« C'est après quand on voit dans la salle de naissance que c'est Beyrouth, qu'il y a du monde partout qu'on se rend compte que vraiment ça a failli mal se passer. C'est plutôt là qu'on comprend »*. On peut parler d'un état de sidération. Elle conclut en disant *« alors oui, l'accouchement c'est un mauvais souvenir, mais j'ai pas de rancunes, ...c'est pas ça la cause » ; « mais bon voilà pour moi c'est vraiment l'accouchement qui a déclenché tout ça »*.

Chez Mme E., on retrouvait un certain état de sidération voire de dissociation *« j'étais complètement paumée, j'avais l'impression qu'on m'engueulait alors qu'on m'engueulait pas », « j'étais complètement paumée », « c'était pas doux quoi »* : on percevait qu'elle avait vécu son accouchement avec une certaine violence physique mais aussi psychique.

Pour Mme F. l'accouchement fut une des expériences qui marquera sa vie *« y a plein de mamans qui disent la maternité ça m'a renforcée, je me sens plus forte, moi c'est l'inverse je me sens hyper fragile, ça a vraiment été et ça restera « le défi de ma vie » [...] ça restera une épreuve physique et mentale pour moi »*. Ici aussi cette patiente a décrit une douleur physique et psychique faisant suite à son accouchement.

Par la suite, l'apparition d'une hémorragie de la délivrance a pu engendrer un traumatisme *« je me sentais partir, je me sentais m'enfoncer », « l'impression de sombrer, de m'en aller »*.

Nous remarquons que chez ces patientes, l'accouchement représente une réelle épreuve qui les impacte tant sur le plan physique que psychologique ce qui accroît cette sensation de violence et de traumatisme. Il est possible qu'ensuite cette reviviscence de l'accouchement, du stress engendré, conduise à la dépression du post-partum. On peut alors aborder l'état de stress post traumatique qui peut faire suite à un accouchement et qui peut conduire à la dépression. [19]

4.3.2 Les facteurs à repérer pendant l'accouchement

Lors de l'accouchement il semble également important d'être attentif aux facteurs suivants :

- Patiente **hyperalgique**, gérant difficilement la douleur, sidération face à celle-ci, elle peut rester traumatique par la suite
- **Accouchement très rapide** (*ex : certaines patientes disent que cette rapidité ne leur a pas permis d'acquérir leur statut de mère*)
- **Angoisse de mort** très présente au moment de l'accouchement (*ex : patiente qui expriment la peur de mourir*)
- **Etat de stress post traumatique** faisant suite à l'accouchement

4.4. Le vécu des suites de couches

4.4.1 Vécu psychologique

4.4.1.1. La peur

La notion de peur est également présente pour une patiente en suites de couches.

Mme E. exprimait de la peur au cours des suites de couches. Suite à un manque d'informations lié à son périnée complet, elle se posait beaucoup de questions qui n'auront de réponses que longtemps après son accouchement. Ces questions engendraient alors beaucoup de peur « *j'ai eu peur, j'avais l'impression que j'allais rester comme ça et je me disais que je pourrais plus jamais contracter,... je vais me faire pipi dessus,... je vais avoir une poche pour mes selles et ça m'a beaucoup stressé* ».

Mme E. présentait déjà beaucoup de peur sur ses capacités physiques pendant la grossesse. Dans ses propos elle semblait avoir un rapport au corps qui pouvait justifier cela. Pratiquant beaucoup de sport et de yoga, elle présentait avant la grossesse de bonnes capacités physiques « *j'avais un corps musclé, un périnée tonique et là... me retrouver comme ça* ». La grossesse et l'accouchement diminuaient alors ces capacités physiques provoquant de la peur, atteignant son image corporelle antérieure et renvoyant à la peur d'être « handicapée ».

4.4.1.2. La douleur

Chez 2 patientes, la notion de douleur physique reste très présente pendant la période du post-partum.

Mme A. était victime de la douleur post-chirurgicale suite à sa césarienne. Elle déclarait « *la cicatrice était hyper douloureuse. A chaque fois qu'il y avait un truc j'avais l'impression que ça allait lâcher quoi [...] et puis j'avais tellement peur du truc, forcément on se contracte quoi, on appréhende* ». Cette douleur générait de la peur et de l'appréhension qui altéraient la mise en place du lien mère bébé « *pour le bain de la petite par exemple je ne pouvais pas le faire, j'avais trop peur que la douleur survienne et que je la lâche. Enfin c'était n'importe quoi* ». La douleur chez cette patiente pouvait être majorée par la mauvaise acceptation de sa césarienne.

Pour Mme F., la douleur semblait être présente de la grossesse jusque dans le post-partum, entraînant une fatigue physique et psychologique « *le concept de la douleur, d'avoir mal, c'est ça aussi, c'est-à-dire que j'avais l'impression que j'allais avoir tout le temps mal. J'ai eu mal quand j'étais alitée, j'ai eu mal à l'accouchement, j'ai eu mal ensuite [...] c'était une douleur qui physiquement était pas agréable [...] et puis psychologiquement surtout* ».

L'accouchement avait été traumatique chez ces 2 mamans. Nous pouvons supposer que la persistance de la douleur dans les suites de couches leur rappelle perpétuellement ce traumatisme, les fragilisant physiquement et psychologiquement un peu plus. Ceci peut alors conduire à une dépression.

4.4.1.3. La mise en place du lien mère enfant

Le lien mère-enfant est mis en place par des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques, le tout dans une dynamique interactive.

- **Difficultés de mise en place du lien mère enfant**

On constate chez 8 mères une difficulté de mise en place du lien mère enfant, et une difficulté du lien de filiation.

Pour Mme A. le fait qu'elle n'ait pas vu sa fille après la césarienne a empêché les premières interactions entre la mère et son bébé « *elle est partie vite et je n'ai pas pu la voir [...] mais moi je ne l'ai pas vue, on ne me l'a même pas amenée parce qu'apparemment elle n'allait pas très bien [...] donc forcément c'était compliqué* ». La couveuse, agissant comme une barrière, empêchait la mise en place d'une dynamique interactive. Le fait de ne pas la voir pendant un moment et de ne pas pouvoir la toucher a créé une barrière visuelle mais aussi physique entre la mère et son bébé. Elle ne touchera pas sa fille pendant un long moment « *je n'ai même pas pu la toucher, ça ne m'est même pas venu à l'esprit de demander à la toucher parce qu'il y avait ce truc là... elle m'appartenait plus en fait. Parce qu'on l'avait prise et qu'il y avait cette distance finalement. Et puis ça faisait plein de choses qui ne s'étaient pas faites dans mon corps donc qui ne s'étaient pas non plus faites dans mon esprit* ». Ces barrières brisent la fusion mise en place lors de la grossesse. On peut donc supposer que ces barrières ont empêché la maman de forger un lien précoce avec son enfant, altérant ensuite le lien mère enfant et la qualité des échanges.

Pour Mme B. le lien de filiation n'est pas apparu au moment de la rencontre avec son enfant « *par contre ce que j'ai trouvé très dur, c'est qu'avec mon conjoint, on a attrapé notre fille, on l'a mise sur mon ventre et moi je m'étais dit « ça y est je vais être maman ! je m'attendais à être dans l'émotion et en fait non je n'étais pas dans l'émotion », « j'avais ce bébé, mais ce n'était pas encore ma fille, c'était plus 'ce bébé' » ; « j'étais plus en mode animal », « c'était une évidence de m'occuper de mon bébé, mais qui n'était pas encore ma fille, c'était mon bébé, c'était vraiment ce mode animal », « on a beau avoir 9 mois pour se préparer, moi j'avais tout misé sur cet instant où elle allait naître, en me disant que ça allait être une évidence, que ça allait bien se passer tout ça et en fait non. Et voilà on a beaucoup parlé, du temps de la rencontre et effectivement moi il m'a fallu le temps de la rencontre ». Mme B. avait un discours très ambivalent en ce qui concerne son désir de grossesse. On peut alors se demander si elle avait finalement investi cette grossesse à la vue de la première rencontre avec son*

bébé. On peut supposer qu'au final, cette grossesse n'était inconsciemment pas désirée ou peu investie conduisant à ces difficultés lors de la rencontre et nécessitant un temps d'assimilation.

Pour Mme H., le fait que son enfant soit un garçon, alors qu'elle avait idéalisé une petite fille pendant sa grossesse, a impacté le lien mère-enfant. Elle disait « *je m'attendais à ce que se soit une petite fille et là c'était un petit garçon, y a eu un peu un deuil à faire, qui était difficile aussi à admettre* », « *j'étais trop intériorisée sur un lien qui n'existait pas* ». On pouvait percevoir une certaine déception chez cette patiente. Elle parla de deuil, sentiment de tristesse faisant suite à une perte. On peut évoquer un rejet de l'enfant lors de la rencontre avec son bébé. En effet, tout un mécanisme d'imagination et de fantasmatisation de l'enfant est mis en place pendant la grossesse. Cette représentation de l'enfant « imaginaire » dépend souvent de l'histoire personnelle de la femme. En effet, au cours de l'entretien, Mme H. me confie avoir travaillé sur cette déception avec sa psychologue. La petite fille qu'elle avait imaginée était la petite fille qu'elle n'avait pas pu être pendant son enfance. Et lors de la naissance l'enfant « réel » n'est donc pas du tout celui imaginé. On peut donc imaginer le choc ressenti par cette mère et la déception. Le fait de s'être trompé engendre alors de la culpabilité, qui peut porter atteinte à la confiance de la Mme H. et à sa capacité à être mère.

De même Mme D. le lien mère enfant ne s'est pas installé tout de suite. Elle comparait beaucoup son bébé à sa première fille « *je n'ai pas eu le coup de foudre que j'ai eu pour mon premier enfant* », « *j'ai pas eu le coup de foudre [...] et je l'ai toujours pas* », « *c'est beaucoup moins puissant, avec ma fille c'est un truc de très charnel, avec mon fils c'est quelque chose que je construis c'est différent* ». Cela peut notamment s'expliquer par le fait que la première fille de Mme D. avait été désirée pendant longtemps car issue d'un long parcours de procréation médicalement assistée. L'arrivée de cette grossesse est quant à elle inopinée, l'établissement du lien est alors différente.

