

## La dépression post-partum

**Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne**

### Le cas clinique

La patiente consulte pour ce qu'elle identifie elle-même comme une dépression post-partum. Malgré ses efforts pour se préparer à être une maman idéale, la grossesse a été beaucoup plus difficile qu'elle ne l'avait prévu. Elle s'attendait plus ou moins consciemment à ce qu'après l'accouchement tout redevienne comme avant. Elle prévoyait avoir le temps de s'habituer lentement et graduellement à son nouveau rôle pendant que son conjoint assumerait enfin son rôle de papa. Elle a toutefois constaté que l'arrivée du bébé à la maison a amené des changements instantanés et dramatiques qui n'ont fait qu'ajouter un stress supplémentaire à la relation conjugale. La patiente se dévalorise en s'attribuant la responsabilité de son état et en le décrivant comme un échec, n'acceptant qu'à regret l'aide de ses parents et de ses beaux-parents.

### La recherche le dit

Quelque 8 % des femmes canadiennes présentent des symptômes dépressifs 12 semaines après l'accouchement (Bowen et coll., 2012). Les antécédents de dépression, le faible revenu du ménage, le faible soutien social, les événements stressants de la vie, la violence interpersonnelle et la mauvaise santé maternelle autoperçue sont associés aux symptômes dépressifs du post-partum (Cindy-Lee, Heaman et Vigod, 2012).

Le DSM-IV considère la dépression post-partum comme une sous-catégorie de la dépression majeure, y ajoutant comme spécification qu'elle survient dans les quatre premières semaines suivant l'accouchement (Stuart, 2012). La dépression post-partum fait l'objet d'une attention particulière à cause de son impact critique négatif pendant la première année de vie de l'enfant, alors qu'il est entièrement dépendant des soins parentaux et plus que jamais sensible à la qualité de l'interaction (Spring Thompson, et Fox, 2010). Les enfants de mères déprimées sont plus agités, présentent de plus faibles mesures du développement intellectuel et moteur, ont un tempérament plus difficile et un attachement moins sécurisant envers leur mère. Ils réagissent plus négativement au stress, démontrent un développement retardé des stratégies d'autorégulation, une faible performance scolaire, des compétences sociales moindres, une plus faible estime de soi et un taux plus élevé de problèmes comportementaux (Cindy-Lee, Heaman et Vigod, 2012).

Notons toutefois que la prévalence de la dépression est de 14,1 % en début de grossesse et de 10,4 % en fin de grossesse (Bowen et coll., 2012). L'expérience de la grossesse semble donc constituer une période de vulnérabilité dont la période la plus critique n'est pas nécessairement le post-partum. La consultation est la méthode la plus fréquente de traitement durant la grossesse, probablement en partie à cause des réticentes à prendre des médicaments pendant cette période. Durant la période du post-partum, la médication devient la méthode de traitement la plus fréquente (Spring Thompson et Fox, 2010).

Il est recommandé d'être particulièrement prudent dans l'établissement du diagnostic de dépression post-partum, car le fait d'avoir un enfant amènera une désorganisation des heures de sommeil et une diminution du degré d'énergie disponible, même chez les mères qui ne sont pas déprimées (Stuart, 2012). Il faudra aussi prendre le temps de considérer les difficultés à devenir enceinte, les grossesses non désirées, les complications prénatales et les problèmes au cours de l'accouchement. Dans des cas extrêmes, le clinicien peut avoir à évaluer la possibilité d'une psychose post-partum et d'idées homicides.

Selon Spring Thompson et Fox (2010), il est particulièrement important dans certains cas d'inclure l'enfant dans le processus pour faciliter l'établissement d'un lien positif. Ils suggèrent l'utilisation de psychothérapies d'inspiration psychodynamique pour aider la mère à comprendre l'impact de son histoire personnelle sur cette nouvelle relation. Leur approche inclut également des suggestions spécifiques pour augmenter la sensibilité de la mère envers l'enfant et la qualité de ses réponses à l'enfant, et pour diminuer l'aspect intrusif de ses interventions. En plus d'aider la mère à surmonter la dépression, le psychothérapeute l'aide à se sentir plus efficace et plus compétente comme mère.

La recherche appuie l'utilisation de la psychothérapie interpersonnelle auprès des femmes vivant une dépression post-partum (Stuart, 2012). Cette approche biopsychosociale à court terme combine des interventions axées sur les symptômes psychiatriques, les problèmes interpersonnels et le soutien social. Elle est particulièrement pertinente dans le contexte du bouleversement hormonal et biologique associé à la grossesse. La réaction de la personne à cet état est associée à son tempérament, à sa personnalité et à son style d'attachement dans le contexte des relations sociales et du réseau de soutien. Plutôt que de donner à la patiente un rôle de victime de la maladie, le psychothérapeute explique ce point de vue qui amènera à travailler concrètement à l'enrichissement du réseau social de soutien.

Malgré la pression sociale à n'exprimer que des affects positifs envers leurs enfants, les patientes sont souvent ambivalentes. Elles exprimeront par exemple des sentiments de ressentiment au sujet de la perte de spontanéité, de la surcharge de travail, de la modification de leurs relations et de leurs carrières.

Les rencontres hebdomadaires se poursuivent souvent aux deux semaines. Le psychothérapeute peut demeurer disponible par la suite ou prévoir des sessions de maintien mensuelles pour les patientes à risque, aux six mois pour les autres. Il faudra tenir compte de considérations pratiques telles que les services de garde disponibles.

La qualité de la relation conjugale est un important facteur de prédiction de l'ajustement maternel lors d'une grossesse.

Dans le cas de la patiente présentée au début de cet article, la sortie de son état dépressif a débouché sur une remise en question du contrat conjugal : tâches familiales, relations avec la famille et la belle-famille, relations avec les amis, intimité sexuelle et place que le travail occupe par rapport à la vie familiale. Cette réflexion s'est poursuivie dans le cadre de rencontres conjugales subséquentes.

*Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.*

### Bibliographie

Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K. et Muhajarine, N. (2012). Patterns of Depression and Treatment in Pregnant and Postpartum Women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 3, 161-167.

Cindy-Lee, D., Heaman, M. et Vigod, S. (2012). Epidemiology of Postpartum Depressive Symptoms Among Canadian Women: Regional and National Results From a Cross-Sectional Survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 9, 537-546.

Spring Thompson, K. et Fox, J. E. (2010). Post-partum depression: a comprehensive approach to evaluation and treatment. *Mental Health in Family Medicine*, 7, 249-257.

Stuart, S. (2012). Interpersonal Psychotherapy of Postpartum Depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 134-140.