

## LES PSYCHOSES PUERPERALES DR ANNE SAVY, CMP EVRY

C'est un modèle étiopathologique exceptionnel associant un trouble affectif, un épisode confuso-délinant aigu. La nosographie psychiatrique actuelle ne lui fait pas beaucoup de place et tente de le réduire soit à un trouble affectif avec idée délirante soit à un épisode psychotique aigu (qui dans le DSM IV n'excède pas un mois). Loin d'une vision dynamique, un sujet une expérience un trouble mais plus dans une vision descriptive.

### Epidémiologie :

Leur fréquence varie de 0.1% à 0.2% des accouchements selon les études .

### Clinique :

On distinguera : les désordres thymiques francs, les psychoses aiguës délirantes plus ou moins confusionnelle, et les troubles schizophréniques.

#### -Les désordres thymiques francs :

##### Accès maniaque :

Ils surviennent dans les 15 premiers jours qui suivent l'accouchement et représentent avec les états mixtes (labilité de l'humeur) 35 à 40 % des psychoses puerpérales. Il s'agit d'un début brutal avec intense agitation. Fréquente production hallucinatoire et délirante. La thématique est irrégulièrement centrée sur l'enfant : idées de toute puissance, de mission divine, thèmes érotomaniaques ou de persécution. Dans la moitié des cas, cette manie évolue vers une phase dépressive ou mixte.

##### -Accès dépressif « majeur » :

Dans la psychose puerpérale, ils sont sévères ou avec caractères psychotiques ; 33% des dépressions majeures hospitalisées ont un début en anténatal ou sont précédées d'une dépression mineure. Leur début est donc retardé. Les formes délirantes représentent environ 50% des dépressions majeures hospitalisées.

Dans les deux premières semaines suivant l'accouchement, des formes aiguës surviennent ayant une allure stuporeuse, confusionnelle ou mixte nécessitant une hospitalisation et représentant 20 %.

La majorité s'exprime de façon plus tardive avec un pic d'hospitalisation retrouvé dans les 3 mois. Elles représentent 40% des formes hospitalisées.

On peut retrouver durant la grossesse des accès dépressifs ou des troubles psychosomatiques.

Parfois sont retrouvés des antécédents personnels ou familiaux de trouble bipolaire.

Différemment de la DPP, ici les sentiments de ruine, de culpabilité, de mort dominant ; L'enfant va mourir par sa faute ; ou bien il aura un destin malheureux., sentiment de menaces, de condamnation, visions funestes mettant en scène des catastrophes. On doit craindre le raptus suicidaire et/ou l'infanticide, les soins ont lieu en milieu hospitalier.

#### -Les psychoses délirantes aiguës :

leur fréquence est difficilement quantifiable car les différentes nosographies utilisées rendent les résultats peu comparables.

La phase pré délirante est inconstamment observée et précède de quelques jours l'irruption délirante.

Elle peut survenir dès le lendemain de l'accouchement ou même durant la grossesse.

Elle se compose de troubles du sommeil à type de cauchemars avec agitation nocturne, ruminations anxieuses, bizarreries du comportement, désintérêt ou dégoût progressif du contact corporel avec l'enfant, crises de larmes, asthénie, plaintes somatiques.

Puis les préoccupations délirantes concernent la naissance, l'état de l'enfant, l'état de l'utérus, et de la délivrance. Le contact s'automatise pour disparaître au profit du voir.

La phase d'état peut se voir dans les trois premières semaines avec un pic de fréquence au 10<sup>e</sup> jour ou le délire apparaît ; début brutal, associé à un syndrome confuso-onirique, un polymorphisme, des variations intenses de l'humeur, un thématique centrée sur l'enfant et des rechutes fréquentes et brèves.

On retient un tableau très variable d'un cas à l'autre et d'un moment à l'autre au sein d'une même personne. L'intensité de l'angoisse de dépersonnalisation est sensible à l'attitude de l'entourage. Le délire est centré sur la naissance, le mariage (négation). L'agressivité envers le bébé est parfois apparente mais peut être masquée par une apathie de la mère. L'infanticide et /ou le suicide sont à craindre.

L'évolution est favorable avec un traitement neuroleptique et accélérée par la présentation de l'enfant à la mère ou par le maintien de la relation mère enfant. Il faut veiller aux rechutes précoces sur un mode plus thymiques. Une nouvelle grossesse n'entraîne pas nécessairement un nouveau délire.

#### Les états schizophréniformes

Ils peuvent débuter tôt après l'accouchement et prennent l'allure soit d'une agitation délirante avec repli autistique soit d'une excitation atypique ou d'une dépression discordante. Le tableau peut être plus insidieux et se manifester par un repli avec incurie et désintérêt pour l'enfant.

Selon les études, 5 à 15 % des psychoses du post partum évoluent à long terme vers une schizophrénie chronique ou vers une psychose maniaco-dépressive. Dans ces cas, l'adaptation à la maternité est compromise. Mais Racamier, propose en 1961 l'idée que dans ces cas d'évolution délétère, la séparation de la mère et de l'enfant serait un facteur précipitant dans la pathologie chronique.

La psychose puerpérale a suivi le même mouvement que la psychose ces dernières années à savoir que la classification privilégie les troubles thymiques (manie, dépressifs) au détriment des troubles schizophréniques.

Selon une étude portant sur 250 cas , 11.5 % des psychoses puerpérales surviennent en ante natal.

#### Le pronostic :

Le pronostic vital est engagé pour la mère dans 5 % des cas par un suicide à plus ou moins court terme et pour l'enfant dans 4 % des cas par infanticide.

Le pronostic psychiatrique est favorable, la sédation est assez rapide par l'hospitalisation et un traitement adéquat, mais les récurrences sont fréquentes confirmant l'intérêt d'un traitement prolongé.

#### Les facteurs de risque :

-démonstrés :

-la primiparité : 70% des cas de psychoses puerpérales  
-les antécédents personnels de troubles de l'humeur : 25% dans les psychoses maniaco-dépressives et 40% dans les maniaco-dépressives bipolaires ;  
-les antécédents personnels de psychose puerpérale.  
-les antécédents familiaux de troubles de l'humeur

-plausibles : car ils sont sujet à discussion :

-l'isolement des mères  
-la césarienne ou la mort périnatale  
-les traumatismes de l'enfance notamment sexuels  
-le sexe de l'enfant

## En conclusion,

Dans tous les cas de figure, tentez de toujours laisser les choses ouvertes pour que puissent émerger l'inconfort, le non désir de cette maternité, ou de cet enfant. Se méfier de nos paroles rassurantes qui bien souvent sont faites pour nous rassurer nous et empêchent l'angoisse de la patiente de poindre. Plutôt que de calmer immédiatement, se rappeler que nous ne sommes pas seul (en miroir de la solitude et du désarroi présentés par la patiente), et que avec d'autres professionnels on doit pouvoir soutenir, l'émergence des difficultés.

A retenir que 33% des dépressions majeures puerpérales ont un début en ante natal . Il vaut toujours mieux que la prise en charge soit conséquente au début quitte à s'alléger ensuite que de réagir dans l'urgence.

Les femmes ayant un suivi ou un traitement psychiatrique (même prescrit par un généraliste) doivent savoir que des structures d'accueil et de soins mères bébé existent, d'en discuter permet parfois de soulever des questions.