

	Synthèse des présentations de la soirée santé mentale de la femme en pré et post partum
	Date : 25/09/2025 Salle de l'hôtel de ville de Bry-sur-Marne, 1 Grande rue Charles de Gaulle 19h30-23h30

Contexte :

Cette soirée conférence sur la thématique de la santé mentale de la femme en pré et post-partum fait suite aux productions du groupe de travail périnatalité et post-partum de la CPTS en février 2024. Cette soirée avait pour objectif de présenter les ressources et de faire du lien et d'échanger entre professionnels de santé et de la périnatalité pour améliorer la coordination de la prise en charge des femmes concernées sur le territoire.

Trois interventions se sont succédées :

- I. Baby-blues, dépression, psychose... De quoi parle-t-on ? Dr Sophie CHRISTOPHE HUET, Anne HUNAUULT, Dr Ewa MIKOLAJCZUK
- II. Comment et vers qui orienter sur le territoire en fonction des signaux de gravité. Anne ELOUARDI, Christian JEAN, Willy SEBAULT
- III. Les conséquences de la dépression du post-partum sur la relation parent-enfant, fratrie,... Dr Ylann ABRAHAMI, gynécologue-obstétricien, Sandrine DANINO ITIÉ, psychologue

I. Baby-blues, dépression, psychose... De quoi parle-t-on ?

Dr Sophie CHRISTOPHE HUET, Anne HUNAUULT, Dr Ewa MIKOLAJCZUK

Dr Ewa MIKOLAJCZUK, psychiatre, est revenue sur trois troubles de la santé mentale périnatale : le baby blues, la dépression du post-partum et la psychose puerpérale.

A. Le Baby Blues

Le Baby Blues concerne environ 50% des femmes qui viennent d'accoucher¹. C'est une dysphorie passagère qui survient le plus souvent deux à cinq jours après l'accouchement. Il est en lien direct avec la chute des estrogènes et de l'ocytocine. Les émotions sont amplifiées, la joie et la tristesse sont mêlées à l'anxiété.

Le Baby Blues est passager et dure maximum 5 à 6 jours.

Le Baby Blues nécessite une présence auprès de la maman et de son bébé, de rassurer la maman et d'observer si les symptômes de Baby Blues s'installent. Le Baby Blues ne nécessite pas de traitement médicamenteux.

B. La dépression du post-partum/ dépression postnatale

La dépression postnatale concerne 10 à 20% des mères² et apparaît en général à partir de 2 semaines après l'accouchement et jusqu'à un an après l'accouchement.

On peut évoquer la dépression postnatale pour un Baby Blues qui se prolonge et s'installe dans la durée.

Les signes cliniques de la dépression postnatale sont : l'anxiété, la fatigue croissante qui s'installe, les troubles du sommeil, la perte d'appétit, l'irritabilité, la diminution ou perte d'estime de soi, la culpabilité, la peur de ne pas bien s'occuper et soigner son enfant. Elle peut entraîner des conflits dans le couple, dans la famille. Ces troubles peuvent être cachés derrière un sourire.

Il est important de reconnaître et diagnostiquer au plus tôt la dépression postnatale.

L'état dépressif conduit à un risque de suicide de la jeune mère.

La dépression postnatale nécessite un traitement par l'écoute, une psychothérapie individuelle ou familiale y compris avec le bébé.

Un bilan alimentaire, accompagné par une diététicienne-nutritionniste, ainsi qu'un contrôle du risque anémique et un contrôle du taux de vitamine D peut aussi être proposé car la grossesse entraîne un épuisement physique chez la maman.

¹ Le site internet de l'assurance maladie mentionne une prévalence de 50 à 80% des femmes qui viennent d'accoucher déclarant un Baby Blues 3 à 5 jours après l'accouchement [Baby blues | ameli.fr](#) | [Médécine](#)

² Le site internet de l'assurance maladie mentionne une prévalence de 10 à 20% de dépression postnatale [Dépression post-partum | ameli.fr](#) | [Médécine](#)

Dans certains cas évalués par le psychiatre, il peut être prescrit des anxiolytiques ou antidépresseurs. La prescription d'antidépresseur doit être associée à une psychothérapie avec une consultation une fois par semaine minimum.

