

Les troubles psychopathologiques de la puerpéralité

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. La dépression anténatale.....	3
1.1. Epidémiologie.....	3
1.2. Principales caractéristiques.....	3
1.3. Facteurs de risques.....	3
2. Le déni de grossesse.....	4
2.1. Epidémiologie.....	4
2.2. Principales caractéristiques.....	4
3. Le baby blues ou post partum blues.....	4
3.1. Epidémiologie.....	4
3.2. Principales caractéristiques.....	4
4. La psychose puerpérale.....	5
4.1. Epidémiologie.....	5
4.2. Principales caractéristiques.....	5
5. La dépression du post-partum.....	7
5.1. Epidémiologie.....	7
5.2. Principales caractéristiques.....	7
5.3. Facteurs de risques.....	7
5.4. Conséquences.....	7
6. Les troubles de la paternité.....	8
6.1. Le syndrome de couvade.....	8
6.2. La dépression du post partum.....	8
Conclusion.....	9
Annexes.....	9

Prérequis

- Les généralités sur les troubles psychiques (cours précédent)
- La dépression et le suicide (cours précédent)

Objectifs spécifiques

- L'étudiant sage-femme doit savoir distinguer cliniquement les principaux troubles psychopathologiques de la puerpéralité.

Introduction

Ce cours est une étude des principaux troubles psychopathologiques de la puerpéralité :

- des formes mineures correspondant au baby blues,
- aux formes majeures renvoyant aux dépressions, aux dénis de grossesse, aux psychoses....

Cet enseignement est coloré de vignettes cliniques qui doivent aider l'aider l'étudiant sage-femme à se positionner dans sa pratique.

1. La dépression anténatale

1.1. Epidémiologie

Elle affecte, selon les auteurs, de 10 à 20 % des femmes enceintes.

1.2. Principales caractéristiques

Les symptômes sont ceux déjà vus dans le cours précédent.

Le problème est qu'ils sont souvent imputés à la fatigue et aux modifications fonctionnelles liées à l'état de grossesse.

Il existe donc une sous évaluation de l'état dépressif pendant la grossesse.

Il s'agit par ailleurs d'une dépression commune qui se traite comme telle c'est à dire par antidépresseurs et psychothérapie.

La dépression ante natale expose plus à la survenue d'une dépression du post partum

1.3. Facteurs de risques

Les principaux facteurs de risque sont :

- la primiparité
- un antécédent de dépression
- un sentiment négatif ou d'ambivalence par rapport à la grossesse

Aucun profil socio professionnel particulier n'expose plus à la dépression ante natale.

2. Le déni de grossesse

2.1. Epidémiologie

Il affecte environ 3 femmes enceintes pour 1000.

2.2. Principales caractéristiques

La moitié des femmes présente un trouble psychologique en parallèle du déni (psychose, dépression, troubles de la personnalité ou retard mental).

En opposition, il faut se souvenir que l'autre moitié des femmes ne présente aucun profil particulier.

Le déni de grossesse doit s'entendre comme la négation de la grossesse avec une part d'inconscient (par un mécanisme de refoulement par exemple). Cela expliquerait le peu de modifications corporelles maternelles (faible prise de poids, signes sympathiques de grossesse rarissimes).

Le déni peut être levé à n'importe quel terme de la grossesse, l'accouchement en étant la limite.

Il existe une corrélation positive entre déni de grossesse et infanticide en cas d'isolement maternel.

Le devenir ultérieur des enfants nés vivants n'est pas empreint de troubles majeurs du développement et ce malgré les complications fœtales qui sont pourtant plus fréquentes (RCIU, MFIU, malformations).

Au total, le déni de grossesse est un symptôme « né » de l'ambivalence du désir d'enfant.

Il est donc nécessaire pour le praticien d'approfondir le travail clinique à la recherche de troubles de la personnalité et / ou psychiatriques maternel mais aussi d'évaluer l'entourage affectif (père, etc.).

3. Le baby blues ou post partum blues

3.1. Epidémiologie

Sa fréquence caractérise selon les auteurs de 30 à 80 % des mères.