Pour Mme G., l'accouchement très douloureux a entraîné une difficulté d'établissement du lien « *on m'a posé ma fille sur moi quand elle est née mais j'ai rien ressenti, je suis vide ! Je la regarde je ne la trouve pas jolie. Pour moi ce n'est pas ma fille, je ne la connais pas* ». On peut supposer que ce soit la violence et le traumatisme de l'accouchement qui provoquait des rancunes de la mère envers son bébé compliquant l'établissement du lien mère enfant.

Pour Mme C. cette rencontre s'était à priori bien passée « *après la première rencontre s'est bien passée* » mais elle exprimait par la suite « *moi c'est le moment où j'ai tout lâché, j'ai tout lâché !* ». On peut alors se demander si elle était vraiment disponible pour la rencontre avec son bébé.

Une mère exprimait ses doléances à travers son bébé. C'est le cas de Mme D. qui témoignait « *j'avais l'impression qu'il y avait un truc avec ce bébé, je sentais un truc mais personne ne m'entendait, et donc j'ai su plus tard sur la Leache Ligue qu'il avait quelque chose qui s'appelle le syndrome de Kiss* ». On perçoit ici un besoin de rationalisation. Cette patiente me décrivait cependant les symptômes de son bébé qui sont le miroir de sa dépression « *c'était un bébé qui me repoussait* », « *il était tout crispé* », « *en état d'hyper vigilance* ». Lors de l'entretien, nous avons l'impression que Mme D. cherchait par tous les moyens à trouver et à nommer sur une pathologie pour son fils. Il était possible, que cet état d'hyper vigilance et de crispation présente chez ce bébé ne soit qu'en fait le reflet de la détresse psychologique maternelle. En effet, beaucoup de bébés présentent ces symptômes lorsque leur maman présente une dépression du post-partum.

Klier définit les troubles de la relation mère enfant comme « un manque de sentiment maternel, une irritabilité, une hostilité et des pulsions agressives, des idées pathologiques et un rejet de l'enfant ». Les troubles modérés toucheraient 6 à 7 % des femmes et les troubles sévères 0,5 à 1%. [31] Ce qui peut se vérifier dans les discours précédents.

Pour M. Byldowski, la mère joue avec son enfant les conflits et les angoisses qui ont fondé sa propre relation avec sa mère. [32]

- **Bon établissement de la relation mère enfant**

A l'opposé, 2 patientes ont vécu cette rencontre positivement. Ainsi, Mme E. disait « *j'étais très contente qu'il soit là* », « *j'ai très fortement apprécié le fait de pouvoir le prendre dans mes bras* ».

Mme F. déclarait « *c'était mon fils quoi, c'était évident* ».

Mme J. exprimait aussi beaucoup de joie lors de la rencontre avec sa fille mais elle rapprochait ce moment à sa propre histoire personnelle « *je savais qu'elle passerait avant tout et que je ressentais un amour indescriptible [...] je me suis demandée comment ma mère avait fait pour ne pas m'aimer* ». La rencontre avec son bébé rappelle à Mme J. ses relations avec sa propre mère. Ce bébé pouvait apparaître ici comme un pansement à ses blessures narcissiques.

4.4.1.4. L'apparition de pathologie foetale/néonatale

L'apparition de pathologie néonatale peut également fragiliser la mère.

C'est le cas de Mme H., à son retour à la maison, elle recevait un coup de fil lui annonçant que son fils est atteint d'hypothyroïdie congénitale. Elle ressentit alors « *beaucoup de colère, beaucoup d'injustice* ». On peut supposer que la patiente perçoit cette colère contre elle-même. La maman éprouve sans doute beaucoup de culpabilité face à la pathologie de son bébé. Lors de l'entretien, la patiente pleurera beaucoup en évoquant ce passage, accentuant le sentiment de vécu difficile. Son bébé présentera par la suite certains petits maux « *des coliques* », « *des pleurs de décharges* », « *il avait tout le temps besoin de présence* ». Cette demande permanente du nouveau né a généré chez cette maman « *un état de moral dégueulasse* » et « *un état de fatigue qui s'accumulent* ».

La réaction de Mme H., à l'annonce de cette nouvelle laisse supposer beaucoup de culpabilité. Celle-ci peut augmenter l'impression d'être une mauvaise mère, et est souvent présente chez les femmes présentant une dépression du post-partum. D'autant plus que Mme H. avait déjà ressenti de la culpabilité lors de l'accouchement lorsqu'elle s'est rendue compte que son bébé était un garçon alors qu'elle avait imaginé une fille. On peut supposer que cette accumulation de culpabilité engendre de l'angoisse et du stress et affecte encore plus l'état psychologique de Mme H., pouvant conduire plus facilement à la dépression.

4.4.2 L'allaitement maternel

Le discours de ces femmes fait état d'une certaine pression concernant l'allaitement maternel.

6 patientes sur les 10 interrogées relatent des difficultés en lien avec l'allaitement maternel.

- **Le manque d'information et d'accompagnement**

Mme B. déclarait par rapport à son allaitement *« ma difficulté par contre c'est que j'ai pas eu de montée de lait. Grosse, grosse galère donc...des petits compléments »*.

Mme F. évoquait aussi les difficultés liées à l'allaitement qui pour elle, ont fini par conduire vers la dépression *« le dernier point, c'était l'allaitement en fait. L'allaitement je pense que c'est le dernier truc qui a fini de me mettre au fond du trou », « c'est l'allaitement qui a fini par m'achever »*.

Pour Mme H., l'allaitement a aussi impacté son moral, elle disait *« je n'ai pas eu de montée de lait, il ne prenait pas bien le sein [...] j'étais perdue, je n'étais pas bien, j'étais perdue »*. Mme H., en manque de repères semblait totalement désorientée.

Pour Mme G. le fait qu'elle ne considérait pas sa fille comme son enfant, fait qu'il était trop compliqué de l'allaiter *« je n'ai pas voulu l'allaiter, pour moi c'était trop compliqué, pour moi c'était pas ma fille »*.

On perçoit ici un réel manque d'information et d'accompagnement chez ces patientes en ce qui concerne la mise en place de l'allaitement. En effet, des explications, des conseils sur l'allaitement ses différentes phases, les positions auraient pu permettre de déculpabiliser les femmes sur certains points. Il s'agit ici de patientes primipares, qui par manque d'expérience nécessitent un accompagnement peu être plus rapproché.

- **La pression autour de l'allaitement**

Le fait de faire face à de nombreux professionnels différents dont le discours diverge, a aussi mis Mme G. en difficulté *« j'ai eu plein de versions, par moments je trouve qu'il y a aussi un petit peu de pression, c'est mon ressenti »*. Elle parlait aussi de la pression mise par les professionnels de santé sur la femme en ce qui concerne l'allaitement *« dans le sens où quand on a décidé d'allaiter, il faut que ça marche quoi »*. Elle exprimait aussi la douleur ressentie lors des mises au sein, douleur entraînant une fatigue physique.

Mme I. éprouvait également des difficultés avec l'allaitement maternel. Elle subissait une certaine pression de la part du personnel soignant *« y a une sage femme avec qui ça s'est pas hyper bien passé, j'avais l'impression de faire tout mal avec mon bébé, de ne pas bien le mettre au sein, de ne pas bien m'en occuper et je me disais « donc je ne sais pas accoucher et en plus je ne sais pas m'occuper de mon bébé ! »*. Cette pression aboutira à un arrêt de l'allaitement *« l'allaitement qui me tenait tant à cœur a échoué », « il fallait que j'arrête de me prendre la tête avec cet allaitement »*.

Mme J. déclarait aussi avoir voulu *« absolument allaiter »*. Elle expliquait cependant avoir subi beaucoup de pression *« une sage-femme m'a beaucoup stressée, en me disant que c'est parce que je n'avais pas assez de lait, qu'il fallait que je donne le biberon, parce que je ne nourrissais pas ma fille correctement », « j'étais en pleurs parce que ce n'est pas ce que je voulais et j'avais déjà l'impression de ne pas faire correctement »*. Cela entraînait alors de la culpabilité.

On voit que certaines de ces femmes se mettent elles même beaucoup de pression et veulent à tout prix réussir leur allaitement. La notion de perfection est aussi très présente ici. De plus, une forte pression semble être exercée par le personnel soignant ce qui fragilise la mère. Cette pression et ce

perfectionnisme ne font qu'augmenter le sentiment de déception, d'échec et provoque un manque de confiance en soi lorsque l'allaitement échoue. De plus, l'allaitement a une symbolique forte, le but de celui-ci est de nourrir son enfant. Si la mère n'y arrive pas ou arrête celui-ci, cela peut aussi porter atteinte à la confiance en soi et en son statut de mère. On peut supposer alors qu'elle peut se sentir comme étant « une mauvaise mère ». La dédramatisation, l'écoute et la bienveillance du personnel et des proches autour de l'allaitement pourraient permettre à ces femmes d'accepter tout cela.

Une étude de M. Lacombe [33] relate que la durée d'allaitement maternel serait plus courte chez les mères déprimées par rapport aux femmes non déprimées.

4.4.3 Le poids de la culture, des stéréotypes et de la famille

- **Le poids des stéréotypes**

Pour Mme B. on ressentait le poids des stéréotypes donnés par la société. Une mère doit en effet être heureuse lorsqu'elle devient mère « *je souris, parce qu'il faut sourire, parce qu'on doit être heureuse quand on devient maman. Mais moi j'étais un peu perdue* ».

Suite à ces événements, on peut à nouveau se poser la question des stéréotypes établis par la société quant au fait d'être « une bonne mère », heureuse, épanouie, qui sait s'occuper de son bébé. Ces stéréotypes sont d'autant plus modifiés lorsqu'il y a un choc de culture.

- **Le poids de la famille**

2 des femmes rencontrées évoquent avec moi, avoir eu des difficultés avec leur belle-famille, et plus particulièrement leur belle-mère. Il existe toujours une certaine rivalité belle-mère / belle fille. En effet, la belle-mère cherche souvent à conserver ou à retrouver sa place auprès de son fils, elle peut alors paraître très envahissante. [21]

Mme J. expliquait avoir subi beaucoup de pression de la part de sa belle famille « *j'ai eu beaucoup de pression de ma belle-famille, ma belle mère voulait tout contrôler* ».