C. Les psychoses puerpérales

La psychose est de manière générale une rupture de la chaîne du langage, parlé et corporel. La psychose puerpérale concerne 1 à 2 femmes parturientes sur 1 000 et se caractérise par une apparition soudaine, un changement très rapide³. Les signes cliniques sont inquiétants peuvent apparaître d'une heure à l'autre ou d'un jour à l'autre, entre une semaine et un mois après l'accouchement. Ce sont des bizarreries, un changement brusque ou une rupture dans la personnalité. Les professionnels ou les proches ne reconnaissent plus la patiente. Ils ont une impression de bizarrerie. Les propos de la patiente peuvent être délirants, incohérents, dissociés entre ce que la patiente dit, croit et fait. **Les troubles du sommeil, qui augmentent rapidement, sont souvent associés à ces bizarreries.** Les deux ensembles doivent faire penser à la psychose puerpérale.

Si les psychoses puerpérales sont rares, **il est absolument nécessaire de les détecter tôt car c'est un trouble très grave.** Elles présentent un risque élevé de passage à l'acte suicidaire pour les mamans ou d'attenter à la vie du bébé.

Il y a un risque de récurrence d'1/3 pour les futures grossesses.

Il y a trois tableaux cliniques de la psychose puerpérale :

- **Les troubles psychotiques brefs**, qui durent moins d'un mois et surviennent assez tôt, moins de 4 semaines après l'accouchement. Il y a une désorganisation profonde des actes de la maman, une rumination anxieuse, des bizarreries relatives aux intérêts et goûts de la maman, une automatisation des soins au bébé avec un lien mère enfant compliqué, une perte des repères espace/temps, un délire de persécution et d'indignité relatifs au corps du bébé ou de la maman.
- **La mélancolie ou dépression mélancolique**, apparaît très soudainement mais tardivement, jusqu'à un an après l'accouchement. Il y a un sentiment de perte, de ruine, de vide, de mort du bébé, des idées suicidaires. La mélancolie est à différencier des troubles neurologiques ou infectieux qui peuvent également apparaître d'un coup après une infection, une fièvre ou une atteinte cérébrale comme une thrombose.
- **La manie**, qui se caractérise par une agitation ou une hyperactivité, l'exaltation de la maman, des idées délirantes de toute puissance, d'influence des mères auto maniaques, délires de persécutions. L'insomnie est toujours présente et parfois accompagnée de cauchemars. Ces cauchemars et terreurs nocturnes sont souvent un des premiers signes de ce tableau. Le délire est un signe qui apparaît dans un second temps. La manie entraîne des risques de de pulsions suicidaires ou d'infanticide.

La manie, comme les autres psychoses puerpérales, sont des urgences psychiatriques qu'il faut identifier. Une hospitalisation dans une unité mère-enfant est préconisée. Si une hospitalisation n'est pas possible faute de place au sein d'une de ces unités, une surveillance constante de l'équipe soignante et des proches est nécessaire. Une hospitalisation en psychiatrie, parfois contrainte, peut être nécessaire pour protéger la mère et son enfant. Il ne faut pas laisser la maman seule avec son bébé. Il est très important également de mettre rapidement en place des psychotropes (des neuroleptiques comme l'halopéridol ou l'olanzapine en première intention ou avec éventuellement des régulateurs d'humeur, Lamictal.)

³ Le site internet de l'assurance maladie mentionne une prévalence de 1 à 2 femmes parturientes sur 1 000 [La psychose puerpérale | ameli.fr | Médecin](#)

Les principaux facteurs de risques de ces psychoses sont les troubles bipolaires, une précédente psychose puerpérale personnelle ou au sein de la famille maternelle, des troubles anxieux, des bizarreries en fin de grossesse. Les anxiétés en fin de grossesse sont à considérer avec attention par l'équipe soignante.