3.2. Principales caractéristiques

C'est un syndrome transitoire, aigu et bénin qui survient entre le 3ème et le 10ème jour après l'accouchement.

Il dure généralement environ 24 h.

C'est la labilité thymique qui le caractérise le mieux (ex : passage du rire aux larmes).

Il peut s'accompagner aussi d'exaltation, d'insomnie, d'irritabilité, de troubles de la concentration, de sentiments d'étrangeté.

Un exemple :

Mme B, 35 ans, ne présente pas d'antécédent particulier. La grossesse, désirée par le couple, a été physiologique d'un point de vue médical. Son accouchement s'est déroulé normalement (accouchement par la voie basse, à terme, sans délabrement périnéal) et rapidement pour une

patiente primipare. Elle décide d'allaiter sa fille.

Au 3ème jour en maternité, Mme B est asthénique et inquiète : sa fille réclame fréquemment son sein. Sa peur est orientée sur sa compétence maternelle et sur sa fille qu' « elle carencerait ». Son discours est mêlé de pleurs lorsqu'elle montre à la sage-femme la courbe de poids de sa fille orientée à la baisse et de rires lorsqu'elle la voit dormir apaisée, le facies détendu dans son berceau. Mme B. se sent « vidée » également. Elle appréhende aussi les visites qu'elle doit avoir l'après-midi. Elle souhaite s'excuser de ce qu' « elle donne à voir » ; « ça ne lui arrive jamais de flancher ».

La sage-femme retrouve à l'anamnèse que:

- la chute de poids était physiologique,*
- M. B était disponible et aidant.*

Devant son baby blues, la sage-femme prend en charge MME B en l'informant, l'étayant sur la normalité de l'ensemble des événements entre : le besoin de succion et de contact de son enfant, la vacuité ressentie après une grossesse (d'autant plus qu'elle s'était préparée à un accouchement plus long et difficile), la notion de baby blues, ses préoccupations qui de par leurs existences la réalisent comme mère.

M. B s'est proposé de repousser les visites, se positionnant en père protecteur de la dyade.

La sage-femme lui propose également d'encadrer la prochaine tétée ce qu'elle a accepté. La sage-femme alors a pu continuer à alimenter sa réassurance.

A la reprise de poids de son enfant, Mme B se sentait beaucoup mieux et autonome.

Généralement, une prise en charge hospitalière est suffisante pour un baby blues. Il peut cependant être nécessaire de prolonger la durée du séjour de 1 à 2 jours en maternité. En cas de doute ressenti par l'équipe ou la patiente, un suivi à domicile est organisé par la sage-femme hospitalière (sage-femme ou puéricultrice de PMI).

N.B pour la pratique :

L'étudiant sage-femme doit intégrer que les doutes exprimés par les patientes peuvent être également iatrogènes (induit par le soin) et / ou entretenus par des discours différents de soignants.

Un exemple récurrent à se souvenir est la conduite de l'allaitement maternel qui tend à se complexifier en l'absence d'une trame communautaire entre professionnels.

Ces hiatus entre soignants sont très anxiogènes pour les mères et favorisent le syndrome du baby blues.

4. La psychose puerpérale

4.1. Epidémiologie

Elle affecte environ 3 femmes enceintes pour 1000.

4.2. Principales caractéristiques

Elle intègre la symptomatologie du baby blues qui se développe progressivement ou inauguralement sur un mode psychotique.

Le pic de fréquence est autour de 1 à 3 semaines après l'accouchement.

Le délire est généralement centré sur la naissance, sa négation, un échange d'enfants, etc. Il peut s'associer

à des hallucinations.

Il s'agit d'un tableau clinique bruyant, facile à identifier, qui nécessite après appel du psychiatre de garde par la sage-femme, une prise en charge préférentielle à temps complet de la dyade mère enfant en Unité psychiatrique Mère Bébé.

Celle-ci intervient lorsque les suites obstétricales sont favorables.

Un traitement pharmacologique à base de sédatif (ex : Témesta®) et d'anti psychotique (ex : Risperdal®) est débuté dès le diagnostic confirmé par le médecin.

L'évolution est en règle générale favorable.