Mme I. évoquait aussi les difficultés rencontrées lors de la confrontation de ses choix face aux idées de sa belle mère. Cela provoquait de l'angoisse et du stress chez cette patiente « *j'avais peur qu'on ne respecte pas mes choix concernant notre enfant* », « *elle s'imposait* », « *j'avais peur de ne pas être respectée, et que mon enfant ne le soit pas non plus* », « *ces soucis avec la belle mère ça a gâché ma grossesse* », « *elle décide tout pour tout le monde* », « *j'avais peur que mon mari ne prenne pas sa place de père face à sa mère* ». Ses appréhensions par rapport à sa belle mère se sont confirmées « *la situation a dégénéré* », « *elle m'arrachait ma fille des bras* », « *des reproches incessants* », « *j'avais l'impression de ne pas être une bonne mère et puis il y avait une espèce d'angoisse* », « *une horreur ! et ça a beaucoup participé à mon désarroi* ». De plus, Mme I. étant une primipare, les propos de sa belle mère peuvent résonner comme une vérité car celle-ci a déjà de l'expérience. Ceci aggrave encore le sentiment de culpabilité et de perte de confiance chez cette patiente.

- **La différence de culture**

Pour Mme D. l'arrivée de sa belle famille dans les suites de couches semblait avoir joué un rôle dans l'apparition de sa dépression par la suite. En effet sa belle famille, issue d'une culture différente, ne semblait pas avoir les mêmes attitudes en ce qui concerne la puériculture ou l'allaitement.

La maman parlait « *d'un mois de carnage* », « *elle me prenait mon enfant des bras (en parlant de sa belle mère)* », « *j'ai intégré le fait que j'étais une très mauvaise mère (silence)* », « *il y a eu une grande effraction dans ma vie* ». La patiente semblait retranscrire le mal être induit par la présence de ses beaux parents auprès de son bébé « *il avait intégré l'interdiction de pleurer* », « *beaucoup de stress, un bébé qui n'était plus le même* », « *c'était très violent pour moi je pense qu'il a absorbé mes vibrations* ». Ces reproches entraînaient une perte de confiance chez cette maman et une certaine culpabilité.

On peut supposer, que ces difficultés familiales et culturelles, peuvent avoir un réel rôle dans l'apparition de la dépression du post-partum. Ces conflits perpétuels augmentent sans doute la fragilité psychologique de ces patientes déjà vulnérables. Ces difficultés semblent être plus présentes chez les primipares qui, par manque d'expérience sont peut être plus sujettes à ce genre de critiques.

4.4.4 Les facteurs à repérer en suites de couches

En suites de couches, il sera important de repérer :

- Une persistance d'un sentiment de **peur** prégnant (*ex : peur de ne pas y arriver, peur des conséquences de l'accouchement*)
- Une **manque de confiance** en elle
- Une **douleur** persistante et difficilement tolérée par la patiente entraînant un épuisement, une fatigue physique et psychologique
- Une **difficulté d'établissement du lien mère-enfant**, difficulté à établir le lien de filiation (*ex : patiente qui ne décrit pas son bébé comme son enfant*)
- Une difficulté de **mise en place de l'allaitement maternel**, avec de l'agacement, de l'énervement lors des mises au sein.

4.5. Le manque d'information

- **Le manque d'information lors de la grossesse, l'accouchement, les suites de couches**

Toutes les patientes rencontrées exprimaient clairement un besoin d'information et d'explications sur les différents actes qu'elles vont subir. Bien souvent, ce besoin n'était pas assouvi, et les patientes restaient sans réponses, induisant du stress.

C'est le cas de Mme F. qui soulevait à de nombreuses reprises au cours de l'entretien « *on m'a très peu expliqué de choses* », « *un gros manque d'information, c'est ce que ça m'a fait* ».

Pour Mme B., il y a eu un manque d'information qui aurait pu être comblé avant la grossesse. Elle disait « *j'ai trouvé dommage que toutes ces choses ne soient pas dites avant la grossesse. Je me serai peut être autorisée à lâcher prise un peu plus, alors je ne sais pas si ça se serait mieux passé mais ...* »

Mme H. exprimait aussi ce manque d'information, lors de son suivi de grossesse, sa gynécologue « *ne lui a pas expliqué les choses* » générant alors de « *la colère* ».

Mme D. abordait également cette notion *« il y a la grossesse, où à chaque fois on me dit « ah il y a peut être un truc » et puis on ne va pas plus loin, on ne nous explique pas, on reste angoissée avec ça, et ça jusqu'à la fin de ma grossesse »*.

De même pour Mme B. concernant son épisiotomie. Peu d'informations lui ont été données, engendrant de la peur *« quand j'ai regardé ça m'a fait flippé (rire) »*. Le rendez vous avec la sage femme de rééducation lui a permis de dédramatiser et de comprendre *« je l'ai compris quand on m'a fait un schéma [...] parce que moi je me disais que j'allais avoir une poche ou j'en sais rien (rire nerveux) pour aller aux toilettes »*

Mme A. était également en demande d'informations *« j'aurais juste voulu qu'on prenne un peu de temps pour me donner des explications sur ce qui s'est passé. J'étais très anxieuse en plus à la sortie de la maternité »*.

Les informations, les explications données permettent de rassurer et de dédramatiser.

- **Le manque d'information concernant la dépression du post-partum**

Une majorité de patientes m'a également fait part de leur méconnaissance sur la possibilité de développer une dépression du post-partum.

Mme A. le disait clairement *« personne ne m'a jamais parlé de la dépression du post-partum »*.

Mme D. l'exprime aussi *« moi je n'avais jamais entendu parler de la dépression du post-partum, j'avais entendu dire qu'on pouvait avoir un petit coup de mou après l'accouchement, mais pas de là à faire une dépression »*. On voit ici que pour cette patiente l'apparition d'une dépression présente une certaine gravité, que cette patiente ne soupçonnait pas.

Pour Mme F. également elle avouait *« n'avoir jamais entendu parler de la dépression, et pourtant en discutant avec des personnes de mon entourage, on se rend compte que ça arrive beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, mais c'est encore tabou je trouve et du coup on en parle pas assez »*.

On se rend compte du manque de connaissances sur la dépression du post-partum et la nature des symptômes qu'elle engendre. Ainsi, un grand nombre de femmes n'ont pas su la reconnaître, d'où la sous-estimation des personnes souffrant de cette pathologie. Ces femmes connaissent pour la majorité le baby blues mais pas la dépression du post-partum.

4.6. Points à améliorer dans les pratiques

Beaucoup de patientes sont revenues sur la notion de l'accompagnement dont elles ont pu bénéficier au cours de la grossesse. 5 femmes sur les 10 interrogées ne sont pas satisfaites du suivi hospitalier dont elles ont bénéficié. Cette insatisfaction s'explique notamment par le manque d'information. En effet, les patientes sont de plus en plus désireuses d'être actrices de leur prise en charge et veulent comprendre. Il semble donc important pour les professionnels d'aller dans ce sens afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patientes pour permettre un meilleur ressenti.

De plus, 5 patientes sur 10 expriment le bénéfice ressenti suite à la participation de séances de préparation à la naissance et à la parentalité et de l'accompagnement réalisé par leur sage femme libérale.

Il semble donc essentiel d'encourager les femmes enceintes à participer à l'entretien prénatal précoce ainsi qu'aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité qui ont un but

d'information primordial. Ces séances permettraient aux femmes de comprendre, de dédramatiser certaines situations pouvant se rencontrer au cours de la grossesse et de l'accouchement. Cela pourrait permettre également de réaliser un projet de naissance dans la limite de ce qui est réalisable et concevable dans les pratiques professionnelles.

Enfin nous remarquons une grande méconnaissance des femmes. Toutes les patientes interrogées étaient en demande d'informations sur les actes effectués par la grossesse mais aussi sur la dépression du post-partum. Le rôle d'information tout au long de la grossesse est donc capital. Il serait nécessaire d'aborder un peu plus le sujet de la dépression avec les patientes. Celui-ci doit normalement être abordé au cours de la préparation à la naissance, mais il serait aussi intéressant de d'insister à nouveau sur ce sujet pendant le séjour en suites de couches par exemple.

De plus l'HAS préconise dans ses recommandations de 2014, « *un entretien post-natal précoce (réalisé entre le 8^{ème} et 15^{ème} jour suivant l'accouchement) qui permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leur difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion* ». Cet outil de prévention primaire pourrait à nouveau permettre de repérer certaines vulnérabilités précocement et ainsi d'orienter les patientes vers les professionnels adaptés. Actuellement, il n'est pas généralisé sur l'ensemble du territoire national, du fait du manque de formation des professionnels concernant cet entretien.[34] Il serait intéressant de le proposer davantage aux accouchées.

L'axe préventif de la dépression du post-partum ne semble pas être optimal, il serait donc important de l'améliorer grâce à la réalisation systématique de l'entretien prénatal précoce à la recherche des vulnérabilités de chaque patientes. Il est nécessaire également d'informer les femmes sur la dépression du post-partum et la nature des symptômes qu'elle engendre.

Par ailleurs, il est primordial de sensibiliser les professionnels aux troubles psychiques de la périnatalité. Des formations sont actuellement proposées au sein de la filière de psychiatrie périnatale de Limoges et pourraient permettre aux professionnels d'avoir de meilleures connaissances sur le sujet. Des reprises de cas cliniques sont aussi réalisées. Le simple fait de revenir sur le vécu de la femme avec elle, par le biais de l'entretien post-natal précoce par exemple, pourrait permettre de dépister certaines vulnérabilités, mais l'utilisation de cet outil nécessite également la formation des professionnels.

Conclusion

A travers ce travail, nous nous sommes rendus compte qu'une multitude de facteurs intrinsèques et extrinsèques interviennent dans l'apparition de la dépression du post-partum. La clinique est polymorphe et spécifique à chaque patiente, cette étude n'a pas mis en évidence de facteurs spécifiques de la dépression, communs à toutes les patientes. Toute patiente est donc à risque de dépression du post-partum.

Néanmoins, certains thèmes sont récurrents chez les patientes. Au cours de la grossesse, 60 % des femmes expriment des sentiments négatifs tels que de la peur, du stress et de l'angoisse pouvant notamment être expliqués par un mauvais vécu de l'accompagnement hospitalier.

Lors de l'accouchement, 60% d'entre elles ont mal vécu la douleur de celui-ci, moment ressenti par la moitié d'entre elles comme violent et traumatique par la suite.