Dr Ewa MIKOLAJCZUK a finalement insisté sur l'importance de parler vrai au bébé, avec le papa et d'expliquer clairement la situation de la maman.

Anne HUNAULT, cadre sage-femme à l'hôpital privé Armand Brillard, a exposé deux cas cliniques de psychose puerpérale survenus à la maternité de l'hôpital privé Armand Brillard.

Cas clinique n°1 de psychose puerpérale :

Présentation de la patiente :

Fin 2024 à la maternité de l'hôpital privé Armand Brillard, Madame A, 30 ans a accouché de ses premiers enfants (des jumelles).

Antécédents :

Elle n'a pas d'antécédent psychiatrique, en dehors de personnalité dite légèrement anxieuse. Il n'y a pas eu d'élément alertant la sage-femme lors de l'entretien prénatal précoce.

Des antécédents familiaux sont trouvés quelques mois après l'accouchement lors de son hospitalisation (grand-mère bipolaire, tante ayant fait une psychose puerpérale).

Accouchement :

Elle accouche prématurément à 33 semaines par césarienne en urgence. Les jumelles prématurées sont transférées sans leur mère dans un hôpital dans le 77 et sont revenues sous 72h dans le service de néonatalité.

Il n'y a pas de complications somatiques liées à l'accouchement.

Post-accouchement :

La patiente présente rapidement des troubles du sommeil, de l'anxiété, pour lesquels elle a reçu de l'Atarax pendant 3 jours.

La psychologue de la maternité, présente un jour par semaine, voit la patiente 48h après la césarienne et 72h après. La psychologue a des éléments d'inquiétude après l'avoir revue, sentiment partagé par le conjoint.

L'état de la patiente se dégrade très rapidement dans la journée avec une perte de visuel communicatif et une dissociation de la réalité, une répétition de phrase stéréotypé et incompréhensible, avant d'avoir pu recevoir l'avis psychiatrique du Dr Ewa MIKOLAJCZUK en fin de journée. Le conjoint ne la reconnaît pas. Aucune cause organique n'est trouvée lors de l'IRM cérébral pour expliquer ces symptômes.

Un transfert aux urgences psychiatriques de l'hôpital le plus proche est réalisé le soir même pour une évaluation.

La patiente est revenue dans le service moins de 24h après le transfert, avec des recommandations de récupération de sommeil, des anxiolytiques si besoin et un suivi psychologique. La patiente verbalise sa difficulté à distinguer la réalité de son imagination et a été traumatisée par son séjour en hôpital psychiatrique.

Une nouvelle décompensation a lieu le soir même de son retour à la maternité, qui se poursuit les jours suivants. Les troubles du sommeil s'intensifient, l'anxiété, le besoin de contrôle, les difficultés à distinguer réalité et imagination se poursuivent les jours suivants.

Le psychiatre est rappelé et le traitement a été augmenté, puis adapté. Le couple est revu par la psychologue.

12 jours après l'accouchement, la patiente se comporte bizarrement avec l'infirmière. L'équipe soignante appelée en renfort. L'équipe et le mari de la patiente sont témoins de ces bizarreries (regard dans le vide, difficulté à se coucher puis cris et déambulations, répétitions, délire...).

Le diagnostic de psychose puerpérale est posé par le psychiatre de garde et des traitements sont prescrits. La nuit est compliquée pour l'équipe. De nouveaux épisodes de répétitions et délire ont lieu le matin, dont un au sein du service de néonatalogie avec ses filles. La patiente menace de jeter par terre ses filles. Un antécédent psychiatrique chez le père de la patiente est découvert.