L'allaitement maternel est cependant à suspendre en raison de la toxicité des médicaments. Il s'agit là malheureusement d'une difficulté supplémentaire qui peut mettre un peu plus à mal la relation mère enfant.

Durant son séjour en maternité, la patiente est encadrée par un membre de l'équipe pour tous les soins courants ; elle bénéficie plusieurs fois par jour d'une évaluation de la sage-femme ou du psychiatre sur la dangerosité potentielle qu'elle suscite pour elle et son enfant.

Un exemple :

Mme C, 34 ans, est une mère isolée, ayant un premier enfant de 3 ans. Elle a été diagnostiquée bipolaire à la suite d'une dépression du post partum. Ce projet de grossesse n'était pas partagé, son nouveau conjoint l'a quitté durant celle-ci. Mme C a fait suivre régulièrement sa grossesse de façon multidisciplinaire (psychiatre, obstétricienne, sage-femme). Son traitement médical de la bipolarité a pu être diminué au maximum de façon à être le moins tératogène possible envers le fœtus.

L'accouchement s'est déroulé normalement. Au 3ème jour, son enfant a développé un syndrome d'imprégnation médicamenteuse (prémices d'un syndrome de sevrage aux médicaments psychiatriques). En parallèle, Mme C présentait un baby blues orienté sur les craintes pour son enfant : elle oscillait entre peur et exaltation.

Durant sa 3ème nuit en maternité, elle sonne et souhaite voir la sage-femme. Cette dernière la rencontre dans sa chambre sans son enfant car ce dernier est traité par nursing quasi constant en pouponnière.

Mme C insiste pour parler tout bas ; elle souhaite que la sage-femme appelle l'Elysée dans la nuit pour les prévenir de la situation. Devant la demande d'explications de cette dernière, elle raconte que « c'est son enfant ». Au-delà, elle serait la maîtresse du président de la république ; il serait en droit de connaître l'état de son enfant. Il est probable qu'on vienne ensuite la chercher.

Mme C n'est pas ouverte au raisonnement. Ses pensées sont altérées et ne correspondent pas à la réalité. Sa psychose puerpérale s'objective dans ce délire systématisé (=structuré) de grandeur. Elle est cependant initialement calme, et n'a pas de trouble de la conduite. La sage-femme la laisse se reposer dans sa chambre et prévient le psychiatre de garde qui compte tenu du contexte l'évaluera et la prendra en charge le lendemain.

Cependant l'état de santé de Mme C se dégrade dans la nuit ; elle devient agitée, présente des barrages en même temps que son angoisse se développe. Elle ne peut plus rester dans sa chambre et accapare la sage-femme quasiment constamment. Le psychiatre se déplace alors, confirme le diagnostic et mettra en place une sédation efficace. Elle sera transférée rapidement en psychiatrie ; son enfant avec elle.

Si de tels tableaux cliniques sont facilement repérables car ils sont bruyants, ils doivent encourager la sage-femme à réévaluer fréquemment ces patientes et à questionner l'adéquation de leur prise en charge.

5. La dépression du post-partum

5.1. Epidémiologie

Sa prévalence est selon les auteurs de 10 à 20 %.

5.2. Principales caractéristiques

Il s'agit d'une dépression commune qui se traite comme telle c'est-à-dire par antidépresseurs et psychothérapie.

Elle peut aussi être pré existante à l'accouchement (cf 1. du cours).

Elle peut intégrer également la symptomatologie du baby blues mais qui se prolongerait dans la durée.

Ce deuxième cas entraîne une observation fine, régulière des interactions précoces mère-enfant en maternité et ce d'autant plus que la mère serait séparée physiquement de son enfant (ex : cas d'un nouveau-né ayant nécessité un séjour dans un secteur de médecine néo natale).

Un enfant trop calme (en retrait) ou inconsolable attire péjorativement l'attention tout comme un enfant ayant des difficultés d'alimentation.

Il existe également des éléments maternels (enfant non nommé, effacement lors des soins par rapport au personnel ou au contraire soins réduits à la technique...) qui s'ils sont réguliers pourraient s'objectiver en carence affective.