Lors des suites de couches, 80% des femmes abordent des difficultés de mise en place du lien mère enfant. Enfin, 60% des patientes relatent les difficultés de mise en place de l'allaitement maternel et la pression induite par les professionnels autour de ce thème.

La totalité des patientes révèlent ne pas avoir reçu assez d'informations sur les actes effectués pendant la grossesse et l'accouchement mais aussi sur la dépression du post-partum.

Ces thèmes ont pu être confortés par les données de la littérature, qui allait dans le même sens.

Nous avons également pu remarquer que ces patientes étaient de plus en plus en demande d'attention et d'un accompagnement de proximité et de qualité. La place du soignant est donc essentielle.

Cet accompagnement de qualité pourrait passer par la réalisation systématique d'un entretien prénatal précoce bien mené, qui prend en compte les attentes des futurs parents. L'arrêté du 18 octobre 2019, va d'ailleurs dans ce sens rendant l'entretien prénatal précoce obligatoire chez toutes les patientes. Ce texte de loi sera mis en place dès mai 2020. Mais afin de réaliser au mieux l'entretien prénatal précoce, la formation du personnel est primordiale. L'entretien prénatal précoce permet un dépistage des vulnérabilités des femmes et de proposer un accompagnement ciblé sur les attentes des couples.

La réalisation d'un projet de naissance peut aussi être intéressante. Il nous paraît tout de même important que ces femmes restent flexibles et ouvertes aux éventualités possibles en étant guidées par les professionnels de santé lors de la réalisation de celui-ci.

Le bénéfice de la préparation à la naissance et à la parentalité est autant important. Selon nous il permettrait de dédramatiser certaines notions de la grossesse et de l'accouchement, d'apporter des informations à ces patientes, les rendant actrices de leur parcours de soins. Cela pourrait apporter plus de sérénité, et diminuer les peurs, les angoisses relatives à l'accouchement.

Afin de permettre une meilleure prévention de la dépression du post-partum et des autres éventuelles vulnérabilités, le Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine travaille actuellement sur un auto-questionnaire. Cet auto-questionnaire serait à compléter en début de grossesse. Il permettra ensuite au praticien d'axer sa prise en charge notamment sur le plan psychologique, social ou addictologique. Cet auto-questionnaire va prochainement être testé dans les 3 hôpitaux de la région. D'autres auto-

questionnaires, utilisés sur d'autres territoires, peuvent également servir à dépister les vulnérabilités des femmes comme l'EPDS ou le GEGA (annexe 4 et 5).

Dans le post-partum, faire un point sur le vécu de chaque patiente pourrait permettre de libérer la parole. Il paraît important de sensibiliser les professionnels sur les difficultés d'établissement de la relation mère enfant, qui peut être un prodrome de la dépression du post-partum. Des outils sont aussi disponibles pour aider au diagnostic comme l'auto questionnaire Mother to Infant Bonding Scale ou l'EPDS (annexe 6).

Enfin refaire le point avec ses patientes lors de la visite post-natale, discuter avec elles de leur vécu, pourrait être bénéfique. La réalisation d'un entretien post-natal précoce, recommandé par l'HAS serait à généraliser sur l'ensemble du territoire national.

Pour savoir si ces comportements sont spécifiques des femmes déprimées il aurait été intéressant de mener une étude qualitative comparative des discours des accouchées présentant une dépression du post-partum versus les accouchées sans dépression du post-partum.

Références bibliographiques

1. Jacques Dayan. Post-Partum Blues. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. 2014. p. 253-7. (Les âges de la vie), consulté le 24/05/2018
- 2 Jacques Dayan. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. oct 2007;549-61. Consulté le 24/05/2018
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010. Consulté le 25/05/2018
4. A.-L. Sutter-Dallay. Dépression postnatale. In: Traité d'obstétrique. Elsevier Masson. 2010. p. 502-8. Consulté le 25/05/2018
5. DSM-IV, Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Consulté le 05/07/2018
6. Jacques Dayan. Dépression du post-partum - Vulnérabilité et facteurs de risque. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. 2014. p. 161-70. (Les âges de la vie). Consulté le 24/05/2018
7. L'identification de facteurs de risques prédictifs pour une dépression du post-partum, J Manzano, Revue Médicale Suisse, 2002, volume 2 consulté le 20/08/2018
8. N. Baloutch, Troubles psychiques de la puerpéralité : évaluation de son retentissement sur la relation mère-bébé, thèse pour le diplôme de docteur en médecine, 1999, Université de Limoges, Faculté de médecine consulté le 29/09/2018
9. Gaëlle Rebière, influence du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition de troubles anxieux dépressifs dans le post partum, consulté le 12/04/2018
10. Jacques Dayan. Anxiété et stress - Troubles anxieux caractérisés. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. 2014. p. 187-93. (Les âges de la vie). Consulté le 24/05/2018
10. P.E Bouet et al., Etat de stress post-traumatique et hémorragie de la délivrance, La lettre au gynécologue, n° 378/379, janvier-février 2013, consulté le 15/06/2018
11. Inserm, Santé publique France, Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5^{ème} rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 201-2012/p.18 consulté le 10/10/2018
12. S. Bydlowski. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 31 oct 2015;(44):1152-6. Consulté le 24/05/2018
13. La dépression postnatale sortir du silence, Nathalie Nanzer consulté le 24/05/2018

14. Heim A., Benassouli P, et Coll, troubles psychiques et grossesse, éditions techniques, Encycl.Med. Chir. (paris, France) Gynécologie/Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie consulté le 09/09/2018
15. Deborah Da Costa et Al. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood, Journal of affective disorder, Elsevier, June 1999consulté le 20/08/2018
16. Bernard E, ZakarianC, Pauly V, Riquet S, Evaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement au Gynepole Marseille, Santé publique, 2017 ; 29(5), consulté le 21/11/2018
17. P.Gosselin, K. Chabot et al. La peur de l'accouchement chez les nullipares. L'Encéphale. 2016;(42):191-6. Consulté le 24/06/2018
18. Anne Denis, Stacey Callahan, Etat de stress post traumatique et accouchement classique : revue de la littérature, Elsevier masson, Journal de thérapie comportementale et cognitive, 2009, consulté le 24/06/2018
19. Mouna Coulibaly, L'état de stress post-traumatique en périnatalité, plaquette d'information, consulté le 28/11/2018
20. Alipour Zahra et coll. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women, Women Birth, 2011, consulté le 19/02/2020
21. Site web : wikipédia. com
22. Martine Spiess, Le vacillement des femmes en début de grossesse, ERES, « dialogue », cairn.info, 2002/3, n°157, pages 42 à 50, consulté le 22/11/2019
23. Academy of Medical Royal Colleges / National Collaborating Centre for Mental Health, London, December 2011 "INDUCED ABORTION AND MENTAL HEALTH – A SYSTEMATIC REVIEW", consulté le 19/02/2020
24. B. Figueiredo et al., Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse, médecine et hygiène, « devenir », 2007/3, vol.19, pages 243 à 260, cairn. Info, consulté le 19/02/2020
25. Roshni R. Patel et Kathryn Hollins, « Clinical report: the joint obstetric and psychiatric management of phobic anxiety disorders in pregnancy. », *J Psychosom Obstet Gynaecol*, n° 36(1), 2015, p. 10-14
26. Site web : <https://www.psychologies.com>
27. Alanne Cova, Impact du suivi d'une préparation à la naissance et à la parentalité sur le ressenti des primipares, mémoire en vue de l'obtention du DE de Sage-femme, Université de Grenoble Alpes, UFR de médecine de Grenoble, 21/06/2016, consulté le 24/11/2019
28. Clapp J.F, Little K.D, Effect of recreational exercise on pregnancy weight gain and subcutaneous fat deposition. Med. Sci. Sports Exercise. 1995.27.170-7. Consulté le 05/12/2019
29. T. Adam, les bénéfices de l'activité physique pendant la grossesse, article, gynécologie du sport, pages 269-274, Springer, Paris, 2012, consulté le 5/12/2019

30. M. Boudou et al., Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues, psychopathologie, L'encéphale (2007) 33, 805-810, Elsevier, consulté le 25/11/2019
31. Klier CM., Mother-infant bonding disorders in patients with postnatal depression : the postpartum Bonding Questionnaire in clinical practice, Womens Mental Health, 2006 ;9 :289-91, consulté le 25/11/2019
32. M. Byldowski, Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, Médecine et Hygiène, « Devenir », cairn.info, 2001/2 Vol.13, pages 41 à 52, consulté le 25/11/2019
33. M. Lacombe, Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant : rôle des interactions mère enfant, de la dépression postnatale et du tempérament de l'enfant, thèse présentée à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences infirmières, université de Montréal, décembre 2006, consulté le 05/12/2019
34. Recommandation de bonne pratique, Haute Autorité de Santé, Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux nés. Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Mars 2014

Annexes

Annexe 1 : Trame pour les entretiens semi-directifs	48
Annexe 2 : Courrier explicatif à l'attention des patientes	50
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés	51
Annexe 4 : Echelle de dépression du post-partum d'Edinburg.....	52
Annexe 5 : Auto-questionnaire du Groupe d'Etude Grossesse et Addictions	53
Annexe 6 : Mother To Infant Bonding Scale	54
Annexe 7 : Entretien de Mme A.....	55

Annexe 1 : Trame pour les entretiens semi-directifs

QUESTION DE RECHERCHE : Quel vécu de la grossesse et de l'accouchement ont les femmes ayant présenté une dépression du post-partum, suivies à l'Unité Mère Bébé (UMB) de Limoges ?

Madame, dans le cadre de mon étude, je m'intéresse aux patientes suivies par le Docteur Rainelli et je souhaite retracer avec vous le vécu de votre grossesse et de votre accouchement.

Cet entretien sera enregistré et restera strictement confidentiel. Je suis tenue au secret médical et les données récoltées seront seulement utilisées dans le cadre de mon mémoire. Aucune informations concernant votre identité ne sera divulguées. Sa durée prévue est d'environ une heure.

Etes- vous d'accord ?

Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Présentation générale : Tout d'abord pouvez vous vous présenter ?

→ Les items à aborder seront les suivants :

- Age :
- Statut professionnel
- Statut marital
- Parité/Gestité

J'aimerais que vous me racontiez comment vous avez vécu de votre grossesse...