Des solutions de prises en charge en urgence sont recherchées par l'équipe. La patiente a été vue par le Dr Ewa MIKOLAJCZUK qui a confirmé le diagnostic, prescrit de nouveaux traitements. La patiente est orientée vers une hospitalisation en psychiatrie suite à une aggravation brutale de son état.

La patiente est transférée et ne revient pas à la maternité. Elle est hospitalisée 15 jours sous contrainte, puis dans une unité mère-enfant, dans le service des troubles les plus sévères.

La patiente est finalement hospitalisée 7 mois. Elle a toujours des symptômes maniaques et un fond dépressif à sa sortie.

Suite à cette hospitalisation, la patiente sort mais conserve une prise en charge très lourde (assistante maternelle 4/5, suivi IDEL, suivi CMP).

Cas clinique n°2 de psychose puerpérale :

Présentation de la patiente :

Madame B, 33 ans, sans antécédent psychiatrique, vient accoucher de son premier enfant à la maternité de l'hôpital privé Armand Brillard.

Antécédents :

Elle n'a pas d'antécédent psychiatrique connu.

Un contexte familial compliqué est évoqué lors de son hospitalisation à la Maison de santé de Nogent.

Accouchement :

L'accouchement par voie basse a lieu un jour après le terme, sans complication.

Post-accouchement :

Le 2^e jour après l'accouchement, l'équipe interpelle car les parents sont très fatigués par la nuit précédente. La patiente est très sensible et en communication conflictuelle avec son conjoint. L'allaitement est compliqué et nécessite beaucoup d'accompagnement de l'équipe. Les difficultés persistent dans la nuit.

La psychologue voit la patiente le lendemain matin (3^e jour). Des conflits avec la famille de la patiente sont rapportés. La patiente est agitée, s'énerve facilement, parle fort, mais rien d'inhabituel par rapport à ce qui est rapporté de d'habitude. Le père est très présent. Un lien PMI à la sortie est prévu ainsi qu'un accompagnement de proximité. Un lien avec la sage-femme qui l'a suivie en pré-partum (Anne ELOUARDI) est établi. Cette dernière voit la patiente mais constate un changement de personnalité.

3 jours après, la psychologue juge son état très préoccupant, le comportement de la patiente a changé brusquement. Elle est à présent très calme, éteinte, des éléments de confusion ont commencé à apparaître. Elle a des propos incohérents, confus, des bizarreries confirmés par le conjoint inquiet.

Une consultation avec un psychiatre est demandée dans les 24h.

Dr Ewa MIKOLAJCZUK la voit et pose le diagnostic de psychose puerpérale. La patiente est en décompensation psychotique aigue. La patiente dit entendre une voix, elle est confuse. Des neuroleptiques sont prescrits et une hospitalisation en psychiatrie est recommandée.

Le lien est fait avec la Maison de santé de Nogent et la patiente est orientée avec son conjoint vers une consultation d'évaluation qui se passe mal.

L'état de la patiente s'est dégradé les jours suivants.

La patiente est entrée plus tôt à la maison de santé de Nogent.

Le Dr Sophie CHRISTOPHE HUET, psychiatre à la Maison de santé de Nogent, a complété ce cas clinique.

La patiente est arrivée dans une situation urgente avec des symptômes préoccupants : propos délirants, voix dirigeantes, discours confus, hallucinations, agitation importante, crainte d'être une mauvaise mère. Sa fille est totalement absente de ses discours. Il n'y a pas cependant d'idée suicidaire ou infanticide évoquée.

Il y a un contexte familiale catholique très pratiquant, un contexte dyslexies non prise en charge et non reconnue. Le soin psychique est absent de la famille. La relation avec le père est compliquée. Il y a un contexte de violence verbale évidemment et un contexte incestuel soupçonné. Le parcours conceptionnel a été complexe.

Pendant les premiers jours d'hospitalisation, la mère a été séparé de son enfant. Les visites sont introduites ultérieurement et se passent bien.