La durée du séjour en maternité est souvent trop courte pour une observation qualitative. Il est alors nécessaire de poursuivre la surveillance de l'établissement des liens mère enfant en Unité psychiatrique Mère Bébé.

Il est à noter aussi que le recours à des grilles d'évaluation renvoyant à des scores s'avère utile pour suivre les interactions précoces de l'enfant et faciliter le décodage du comportement du nouveau-né (échelle de Brazelton par exemple). Le recours à ces outils est d'autant plus judicieux que le turn over des équipes est important sur un séjour donné en maternité. Ils permettent également aux membres de l'équipe d'avoir aussi un langage commun, construit au-delà du simple ressenti.

5.3. Facteurs de risques

L'âge maternel, un profil socio économique particulier, l'absence d'emploi, l'accouchement à domicile, la parité ne sont pas des facteurs de risque significatifs.

Les facteurs de risques significatifs sont :

- L'absence de participation à des cours de préparation
- L'absence de planification de la grossesse
- L'absence de proche pendant le travail
- L'isolement maternel
- Le fait de ne pas allaiter

5.4. Conséquences

Les études montrent que pour la population de mère souffrant d'une dépression du post partum, il est retrouvé significativement :

- une augmentation du risque de maltraitance
- une augmentation du risque de dépression du conjoint
- une augmentation des dysfonctionnements de couple
- une plus grande irritabilité du nouveau-né
- un retard dans l'acquisition du langage chez le nouveau-né

6. Les troubles de la paternité

Ils sont encore peu étudiés. Néanmoins, on peut isoler le syndrome de couvade et la dépression du post partum.

6.1. Le syndrome de couvade

Il s'agit de signes fonctionnels divers qui tendent à apparaître durant le 3ème mois de grossesse, pour diminuer au second, réapparaître au 3ème pour disparaître à la naissance avec une poursuite possible en post natal.

Ces signes n'ont aucune cause organique.

La sphère digestive est concernée en 1er lieu :

- ballonnements
- douleurs abdominales
- colites
- nausées
- vomissements
- conduite anorexique ou boulimique (avec variation pondérale objective de plus de 3 kilos au cours de la grossesse).

Les autres symptômes sont :

- des douleurs dentaires
- des céphalées
- des démangeaisons
- une asthénie générale

Les interprétations psychanalytiques pour comprendre ce trouble, sont très variées et dépendent de chaque sujet.

La couvade est défini comme un syndrome transculturel et très ancien.

Le recours à une consultation psychiatrique pour ce trouble reste exceptionnel.

6.2. La dépression du post partum

Sa prévalence est selon les auteurs de 5 à 13 % ; elle serait très sous évaluée également.

Elle est favorisée par la dépression maternelle du post partum.

Elle apparaît donc le plus souvent avec un décalage dans le temps par rapport à la pathologie maternelle.

Il s'agit d'une dépression commune qui se traite comme telle c'est à dire par antidépresseurs et psychothérapie.

Conclusion

Lors d'apparitions de troubles maternels, il est essentiel de s'appuyer sur l'environnement relationnel de la mère afin d'évaluer si ce dernier sera aidant et/ou étayant.

Le père est naturellement alors souvent associé à cette dynamique.

Dans ce cadre, le praticien doit également s'attacher à rechercher les émotions et le ressenti de ce dernier afin d'évaluer les capacités de la guidance paternelle.

Il est judicieux d'informer aussi ce père qu'il peut nécessiter le besoin d'être aidé à son tour.

Annexes

Bibliographie

- **Alain LIEURY** : *Psychologie cognitive, 3ème édition, Editions DUNOD, 426 p, 2013*
- **Antoine BIOY Damien Fouques** : *Psychologie clinique et psychopathologie, 2ème édition, Editions DUNOD, 245 p, 2012*
- **J. LABLANCHE J.-B PONTALIS** : *Vocabulaire de la psychanalyse, Editions PUF, 523 p, 2009*
- **Jacques Dayan Gwenaelle ANDRO Michel DUGNAT** : *Psychopathologie de la périnatalité, Collection les âges de la vie, Editions MASSON, 549 p, 1999*