→ Relance possibles durant l'entretien si la patiente n'aborde pas le sujet d'elle même :

- Annonce
- Réactions face aux différents maux de la grossesse (nausées, RGO, fatigue, douleurs dorsales)
- Différents sentiments ressentis pendant la grossesse
- Réactions face aux modifications physiques (prise de poids, modifications corporelles)
- Etat psychologique pendant la grossesse
- Pathologies pendant la grossesse (HTA, PE, diabète, RCIU, oligoamnios,...)
- Accompagnement pendant la grossesse (entourage, personnel soignant)
- Suivi de la grossesse (échographies, consultations)
- Craintes, angoisses, peurs

J'aimerais que vous me racontiez le vécu votre accouchement...

→ Relance possibles durant l'entretien si la patiente n'aborde pas le sujet d'elle même :

- Circonstance de mise en travail
- Attente de l'arrivée de l'enfant
- Douleur durant le travail
- Surveillance pendant le travail
- Problèmes durant le travail
- Vécu de l'expulsion
- Rencontre avec l'enfant

- Délivrance, lésions périnéales

J'aimerais que vous me racontiez le vécu des suites de couches immédiates en salle de naissance

➔ Relance possibles durant l'entretien si la patiente n'aborde pas le sujet d'elle même :

- Premiers moments avec l'enfant
- Surveillances des suites de couches immédiates
- Complications éventuelles

Voyez-vous ou avez-vous des choses à rajouter et qui n'ont pas été abordées au cours de l'entretien ?

Y-a-t-il des choses, des questions qui vous ont heurtées au cours de l'entretien ?

Annexe 2 : Courrier explicatif à l'attention des patientes

Madame,

Je m'appelle Manon ROUGERIE, je suis étudiante à l'école de sages-femmes de Limoges. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse au vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes ayant nécessité un suivi au sein de l'Unité Mère Enfant. Cet entretien sera réalisé avec votre accord mais aussi celui de votre psychiatre le Dr Rainelli. Le but de cette étude étant de connaître les signes précurseurs de difficultés psychologiques dans le post-partum afin d'améliorer la prise en charge par la suite.

Ainsi, je souhaiterais vous rencontrer lors d'un entretien où certaines questions concernant le vécu de votre grossesse et de votre accouchement seront abordées. Celui-ci durera environ 1 heure. Cet entretien sera enregistré avec votre accord. Votre identité ne sera jamais mentionnée et l'anonymat sera conservé. Tout ce qui sera dit, sera tenu au secret médical et les données recueillies seront seulement utilisées dans le cadre de mon mémoire.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous prie de bien vouloir remplir les renseignements ci-dessous. L'entretien pourra par la suite être planifié, en fonction de vos disponibilités.

Je me tiens à votre disposition pour plus d'informations :

Au 06.58.04.90.56 ou par mail : manon.rougerie.2403gmail.com

Je vous remercie par avance de l'attention que vous pourrez porter à mon étude.

Cordialement,

Manon ROUGERIE

CONSENTEMENT ECRIT DE PARTICIPATION A L'ETUDE

NOM :

Prénom :

N° de téléphone :

Adresse mail :

☐ Accepte de participer à cette étude

☐ Refuse de participer à cette étude

Signature :

ANNEXE 3 : TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRETIENS REALISES

	Age	Statut marital	Parité	Profession
Mme A.	31 ans	Mariée	Primipare	Mère au foyer
Mme B.	34 ans	Concubinage	Primipare	Infirmière
Mme C.	39 ans	Concubinage	Primipare	Enseignante
Mme D.	43 ans	Mariée	Deuxième pare	Educatrice
Mme E.	35 ans	Concubinage	Troisième pare	Enseignante
Mme F.	38 ans	Mariée	Primipare	Enseignante
Mme G.	27 ans	Mariée	Deuxième pare	Infirmière
Mme H.	34 ans	Mariée	Primipare	Infirmière
Mme I.	28 ans	Mariée	Primipare	Infirmière
Mme J.	31 ans	Concubinage	Primipare	Projecteur en système de sécurité incendie

	Date du diagnostic	Nombre de mois depuis le diagnostic	Traitement/Suivi psychologique	Durée de l'entretien
Mme A.	3 semaines-post partum	Il y a 12 mois	Pas de traitement médicamenteux, Pas d'hospitalisation, Suivi psy x 1/mois actuellement,	1h40
Mme B.	2 semaines post-partum	Il y a 7 mois	Hospi en HDJ au début, Traitement qu'elle vient d'arrêter, Suivi psy x2/mois	41 minutes
Mme C.	4 semaines post-partum	Il y a 11 mois	Pas de traitement, Suivi psy x1/ 2mois	33 minutes
Mme D.	8 semaines post-partum	Il y a 6mois	Traitement médicamenteux Suivi psy x2/mois	1h 14
Mme E.	8 semaines post-partum	Il y a 8mois	Traitement médicamenteux Suivi x2/mois	36 minutes
Mme F.	4 semaines post-partum	Il y a 10 mois	Traitement médicamenteux Suivi x2/mois	50 minutes
Mme G.	4 semaines post-partum	Il y a 7 mois	Traitement médicamenteux Suivi psy x2/ mois	1 h
Mme H.	5 semaines post-partum	Il y a 10 mois	Suivi psychologique x2/mois	50 minutes
Mme I.	6 semaines post-partum	Il y a 9 mois	Suivi psychologique x1/mois	1h15
Mme J.	4 semaines post-partum	Il y 10 mois	Suivi psychologique x1/mois	55 minutes

ANNEXE 4 : ECHELLE DE DEPRESSION DU POST-PARTUM D'EDIMBOURG

*Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément
à vos sentiments depuis les sept derniers jours.*

- | | |
|--|---|
| <p>1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.
Aussi souvent que d'habitude
Pas tout à fait autant
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
Absolument pas</p> | <p>6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements*.
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude</p> |
| <p>2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.
Autant que d'habitude
Plutôt moins que d'habitude
Vraiment moins que d'habitude
Pratiquement pas</p> | <p>7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, pas du tout</p> |
| <p>3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, jamais</p> | <p>8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Pas très souvent
Non, pas du tout</p> |
| <p>4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.
Non, pas du tout
Presque jamais
Oui, parfois
Oui, très souvent</p> | <p>9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Seulement de temps en temps
Non, jamais</p> |
| <p>5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.
Oui, vraiment souvent
Oui, parfois
Non, pas très souvent
Non, pas du tout</p> | <p>10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.
Oui, très souvent
Parfois
Presque jamais
Jamais</p> |

ANNEXE 5 : AUTO- QUESTIONNAIRE DE GROUPE D'ETUDE GROSSESSE ET ADDICTIONS

Madame, Mademoiselle, Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle). Si vous le désirez, une aide pourra vous être proposée.		
	OUI	NON
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les événements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?		
5- Dans votre vie, avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
6- Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant la grossesse ? (Plusieurs réponses possibles) Eau ☐ Soda ☐ cidre ☐ bière ☐ vin ☐ alcool fort ☐ café ☐ autre :		
7- Depuis le début de votre grossesse, vous est-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
8- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ? ☐ 0 ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ >30		
9- Fumez-vous actuellement ?		
10- Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, MDMA, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue ?		
11- Vous est-il arrivé d'en consommer ces derniers mois ?		
12- Ces derniers mois, avez-vous pris un de ces médicaments : tranquillisants, antidépresseurs, benzo, somnifères, méthadone, Subutex®, antidouleurs, autres ?		
13- Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques et/ou physiques ?		
14- Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?		
15- Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?		
16- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, accès aux soins, factures, démarches administratives... ?		
17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure ?		

<http://www.asso-gega.org/>

Annexe 6 : Mother to Infant Bonding Scale

Tableau 1. *Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS)*

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé	0	1	2	3
Sentiment d'en vouloir à mon bébé	3	2	1	0
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion	3	2	1	0
Joie	0	1	2	3
Sentiment de ne pas être attirée par mon bébé	3	2	1	0
Protectrice	0	1	2	3
Déçue	3	2	1	0
Aggressive	3	2	1	0

Note d'accompagnement. Ces questions concernent vos sentiments pour votre enfant depuis qu'il est né. Quelques adjectifs sont listés ci-dessus qui décrivent quelques-uns des sentiments que les mères ont envers leur bébé durant les premières semaines qui suivent la naissance. Faites une croix en face de chaque mot, dans la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie depuis la naissance de votre bébé.

Annexe 7 : Entretien de Mme A.

Je rencontre cette patiente au sein de l'UMB. Nous avons planifié la date de l'entretien par téléphone au préalable et j'avais expliqué le but de mon étude à la patiente. Lors de notre rencontre la patiente se présente avec sa fille.

Bonjour Mme X., je suis Manon Rougerie, l'étudiante sage femme que vous avez eu au téléphone, venez avec moi nous allons nous installer dans la bibliothèque. Comment allez-vous ?

Ca va très bien merci.

La patiente pose ses affaires, installe sa fille par terre avec ses jouets et s'installe sur la chaise.

Je lui réexplique en quoi consiste mon étude, le déroulement de l'entretien et lui rappelle que cet entretien sera anonyme. Elle signe le consentement écrit.

Tout d'abord j'aimerais que vous vous présentiez brièvement...

Je m'appelle Mme A., j'ai 31 ans, je suis la maman de a. âgée de 14 mois, c'est mon premier bébé et je suis mère au foyer. Voilà.

D'accord. En tout cas, merci encore de m'accorder de votre temps. Du coup, l'entretien durera environ 1 heure. Le but étant de vous laisser parler afin que vous me racontiez comment vous avez vécu votre accouchement et votre grossesse.

De rien, je trouve ça important d'en parler.

J'aimerais tout d'abord que vous me racontiez comment vous avez vécu votre grossesse, en partant du début de la grossesse...

Oui, alors je même partir d'avant (*rires*)

Et bien si vous voulez !