Les traitements antipsychotiques ont été inefficaces pendant le premier mois. Une psychothérapie est réalisée, notamment avec 6 séances d'ECT particulièrement efficaces pour cette patiente.

La patiente a une petite phase dépressive mais elle a bien réinvesti le lien avec sa fille.

La patiente a été orientée vers l'unité d'accueil parent-enfant au CMPP, la maman a ensuite été adressée au CMP.

A ce jour, la maman a uniquement un traitement par lithium par n'a pas d'antipsychotique.

Finalement il s'est posé la question du lieu le plus adapté pour recevoir ces patientes, car la Maison de santé de Nogent n'est pas un lieu spécialisé dans ces troubles. Elle n'accueille que très peu de jeunes mamans. L'important est donc aussi l'accompagnement de la maman sans oublier son conjoint et le bébé au cas par cas apporté, la réassurance de la maman.

Le Dr Sophie CHRISTOPHE HUET insiste sur la gravité des psychoses puerpérales, qui représentent un risque très important pour la mère, l'enfant et le père.

II. Comment et vers qui orienter sur le territoire en fonction des signaux de gravité ?

Anne ELOUARDI, Christian JEAN, Willy SEBAULT

Anne ELOUARDI, sage-femme libérale, a exposé sa pratique de détection des signaux d'alerte, les ressources territoriales vers lesquelles orienter quand on est sage-femme libérale.

Anne ELOUARDI a exposé l'outil privilégié pour détecter les signes d'alertes qu'est l'entretien prénatal précoce (EPP). Cet entretien se situe au 2^e semestre de la grossesse et constitue un lieu d'écoute important pour les couples. Il permet à la sage-femme d'entendre et de recueillir des antécédents qui fragilisant psychologiquement comme des futurs parents qui ont un parcours d'adoption, un parcours de PMA, un burn-out, un deuil familial, un accouchement pendant le COVID et l'isolement qui en découle, un accouchement traumatique, l'échec de l'allaitement ou encore un problème de santé lourd sur un enfant...

Suite à cet EPP et si la situation le nécessite, le dossier peut être proposé en staff psychosocial composée d'une psychologue, de la cadre de santé de l'HPAB, d'une assistante sociale, la sage-femme de PMI... Ce staff permet de préparer au mieux l'accompagnement des futurs parents par les équipes de la maternité.

De la même manière, les entretiens postnataux individuels (4 à 6 semaines après l'accouchement), avec les visites à domicile, réalisés par les sages-femmes permettent d'accompagner le repérage des signaux d'alertes et fragilités après l'accouchement.

Les sages-femmes libérales peuvent notamment diffuser aux patientes qu'ils suivent les ressources et accompagnements possibles au plus près des mamans dont :

- L'accompagnement par les PMI avec notamment le dispositif [PANJO](#),
- Les psychologues du territoire,
- Les autres praticiens qui proposent des pratiques complémentaires comme l'hypnose, dès la grossesse peut être une ressource fondamentale pour ces jeunes mamans et femmes enceintes.
- Les services d'aides à domicile peuvent également soutenir la parentalité et soulager les parents.
- L'accompagnement par tous les professionnels de santé ou de la périnatalité qui proposent des ateliers, prestations à leur encontre et qui peuvent répondre à leurs besoins (professionnels de la rééducation, consultants en lactation certifiés IBCLC, services d'aide à la personne...).
- La pair-aidance proposée par des mamans ayant vécu ces troubles, comme l'association [Maman Blues](#), peut aussi permettre aux jeunes mamans de mieux vivre leur post-partum.

Christian JEAN, sage-femme libéral, est revenu sur les ressources et le travail réalisé par le groupe de travail santé mentale et périnatalité.

