**Projet de la trousse d’outils pour la santé mentale des mères**

# Susan : Vidéo sur la dépression post-partum

# Notes de formation

Cette vidéo présente Susan, une enseignante qui est tombée en dépression après la naissance de son premier enfant. Elle est filmée en entrevue avec une docteure dans une clinique de santé mentale. « Post-partum » est un terme médical faisant simplement référence à la période suivant un accouchement. C’est une actrice qui joue le rôle de Susan, mais ses réponses sont typiques en cas de dépression post-partum. Voilà quelques points à retenir de cette histoire.

Points principaux :

Une grossesse planifiée, de hautes études, un bon poste et une relation stable ne protègent pas toujours les femmes contre la dépression après la naissance d’un bébé, appelée dépression post-partum ou postnatale. Au moins une femme sur 10 éprouvera une dépression modérée à majeure après un accouchement.

Les mères peuvent avoir bien vécu leur grossesse et tout de même tomber en dépression post-partum. Les signes et les symptômes d’une dépression apparaissent généralement 4 à 6 semaines ou 4 à 6 mois après l’accouchement. Toute dépression commençant dans la première année après un accouchement peut être considérée comme une dépression post-partum, mais les difficultés surviennent souvent petit à petit, sur plusieurs mois. Les mères qui allaitent au sein ne sont ni plus ni moins susceptibles de tomber en dépression que celles qui n’allaitent pas au sein.

Parmi celles qui sont touchées, 60 % à 70 % n’ont pas montré de signe précurseur de leur dépression. Susan avait des attentes élevées pour elle-même et pour son expérience de mère, peut-être même des idéaux perfectionnistes. « Je me disais que je ne pleurerais pas » et « je n’ai plus de contrôle sur moi » sont toutes deux des affirmations qui montrent de l’autocritique et du désappointement. Tout en ne pensant pas avoir tendance à stigmatiser une autre personne qui aurait besoin d’aide ou serait malade, il est courant de penser que les maladies n’arrivent qu’aux autres tant que l’on n’a pas été malade soi-même. « Maintenant, je suis l’une d’elles » révèle sa peur et sa honte de ne pas être positive et parfaitement aimante et en harmonie avec son bébé. Susan vient d’une famille dans laquelle on « réussit », et un problème de santé mentale ébranle profondément son sens de l’identité et sa stabilité. Elle n’est « pas elle-même ».

L’autostigmatisation peut être particulièrement puissante et mener à des sentiments de honte et de dévalorisation même chez une personne auparavant confiante en elle-même. Les pensées négatives sont elles aussi un symptôme commun de la dépression, avec une perte du sentiment d’être connecté aux autres et du plaisir que l’on éprouve habituellement. Susan n’a plus d’intérêt pour son bébé parce qu’elle a perdu son intérêt pour tout le reste, ainsi que sa capacité de fonctionner. Mais il se peut fortement que cela reflète une dépression plutôt que sa réelle incapacité de développer un attachement positif avec son fils.

Cette femme bien éduquée est devenue pessimiste et d’humeur si maussade qu’elle a fini par penser que « peut-être que cela irait mieux pour eux sans moi ». Nombreuses sont les mères aux prises avec une dépression qui ont des idées de fuite, de vide ou de dévalorisation d’elles-mêmes. Leurs pensées suicidaires ne sont pas toujours accompagnées de pulsion ni de désir de se faire du mal, mais elles sont révélatrices de leur manque d’espoir, d’énergie, de capacité de prendre des décisions et de régler des problèmes, ainsi que de leur incapacité de voir une issue à leur détresse. L’évaluation du risque de blessure volontaire est du ressort du personnel médical ou psychiatrique. Toutefois, tout membre de la communauté pourrait lui dire qu’une mère a de la valeur pour sa famille et qu’il va l’aider à trouver des moyens de soulager sa détresse et son désespoir.

La connaissance de la dépression post-partum et un soutien sans jugement les aident à comprendre que leur vulnérabilité et leur stress ne sont pas anormaux puisque l’on sait que le risque de trouble de l’humeur est le même pour toutes les femmes, même sans signe annonciateur ni antécédents familiaux.

La famille de Susan a pu remarquer les changements, et n’en a pas déduit qu’il s’agissait d’un mauvais jour, d’une mauvaise attitude ou d’une erreur d’avoir un enfant. La dépression conduit au doute, au sentiment d’échec, à la culpabilité, au désintérêt et à un manque de motivation qui peuvent mettre en péril l’idée du succès et du contentement face au rôle de mère. Toutes les mères ne bénéficient pas du soutien et de la patience de leur partenaire tels qu’ils sont décrits ici.

Le stress causé par un sentiment d’échec, un mauvais sommeil, de la douleur lors de l’allaitement et le tempérament agité de son bébé peuvent avoir contribué à la dépression. D’habitude très occupée et sociable, Susan est maintenant encline à s’isoler. Les mêmes agents chimiques étant associés au sommeil, à la douleur et à l’humeur, les complications médicales peuvent, avec le temps, mener une mère à développer des problèmes mentaux plutôt que de s’ajuster naturellement à son nouveau rôle.

Susan décrit des changements typiquement associés à la dépression tels qu’un sommeil et un appétit troublés, une perte de poids, une perte d’intérêt et de plaisir pour ses activités habituelles, des pensées négatives, ainsi que des changements dans sa manière d’être et dans ses relations.

L’irritabilité n’est souvent pas reconnue comme un signe de dépression. Une dépression qui survient plus spontanément, souvent due à des changements physiques et cérébraux plus qu’en réponse à un déclencheur de stress clair et évident, est généralement liée à un déséquilibre biologique qu’une femme ne peut contrôler elle-même. La crainte du diagnostic et du traitement, et le désir de « s’en sortir par soi-même » sont courants. La plupart des gens veulent être indépendants et compétents. La biologie personnelle d’une femme et les causes de stress dirigent vers un éventail de traitements incluant le soutien social, le repos face au stress, l’aide pratique et le repos, ainsi qu’une amélioration de l’attention au bien-être, et enfin la prise de médicaments ciblés et la thérapie. La croyance que le besoin de médicaments reflète une faiblesse ou une dépendance n’est pas confirmée par la recherche.

La croyance que le besoin de médicaments reflète un manque de caractère ou d’effort est un des mythes les plus persistants. En outre, les traitements médicaux, leurs bénéfices et leurs risques sont souvent confondus avec des substances engendrant la dépendance. Beaucoup de prestataires d soins de santé travaillent à engager activement les femmes dans toutes les décisions de traitement, y compris au sujet de la médication. La plupart des thérapies s’appuient sur les forces et les possibilités de changement plutôt que sur les faiblesses. La plupart des problèmes de santé mentale des mères sont facilement traitables par des combinaisons d’approches qui ramènent la femme à ses pleines capacités de fonctionner. La connaissance des tenants et des aboutissants des problèmes de santé mentale chez les mères et la capacité de les aider à retrouver l’espoir et à prendre soin d’elle-même sont essentiels dans le travail avec les mères et les nouvelles familles.