En fait on a décidé avec mon mari de faire un enfant fin décembre 2017 (*bruit de sa fille*),... non du tout fin décembre 2016, que je ne dise pas de bêtises. Et ... donc j'ai arrêté la pilule et je suis tombée enceinte tout de suite. Donc ça, très bien. Sauf qu'à l'époque quand on a fait la prise de sang ça ressortait que c'était quand même assez faible, donc mon médecin avait peur que ce soit une grossesse extra utérine. Donc du coup, j'ai passé des échographies tout ça. Et on m'a répondu que le fœtus était trop petit par rapport à la date de la grossesse. Donc soit ça c'était arrêté, soit la date de grossesse n'était pas celle qu'on pensait quoi. Donc il me restait qu'à attendre 15 jours pour savoir. Donc 15 jours de stress évidemment. Au bout de 15 jours, je retourne chez ma gynéco qui me fait une échographie et qui me dit « Oh ben y a un cœur ! ». Bon ben c'est que ça continue alors, bon ben c'est bon. J'étais super contente forcément, donc voilà. Et quelques jours après j'ai commencé à saigner. Donc forcément un peu paniquée, je l'appelle elle me dit « Allez tout de suite à l'HME ! » donc là, à l'HME on m'a dit « Madame, c'est terminé ». Donc euh ... (*elle regarde dans le vide*) ... donc on a perdu ce bébé là. On m'a dit « Vous attendez d'avoir 2 cycles avant de reprendre les essais et puis vous voyez ». Donc forcément j'attendais le retour de couches avec impatience, mais d'un autre côté, la peur de l'échec, que ça recommence. Et puis ben, on a attendu 2 cycles et au bout de 2 cycles on a repris les essais et puis ben pareil, je suis retombée enceinte tout de suite. Donc moi ma grossesse elle a été un peu stressante jusqu'à la première échographie, fin la vrai vous savez celle du premier trimestre, où là j'ai pu entendre son cœur, la voir bouger tout ça et de voir qu'elle avait déjà des membres, là je me suis dit (*souffle*) « Ok là maintenant ça va aller ! » donc j'étais détendue et ma grossesse elle a été parfaite, (*souffle*) enfin vraiment quoi, aucun désagréments de grossesse, enfin un peu de fatigue mais rien de fou quoi, tout le monde me faisait un monde comme si c'était la pire chose qui pouvait nous arriver dans la vie alors que moi enfin, vraiment je serai restée enceinte toute ma vie hein ! Tout était parfait ! Je me sentais bien dans mon corps et dans ma tête. Et puis j'adorais voir mon corps changer au fur et à mesure que mon bébé grandissait. Et du coup y a juste eu une fois au dernier trimestre, un peu avant la dernière échographie, où j'ai dû aller aux urgences parce qu'elle n'avait pas bouger de toute la journée et ça commençait un peu à nous inquiéter quand même, surtout qu'on a fait de l'haptonomie avec mon mari et qu'en général si moi j'arrivais pas à la faire bouger, elle répondait toujours à son père donc là même lui il y avait rien donc on a eu un petit peu peur donc on est allé à l'HME. Puis là, à peine il y avait le monito sur mon ventre... elle s'en est donnée à cœur joie donc rassurée mais bon ils ont dit « On va quand même tout vérifier, on sait jamais ça fait quand même long depuis ce matin ».

Donc ils ont fait une échographie et là l'interne me dit « Ah oui mais là par contre le bébé il est toujours en siège, à ce stade là de la grossesse c'est préoccupant ! » ...je vous ressors les mots texto, j'ai de la mémoire en plus (*rires*) donc j'étais là « Ah bon, et tout, d'accord... Ok, qu'es ce que je fais » ; « Ah ben vous verrez bien ça avec la sage femme ! » ; « Bon ben Ok, d'accord » j'étais un peu mal quoi mais bon, la sage femme qui me faisait la préparation à l'accouchement elle me fait « Non, non mais c'est rien de grave ne vous inquiétez pas le bébé va se retourner y a pas de problèmes ». Donc j'ai quand même fait de l'acupuncture, pour essayer de l'aider, donc elle s'était retournée, je l'avais sentie et la veille de l'échographie, la dernière elle s'est re-retournée. Donc je suis arrivée à l'écho chez le docteur, je lui ai dit « Normalement il a la tête en bas », il me dit « Non, non il est en siège le bébé et puis siège décomplété donc vous allez avoir une césarienne à tous les coups ! ». Donc moi j'étais là « Euh non, non !! ». Moi j'avais le projet d'un accouchement physiologique sans péridurale et tout, ça faisait plus d'un an que je me préparais à ça, je me voyais pas avoir une césarienne. Ma mère elle a eu 2 césariennes, moi pour moi ce n'était juste pas possible en fait, que ça se repasse pareil pour moi. Donc forcément, j'étais complètement effondrée donc là, avec ma sage femme libérale, on refait l'acupuncture encore plus à fond et tout. Mais là se déclenche le protocole de siège. Donc j'ai rendez vous avec le médecin à l'hôpital, qui m'explique ce qu'il va se passer il me dit « Mais ne vous inquiétez pas, moi je vais vous accoucher en siège blabla... ». Bon OK ... (*regard douteux*), j'étais un peu mal parce qu'il m'avait dit ça sera forcément sous péridurale. Donc moi qui, à la base ne voulais pas du tout médicaliser mon accouchement... A la base je voulais même accoucher à la maison, c'était mon mari qui n'était pas d'accord, donc on s'était mis d'accord sur le fait que je gérais mon accouchement comme je le voulais mais ça serait à l'hôpital. Donc bon voilà, là il me dit ça, donc moi j'étais complètement... (*souffle et fait une expression étonnée et désorientée*). Il me parle rapidement quand même de césarienne. Donc je lui dis « Non, non » il me dit « Non mais de toute façon on va l'éviter, moi je ne suis pas pour, j'évite tant que je peux ». Donc j'ai eu le droit à l'IRM et puis il me dit « On va faire la version aussi ». Alors au début la version, j'étais pas chaude non plus, je me suis dit ça risque de faire mal au bébé pour rien, donc là j'étais pas ... (*expression non convaincue*) et puis ma sage femme m'a dit « Ecoutez, vous connaissant il faut que vous essayez parce que sinon si vous le faites pas que le bébé reste en siège vous allez le regretter ». Donc on a quand même tenté la version, et c'est au moment de la version, comme la version se fait sous écho, qu'ils se sont rendu compte que le niveau de liquide était un peu en dessous de ce qu'il devait être. Mais ils me disent « Non mais c'est rien, mais vous reviendrez quand même la semaine prochaine pour contrôler ». Bon alors (*air étonné*) ... Donc personne ne m'avait parlé d'oligoamnios, tout le monde m'avait dit que le niveau de liquide est un peu bas. C'est moi après, rentrée chez moi je me suis dit mais « Mince c'est dû à quoi, qu'es ce que je peux faire pour régler ce problème ? » (*rires*) Je pensais bêtement que je pouvais y faire quelque chose (*gazouillement de son bébé*). Et puis la semaine d'après, je me retrouve à l'HME avec la sage femme d'exploration et puis à sa tête..., et puis je regardais l'écho, je voyais bien qu'il n'y avait plus beaucoup de liquide. Voilà, donc là j'ai commencé à être mal elle, m'a dit « Non mais qu'es ce qu'il y a ? » je lui dis « L'indice, il est de combien ? » elle regarde, elle me dit « Il est de 3,8 » je crois... un truc comme ça. Alors j'ai commencé à pleurer, elle me dit « Pourquoi vous pleurez ? », je lui dit « Ben c'est la césarienne quoi ! », elle dit « Mais attendez, attendez », je dis « Non mais c'est bon laissez tomber » et puis je ne voulais pas donc forcément voilà... (*larmes aux yeux*) ... En plus j'étais à 37 semaines, donc moi, pour moi on allait me voler la fin de ma grossesse quoi. Et pfff ... en plus (*lève les yeux aux ciels*), elle me dit « Bon ben j'appelle l'interne » alors là elles se sont ramenés à deux, donc là déjà voilà... (*expression du visage signifiant que ça la dérangeais*) « Oui ben on va appeler le médecin » « Oui ben appelez le médecin ! » (*son bébé pleure*). Donc là, elles appellent le médecin et il leur a répondu qu'il fallait me garder quoi. Sauf qu'elles m'ont dit « Vous allez chercher vos affaires et puis vous revenez, on va vous mettre en grossesses pathologiques ». Donc bon déjà c'était moyen, moyen. Moi j'étais venue les mains dans les poches, donc je n'avais pas trop bien saisi l'importance en fait de ce manque de liquide quoi finalement. Et quand je suis revenue d'aller faire pipi, parce que bien sur on fait pipi toutes les 30 secondes voilà ... (*rires aux lèvres*) et là elle me dit « Non mais vous avez pas bien compris, vous n'allez pas ressortir de l'hôpital ». Ah ! ... alors là pour moi c'était ... (*expression triste*) et je pense que la sage femme d'explo, elle l'a vu parce que elle m'a dit vous allez descendre faire une prise de sang pour l'admission, je commençais à prendre mes affaires elle m'a dit « Non par contre vos affaires elles vont rester là » (*rires*). Donc elle a du voir que je voulais me barrer. Et

honnêtement, j'y ai pensé à partir et pas revenir, mais bon c'était ridicule. Donc bon, j'ai appelé mon mari pour qu'il aille me chercher quelques trucs à la maison, parce que j'avais même pas de batterie sur mon téléphone, j'avais un livre mais je venais de le terminer, c'était la méthode de De Gasquet pour accoucher... truc que j'utiliserai pas du coup hein ! (*lève les yeux au ciel*). Bref hmmm... donc il me ramène mes affaires à midi, je m'installe dans la chambre et tout ça (*dit à sa fille qui vient de passer sur ces genoux de ne pas manger les sièges comme ça, car c'est sale, sa fille crie.. la serre contre elle*). Donc là on était le 2 janvier, et là du coup je leur dit « Mais comment ça se passe du coup, qu'est ce qu'on fait ? », mais elles me disent « attendez le docteur viendra vous voir demain ». Oui demain... il était déjà midi, moi voilà quoi... (*lève les yeux aux ciels*). Donc le lendemain il s'est ramené, avec 5 ou 6 internes dans la chambre, donc là je me suis dit « ok je suis une bête de foire, c'est bon » et il m'explique que ça va être une césarienne et que ça sera le lendemain (*sa fille pleure, elle lui donne un jouet*)... ça sera le lendemain et euh voilà, donc je lui dis « Oui, par contre je vous explique, moi mon mari il va venir avec moi, il y a pas possibilité que ça se passe autrement » il me dit « Non mais il y a pas de soucis, je vais voir avec l'anesthésiste et tant qu'il est ok, moi pour moi il y a aucun problème à ce qu'il vienne, faudra juste le mettre au courant que c'est pas forcément toujours facile d'être au bloc, les bruits tout ça, les odeurs ». Oui mais bon moi je savais bien que mon mari ne voudrait pas rater la naissance de son premier bébé quoi (*sa fille fait du bruit en jouant*). Et donc il a passé la nuit avec moi, dans cette chambre surchauffée !! (*rires*). Et le lendemain, quasiment après le réveil, on est parti en salle de naissance quoi (*rires exagérés*)... en salle de naissance ... en salle de je sais pas trop quoi en salle d'observation. Bref, et puis bon là ils m'ont posé un monito tout ça blablabla... Et puis là, tout de suite ils m'ont posé la rachi, j'ai lutté, je me suis dit « Si jamais je m'évanouie, ils vont me faire une générale et là ça va être foutu » donc là c'était... (*larmes aux yeux*) voilà je suis revenue quoi et puis c'était parti. Mais bon voilà, la césarienne là pour moi ça a vraiment pas été un accouchement quoi. Parce que bon déjà le truc programmé mais pas programmé donc euh..., pas de contractions, pas de pertes des eaux. Alors je sentais effectivement, quand ils ont machiné parce qu'effectivement elle était coincée dans mes côtes donc euh... , ils m'ont bien remuée quoi, je crois même qu'à un moment donné la personne qui assistait le médecin s'est assise sur moi en fait, enfin en tout cas moi c'est ce que j'ai ressenti quoi. Mon mari me disait « Mais non, mais non » mais moi c'est se que je sentais.