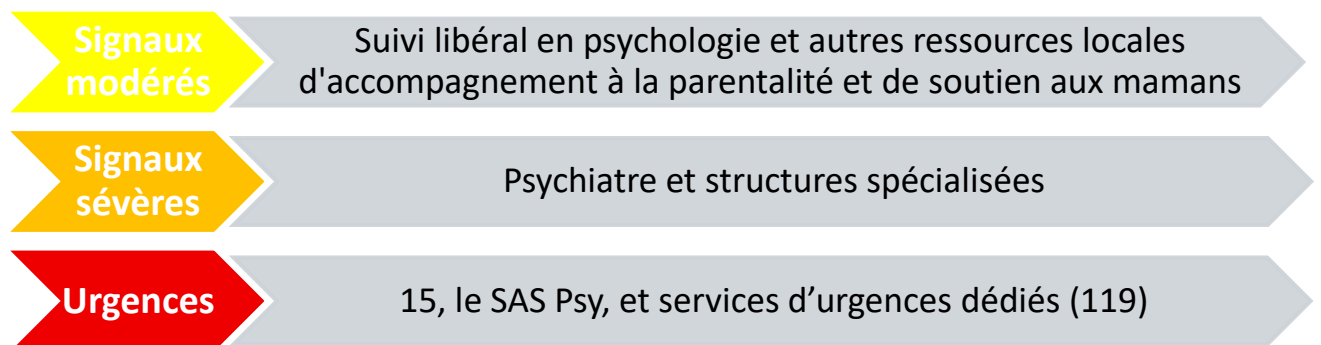
Le travail du groupe a notamment consisté à :

- Rappeler le rôle des professionnels de santé dans le repérage des premiers signes : tous les professionnels au contact de ces mamans peuvent s'alerter et orienter !

- Recenser les signaux d'alertes auxquels les professionnels de santé de ville qui côtoient ces jeunes mamans sont confrontées (tableau ci-dessous).

	Signaux en pré-partum	Signaux en post-partum
Signaux modérés à sévères	- Refus de communication, regard fuyant - Anxiété - Troubles du sommeil - Report du congé maternité - Pas de préparation à l'accouchement et au post-accouchement - Pas d'accompagnement social - Instabilité des humeurs, pâleur et pleurs faciles - Absence de suivi des PMA - Solitude	- Vécu douloureux de l'accouchement, voire traumatique - Refus de communication, regard fuyant - Relation inquiétante avec l'enfant - Anxiété - Troubles du sommeil - Pas d'accompagnement social ou de la part du père - Antécédents comme les fausses couches ou absence de suivi des PMA - Solitude, fatigue, douleur - Sortie trop précoce, notamment après une césarienne - Problèmes de santé du bébé, prématurité, culpabilité engendrée - Absence lien mère-enfant - Débit anormal de paroles - Instabilité des humeurs, pâleur et pleurs faciles - « Bizarrerie » ressentie par les équipes soignantes ou son entourage - Culpabilité liée à la césarienne ("je n'ai pas été capable de donner naissance par voie basse")
Signaux d'urgence	- Etat délirant, discours incohérent - Fatigue ++, répétitive	- Mise en danger de la maman ou du bébé - Insomnies répétitives (hypervigilance, état maniaque) - Fatigue ++, répétitive - Etat délirant, discours incohérent

- Recenser et partager les ressources territoriales permettant d'accompagner ces jeunes mamans et familles en fonction du degré de gravité des signaux d'alerte. Ce schéma peut être résumé par la figure suivante :



A. Vers qui orienter quand la maman présente des signaux modérés ?

- Les 4 PMI du territoire (une à Nogent, deux au Perreux et une à Bry) dont les équipes sont formées au repérage de dépression périnatale,
 - Le dispositif [PANJO est déployé en PMI](#). C'est un dispositif proposé aux futurs parents vivant dans un contexte psychosocial défavorable pour favoriser le développement de liens d'attachement sécurisés.
- Les 3 Centres médico-psychologiques (un par ville),
- Les 2 maternités, de [l'hôpital privé Armand Brillard](#) et de [l'hôpital privé Marne La Vallée](#)
- Les psychologues ou psychologues du travail du territoire,
 - La liste des psychologues du territoire sur l'annuaire en ligne de la CPTS : [Annuaire](#). Cet annuaire peut être complété avec vos spécialités !
 - Le dispositif [mon soutien psy](#), sur lequel peu de psychologues du territoire sont inscrits à ce jour.
- Les Lieux d'accueil parents-enfants ([Ballobond](#), [Arc-en-Ciel](#)),
- Les cafés poussettes / cafés des parents ou des ateliers thématiques réunissant ces mamans (ateliers massage bébé, portage bébé...). Un café parents-poussettes est mis en place à la MJC DE Nogent depuis septembre.
- Les Associations ([Sève & Papillon](#), [AMFD 94](#)),
- La pair-aidance via des associations comme [Maman Blues](#),
- L'ensemble des professionnels de santé et de rééducation (kinésithérapeutes, ostéopathes...), professionnels de la périnatalité (conseillers en lactation certifiés IBCLC, annuaire sur [Milk Daisy](#) et de l'[AFCL](#)) et professionnels de l'accompagnement à la parentalité (Naw service),
- L'unité périnatalité parent-bébé du CHIC.

B. Vers qui orienter quand la maman présente des signaux sévères ?

- [Les psychiatres libéraux du territoire](#),
- La [Maison de santé de Nogent](#), pour une hospitalisation complète ou de jour,
- [CH Les Murets \(secteur 94G02\)](#), pour un suivi psychiatrique adulte.

C. Vers qui orienter quand la maman présente des signaux d'urgence, pour elle ou son enfant ?

- Appeler le 15 (SAMU / urgences psychiatriques),
 - Un SAS psychiatrique est actif sur le territoire.
- Des urgences générales non spécialisées en psychiatrie comme l'Hôpital Saint-Camille ou Hôpital Henri Mondor – Albert Chenevier peuvent recevoir la patiente.

Si l'enfant est en danger : le contact avec la famille est à réaliser si possible. Il est conseillé également de :

- Faire un signalement CRIP
- Appeler le 119 – Allô Enfance en Danger
- Contacter le procureur si urgence vitale

D. Où trouver de la ressource quand on est professionnel de santé sur la thématique ?

- [Le réseau Périnatal du Val-de-Marne \(RPVM\)](#) propose de nombreuses ressources en ligne. Un annuaire sur la thématique de la santé mentale périnatale est en constitution.
- Toutes ces ressources citées sont détaillées sur le site internet de la CPTS via ce lien : [Parcours périnatalité & post-partum – CPTS Autour du Patient 94](#)

Enfin, Willy SEBAULT, psychologue, a exposé un cas clinique survenu au sein du cabinet Maternescence.

Présentation de la patiente :

Madame C, a effectué une partie de son suivi de grossesse au sein du cabinet pluriprofessionnel Maternescence.

Antécédents :

Elle ne présente pas d'antécédent psychiatrique.

Accouchement :

L'accouchement est difficile, réalisé par césarienne en code rouge sous péridurale. Une anesthésie générale est administrée en urgence sans en parler à la patiente.

Post-accouchement

La patiente se réveille de l'anesthésie psychologiquement choquée, n'ayant pas compris ce qu'il s'est passé. Le trauma de l'accouchement est ressassé.

Elle fait son suivi post-partum auprès du cabinet Maternescence. Il y a de grosses difficultés liées à l'allaitement. La patiente n'est pas bien, elle est bizarre et épuisée. Le lien avec l'enfant est compliqué. Globalement les signaux sont assez lourds, avec des problèmes de sommeil et d'alimentation. Elle reste sous le choc de l'anesthésie générale et développe une colère envers les médecins de la maternité, en particulier envers l'anesthésiste.

L'orientation se fait au sein du cabinet vers Willy SEBAULT psychologue spécialisé en TCC et EMDR. La patiente présente les symptômes de trauma lié à l'accouchement. Le matériel traumatique est sorti dès les premiers mouvements oculaires. Le matériel traumatique est désensibilisé en 3 séances. Un travail en TCC est fait ensuite pour réintégrer le lien mère-enfant.