Donc du coup votre mari avait bien pu assister à la césarienne avec vous ?

Oui, oui il était dans la salle juste à coté de moi. Donc au moins voilà quoi, il y avait déjà ça. Et puis en fait si vous voulez, on connaissait pas le sexe du bébé, on voulait pas savoir, et c'est le seul truc qu'on a pu respecter de notre projet de naissance en fait, c'est que je voulais que mon mari regarde si c'est une fille ou un garçon, comme ça il me disait directement le prénom (*son bébé pleure, elle se lève donc pour marcher autour de la table et bercer son bébé et le met au sein*). Et du coup voilà, c'est le seul truc qui a pu être respecté. Et donc il m'a dit son prénom. En plus, elle est partie vite et j'ai pas pu la voir, en fait c'est mon mari qui m'a dit « C'est une fille ! », mais moi je ne l'ai pas vu, on ne me l'a même pas amenée parce qu'apparemment elle n'allait pas très bien, elle était toute froide et le médecin m'a dit « Effectivement il n'y avait pas du tout de liquide quand j'ai ouvert ». Donc forcément c'était compliqué. Mais bon sur le moment si vous voulez, je me suis pas aperçue de tout ça, je l'ai pas entendue pleurer en plus, elle n'a pas pleuré pendant 26 secondes, c'est pas beaucoup 26 secondes, mais en même temps c'est énorme ! Et puis elle était déjà plus dans la salle, et puis vous imaginez en fait 26 secondes après être sortie de mon ventre elle était déjà plus avec moi c'est voilà... (*larmes aux yeux*). C'est juste invraisemblable ! Donc ils sont venus chercher mon mari quand même, je lui avais dit « Surtout tu restes bien avec le bébé, tout le temps, tu lui parles et tout parce que sinon c'est juste horrible quoi ». Et moi je suis restée là quoi, ils ont fait ce qu'ils avaient à faire ils m'ont recousu tout ça, blablabla... Arrivée en salle de réveil, j'ai commencé à dire « Mais je vais rester là longtemps ? Mon bébé il est où ? » ; « Oui, oui mais tant que vous pouvez pas bouger les jambes vous restez là »... Ouai ben t'inquiètes, les jambes je les ai vite bougées ! Mais personne était là quand même donc je leur ai dit, « Vous pouvez aller chercher ma mère », ma mère en plus elle travaille au CHU, et je savais qu'elle était là parce qu'il y avait une sage femme ... Je sais pas comment elle s'appelle cette dame, mais elle a vraiment été top parce que déjà ... Mon mari, elle avait dit à mon mari « Je vais lui donner des compléments » et j'avais dit à mon mari « Surtout pas !! ». Et du coup quand elle lui a dit « Il faut que je lui donne quelque chose », il lui a dit « Vous allez la voir, vous lui dites vous !! » (*rires*). Donc du coup, elle est venue me voir, elle m'a dit « Vous l'allaites ? » ; j'ai dit « Oui » donc elle lui a

donné, à la seringue donc bon... C'est déjà ça, même si maintenant je sais que j'aurais pu exprimer du collostrum pendant ma grossesse, mais que ça personne ne me l'a jamais dit... Mais bon bref, c'est pas grave. Et donc elle était venu me voir au bloc pour me dire « Votre maman est là, elle est avec votre mari et votre fille ». Donc je savais que ma mère était présente, donc en salle de réveil j'ai demandé si c'était possible qu'ils aillent me la chercher, ils m'ont dit « Non » j'ai dit « C'est bon ma mère elle travaille ici, elle a travaillé en réa, vous allez pas me faire chier, vous allez me la chercher quoi » (*pires nerveux*). Et apparemment, ben c'était pas possible ... bon. Donc à la fin, parce que je suis presque restée 3 heures en salle de réveil.... C'était super long, oui c'était super long, mais bon j'ai su qu'il y avait eu de grosses urgences ce jour là et vous allez voir c'est pas terminé ! Et du coup, bon ben ils finissent par venir avec mon mari et ma fille dans une couveuse car pour faire du peau à peau ils l'avaient pas habillée et tout donc la première fois que j'ai vu ma fille c'était dans une boîte quoi (*leve les yeux*).

Et donc vous l'avez vécu comment quand vous l'avez vu dans cette couveuse ?

Super mal ! En fait la première fois que je l'ai vu, que j'ai vu son visage c'est très étonnant mais c'est comme si je la connaissais depuis toujours. J'ai vu son visage et je me suis dit « Ben oui, bien sur c'est a effectivement ! ». Mais j'ai même pas pu la toucher, ça ne m'est même pas venu à l'esprit de demander à la toucher parce que il y avait ce truc là..., elle m'appartenait plus en fait. Parce qu'on l'avait pris et qu'il y avait eu cette distance finalement. Et puis ça faisait pleins de choses qui s'étaient pas faites dans mon corps donc qui ne s'étaient pas non plus faites dans mon esprit. Et c'est au bout d'un moment une des infirmières qui dit « Elle a touché son bébé la dame ? » ; « Ben non » ; « Non mais c'est quoi ces conneries, vous allez lui ouvrir cette cage ». Donc du coup, ils ont ouvert le truc et puis j'ai pu enfin la toucher quoi. Mais si cette infirmière, elle avait pas eu ce réflexe là, ben moi j'aurais pas touché ma fille pendant... je sais pas combien de temps encore. Parce qu'en plus, on peut dire ce qu'on veut, mais moi je suis persuadée que l'anesthésie ça shoote quand même et même si c'est local, on est quand même ramassée quoi. C'est pour ça aussi que je voulais pas de péridurale. Et puis ils ont fini par me mettre dans la salle où on était avant... la salle d'observation ou je sais pas quoi et on est resté là jusqu'à 21 heures je crois. Et puis, nous si vous voulez on était tellement à l'ouest. Donc il y a quelqu'un qui est venu m'aider à me lever vers 19 heures donc déjà ça faisait super tard, parce qu'elle est née à 10h06 donc c'est très tard.

Mais c'est qu'il y a eu des soucis vous concernant vous ou votre bébé dans les suites de couches pour que vous restiez aussi longtemps ?

Non, non c'était ailleurs ; apparemment il y a eu un bébé qui est décédé ce jour là, moi tout allait très bien, juste je pouvais pas me lever, j'ai pas pu boire avant je sais pas quelle heure, et du coup il y avait personne donc moi j'osais pas boire, je savais pas si j'avais le droit ou pas. Et puis je voyais bien qu'elles étaient dans le jus, donc j'ai pas insisté et je me suis dit « Si elles peuvent pas venir, c'est qu'elles peuvent pas venir quoi ». Je me doutais bien qu'il y avait des trucs plus important que « Es ce que je peux boire ou pas quoi ». Donc on m'a laissé, nous on était tous les 3, donc bon on a fait notre truc. Et la première fois qu'on m'a demandé si je voulais faire le peau à peau, j'ai demandé si c'était sûr, que je pouvais le faire, parce que je sais pas, pourquoi j'aurais pas pu, j'étais en mode « Avec les fils et tout, je vais lui faire mal », enfin j'avais vraiment peur. Finalement elle a trouvé le sein tout de suite, elle s'est mise à téter mais ils me l'ont complété quand même 2/3 fois dans la journée, mais moi j'étais shootée donc euh ... à ce moment là je me suis pas rendue compte en fait de tout ce qui se passait. Bon après, ils sont venus, y a un interne qui est venu la mesurer, la peser tout ça, vérifier que tout allait bien. Donc la pauvre elle avait les jambes au dessus de la tête ! (*pires*). Et puis on attendait, on attendait, la famille nous disait « Mais quand es ce que vous arrivez en chambre ? », on me disait « Dans une demi heure ». Mais tout le monde me disait tout le temps une demi heure ... Donc voilà, vers 21 heures ils m'ont enfin passé en chambre. Et je me souviens que mon mari voulait la porter lui et que la sage femme lui a dit « Non mais monsieur c'est ridicule enfin, vous allez pas vous balader avec votre petit bébé dans les bras dans le couloir, on va la donner à madame qui est sur le lit ». Donc du coup j'ai pris ma fille. Et arrivée dans ma chambre, il y avait mes parents donc voilà. Et puis la nuit... pfff ... ça a été l'horreur, mon mari est resté dormir avec nous mais il était tellement choqué par ce qu'il avait vécu le matin qu'il ne se réveillait pas, je l'appelais mais voilà... et moi j'arrivais pas à me lever et pour la prendre dans mes bras, j'en parle même pas. Donc j'ai fini par appeler les sages femmes, elle est venue et elle m'a dit laissez tomber je vais la prendre à

la pouponnière. Moi j'étais là « Non mais je vais pas la laisser, vous allez pas la prendre quand même » « Oui mais madame, vous êtes fatiguée, votre mari il dort, vous allez me la donner je vais la prendre et je vous la ramènerai plus tard quand vous serez reposée tout ça » ; je lui dis « Ouai mais je veux l'allaiter, donc quand elle se réveille vous me la ramenez pour qu'elle tète » ; « Non mais c'est pas grave je lui donnerai des compléments, vous êtes trop fatiguée » et puis moi j'étais trop mal donc euh ... Avec toutes mes perfs et mes machins, ben je lui ai dit d'accord, mais j'ai pleuré pendant 3 heures et puis au bout de 3 heures, j'ai rappelé et j'ai dit « Je peux pas quoi ». Donc au bout de 3 heures, elle me l'a ramené. Et elle m'a fait tout un discours sur « Vous savez l'allaitement on vous mets beaucoup de pression avec ça, c'est pas si grave si vous l'allaites pas blablabla ». J'avais envie de lui dire « J'ai pas pu accoucher comme je voulais, donc tu vas pas me voler mon allaitement en plus ». Bref ... et puis mon mari il dormait, il se rend pas compte en plus, y a des trucs des fois ... *(lève les yeux au ciel et secoue la tête)*. Et puis après, d'autres personnes sont venues, je leur ai dit de ne pas donner de compléments, que je voulais l'allaiter d'abord et elles m'ont dit « Non mais c'est comme ça que ça se passe ». Je leur ai répondu que leur collègue n'avait pas fait comme ça enfin bref. Et puis après, ça s'est pas trop mal passé, on a pas trop mal démarré et puis je suis repartie le lundi matin. On est rentré à la maison mais j'avais très très peur de rentrer à la maison du coup. Parce qu'à l'hôpital, c'est bien pour se lever et tout y a le machin là, la potence, mais chez moi j'ai pas ça. Je savais que ça allait poser problème et effectivement me lever la nuit c'était une catastrophe. C'était horrible quoi, pour la changer pour tout. La cicatrice était super douloureuse à chaque fois qu'il y avait un truc, j'avais l'impression que ça allait lâcher quoi. Y a un jour j'ai éternué sans prévenir, j'ai cru que j'avais tout fait péter quoi, alors que non. Et puis j'avais tellement peur du truc que forcément, on se contracte, on appréhende. Mais voilà, j'étais vraiment pas bien quoi. Et ça a durer plusieurs semaines et j'ai commencé à vraiment être autonome pour mes tâches courantes de la maison au bout de 3 mois quoi. Pour le bain de la petite par exemple je ne pouvais pas le faire, j'avais trop peur que la douleur survienne et que je la lâche. Enfin c'était n'importe quoi. Ça a pris des mois. Et puis au bout d'un mois j'ai commencé à me rendre compte que c'était pas un baby blues que j'étais en train de faire. J'avais déjà vu un psychiatre avant pour de l'hypnose pour m'aider à arrêter de fumer. Je suis donc retourné le voir et il m'a dit « Non mais là vous faites une dépression du post-partum quoi ».

Parce que du coup dans le post-partum vous sentiez comment vous ?

Ben moi je ne me sentais pas légitime du tout en fait, j'avais conscience que c'était ma fille, mais pas que j'étais une mère. Je savais que je devais m'en occuper, la protéger c'était vital mais à aucun moment j'étais la maman de a., j'étais un imposteur clairement.

Et pourquoi selon vous ?

Parce que je crois que, c'est parce que j'ai pas accouché. Je pense que la façon dont ça c'est passé, j'étais pas préparée, je pense que même préparée, je l'aurais mal vécu. Je me souviens une fois, quand j'ai amené la petite à la visite chez le pédiatre au bout de 15 jours, je regardais toutes les mères dans la salle d'attente et je me disais « T'es pas comme elles ». Donc forcément, ça a été un peu compliqué au début. Je me suis jamais désintéressé de ma fille, mais par contre je mordais quiconque qui essayait de s'en approcher. Je me souviens d'un épisode où ma belle-mère est venue à la maison, elle m'a arraché la petite des bras enfin c'était juste horrible quoi. Maintenant ça va mieux, j'arrive à la laisser aller voir des gens, mais avant c'était impossible. La première fois où je l'ai laissée à garder c'était lundi dernier. Encore ça a été, parce que c'était mes parents, mais avant c'était impossible. Et ça je pense que c'est parce qu'on me l'a prise des qu'elle est sortie et depuis j'ai peur qu'elle pense que je l'abandonne. A chaque fois, c'est ma plus grande hantise quoi. Mais c'est vrai que voilà j'ai du mal à la laisser. Je pense que c'est dû à ça.

D'accord, et dans votre entourage, on vous soutenez quand même ?

Je peux pas dire ça. J'avais ma cousine et une amie qui étaient là mais elles comprenaient pas. Ma mère a vite compris, mais a essayé de noyer le poisson. J'y arrivais pas quoi. Et puis pour mon mari c'était une autre dimension quoi. Lui il partait toute la journée chez sa mère, il allait au boulot, il faisait sa petite vie, mais il se rendait pas compte de l'état dans lequel j'étais. Et quand il s'en rendait compte il disait « Non mais reprends toi, non mais fais un effort ! ». Et puis du coup, on a entamé une thérapie de couple avec mon mari, enfin la naissance d'un enfant ça fait tout péter dans la vie de couple, donc je m'en doutais un peu et en plus la dépression du post-partum voilà quoi ... Vraiment il était dans l'incompréhension et puis il y est toujours un

peu. Non et puis j'avais peur de tout, tout le temps, la journée et même la nuit j'arrivais pas à dormir. J'avais peur qu'elle meurt pendant son sommeil et que je me réveille et que je m'en rende pas compte et qu'elle soit morte quoi. Et puis dès qu'elle pleurait, j'avais vraiment peur qu'elle croit que je l'abandonne. Et puis je me dis qu'il y a quelqu'un qui est venue la chercher alors qu'elle était pas prête, c'est violent quand même on l'a secoué comme une prunier, donc imaginez même pour elle comment ça a dû être. Et après on l'a mise dans une boîte en plastique et elle m'a pas vue pendant plusieurs heures, ça fait un peu pompeux mais j'étais son monde quoi juste avant ça. Je trouve ça hyper violent, et j'ai peur que ça l'ait traumatisée et j'ai envie de réparer ça en fait. Enfin peut être que c'est moi qui suis traumatisée j'en sais rien, elle l'a peut être bien vécu. Je peux pas le savoir mais dans le doute. (*silence*)

Et puis au final j'ai peur pour l'avenir, peur de ne jamais accoucher en fait, peur que la césarienne ait tout foutu en l'air. Après c'est comme ça, on peut rien y faire. Donc je me dis qu'il faut que je me prépare à n'avoir que des césariennes, que ça risque être comme ça et que ça sera pas si grave. Mais concrètement, je pense que ça m'a volé une partie de ma féminité. Parce que j'ai pas pu accoucher, j'ai pas eu de contractions, je sais pas ce que ça fait. Donc voilà. Et tout ça, ça m'arrive encore d'y repenser, de faire des cauchemars, mais comme si c'était pas moi, comme si c'était pas mon corps après heureusement qu'il y avait mon mari à la césarienne, parce que s'il n'avait pas été là je ne ressortais pas et je me faisais hospitalisée à l'UMB. Après peut être que je me suis mise trop de pression sur cet accouchement que je voulais réussir et du coup... (*réfléchis*) j'ai pas vécu et je me suis pas concentrée sur la césarienne. C'est possible aussi que ça soit ma faute, mais oui c'était extrêmement médicalisé pour moi, pour moi j'ai pas accouché, j'ai été opéré de mon bébé.

Et du coup au niveau de l'accompagnement par les professionnels au cours de la grossesse vous avez trouvé que vous étiez bien accompagnée ?

Ben du coup avec ma sage femme libérale, c'était très bien, du début à la fin parce qu'elle est venue après à la maison donc ça pas de soucis, en plus elle avait aussi eu une césarienne donc on avait pu échanger sur ça. La sage femme qui me suivait à l'HME en soit elle était très bien. Après à l'HME je les ai trouvés très bien, très aidant ; j'aurais juste voulu qu'on prenne un peu de temps pour me donner des explications sur ce qui s'était passé. J'étais très anxieuse en plus à la sortie de la maternité, je me souviens que la sage femme m'a prescrit plein d'homéopathie pour gérer mon stress tout ça, mais personne ne m'a parlé de la dépression du post-partum.

Du coup vous n'aviez pas connaissance de l'existence de cette pathologie ? Personne ne vous en a jamais parlé ?

Si, si ma sage femme libérale, nous en avait vaguement parlé en PNP, j'avais lu des articles un peu sur le sujet mais pas plus que ça, je ne m'attendais pas à ce que ça me tombe dessus. En plus il y a une espèce de culpabilité, vous êtes heureux, mais en même temps y a la dépression, donc on ose pas trop en parler.

Comment vous vous sentez aujourd'hui ?

Ça va mieux, le fait d'être suivi ici à l'UMB, d'en parler m'a fait beaucoup de bien. Avec a. tout se passe bien. Je sais que si besoin je peux revenir discuter ici.

Et bien je pense que j'ai tout ce qu'il me faut. Voyez-vous des choses importantes à rajouter ?

Non, je pense qu'on a fait le tour ! (*sourire*)

Je vous remercie pour votre témoignage. Y a-t-il des choses que je vous ai demandé qui vous ont heurtées ?

Non, non du tout, sinon je vous l'aurais dit !

Influence du vécu de la grossesse et de l'accouchement sur l'apparition d'une dépression dans le post-partum

La dépression du post-partum débute dans la première année suivant l'accouchement et représente 10 à 12 % des grossesses. Les connaissances actuelles ne permettent pas un dépistage optimal. Seulement la moitié des patientes présentant cette pathologie seraient reconnues comme malades par leur médecin généraliste ou par les autres professionnels de santé. Nous nous sommes donc intéressés au vécu de la grossesse et de l'accouchement de ces femmes afin d'expliquer certains aspects de la dépression du post-partum. Nous avons réalisé une étude qualitative, analytique, unicentrique à l'aide d'entretiens semi-directifs au sein de la filière de psychiatrie périnatale du Centre Hospitalier d'Esquirol de Limoges. Les objectifs étant de faire un bilan rétrospectif du vécu de la grossesse et de l'accouchement de ces femmes et de déterminer les comportements et facteurs de risques qui doivent alerter les professionnels.

Mots-clés : Dépression du post-partum, vécu grossesse, vécu accouchement