La commission des usagers est saisie ultérieurement dans ce cas permettant de à la patiente de s'expliquer avec l'anesthésiste.

III. Les conséquences de la dépression du post-partum sur la relation parent-enfant, fratrie...

Dr Ylann ABRAHAMI, gynécologue-obstétricien, Sandrine DANINO ITIÉ, psychologue

Les éléments et chiffres clés présentés sont accessibles dans la présentation de grande qualité des intervenants disponible sur le site internet de la CPTS via ce lien : <https://autourdupatient.fr/wp-content/uploads/2025/10/Soiree-sante-mentale-de-la-femme-en-pre-et-post-partum-25.09.2025.pdf>

Dr Ylann ABRAHAMI, gynécologue-obstétricien, a introduit cette présentation par des chiffres clés de la dépression post-partum touche et des nombreuses conséquences pour les mères, pères et enfants, puis la prise en charge de ces mères et les traitements ont été abordés.

En France entre 2016 et 2018, les pathologies psychiatriques constituent **première cause de mortalité maternelle**.⁴ Parmi ces pathologies, la dépression du post-partum reste souvent sous-diagnostiquée. Pourtant elle peut avoir de lourdes conséquences, non seulement pour la mère, mais aussi pour le développement de l'enfant et l'équilibre familial. Ces conséquences ont été exposées et expliquées (voir support PowerPoint de présentation). La dépression postnatale touche également les pères et a des impacts sur la relation père-enfant ainsi que sur l'équilibre conjugal.

La détection de la dépression du post-partum (maternelle et paternelle) au plus tôt par tous les professionnels de santé en contact avec ces mamans est donc essentielle : dépistage systématique, accompagnement précoce et soutien interprofessionnel permettent d'en prévenir la survenue ou d'en réduire la sévérité. L'accompagnement des jeunes parents et de ces mamans fragilisées est indispensable.

Trois outils de dépistage ont été évoqués à cet effet : Outils de dépistage l'entretien prénatal précoce (EPP), les ateliers préparation à la naissance et parentalité et l'Edimburg Post-partum Depression Scale (EPDS).

La prise en charge médicamenteuse, sociale et en psychothérapie de la dépression du post-partum a été expliquée.

Sandrine DANINO ITIE, psychologue, est revenue sur la théorie de l'attachement et a présenté un retour d'expérience sur un cas clinique.

L'attachement, le lien mère-enfant est un besoin primaire et inné, présent dès la naissance. Il se construit dès la grossesse et pendant les 1000 premiers jours de vie de l'enfant, grâce notamment à des comportements instinctifs. Différents tableaux relationnels mère-enfant ont été présentés : relation sécurisante, relation d'évitement, relation ambivalente, relation désorganisée.

⁴ 7^e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018.

Le lien mère-enfant peut être endommagé par la dépression périnatale de la mère et entraîner des conséquences sur l'enfant, jusqu'à l'âge adulte, tant sur sa relation avec soi-même et que celle avec les autres.

Les conséquences d'un lien mère-enfant insécure ne sont pas une fatalité, ni définitives. Un accompagnement adapté peut compenser.

Cas clinique évoqué par Sandrine DANINO ITIE:

Présentation de la patiente :

Cette patiente était déjà suivie par Sandrine DANINO ITIE.

Antécédent et accouchement :

Il n'y a pas eu d'élément impactant.

Post-accouchement :

La patiente ressent un fort besoin d'accompagnement psychologique dans les jours suivant l'accouchement et en a fait part par téléphone à Sandrine ITIE.

La patiente a donc été vue très rapidement.

Ce cas illustre la nécessité d'accompagner au plus près et de manière réactive ces mamans et de détecter au plus tôt les signes de la dépression du post-partum.