

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Q 19

Dr N. Lafay, Dr Nathalie Papet, Dr Cyril Manzanera, Pr Jean Louis Senon

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM	1
Introduction – Généralités	1
1. Vécu psychologique et grossesse	2
1.1. L'expérience de l'état de grossesse	2
1.2. L'objectivation de l'enfant	2
1.3. L'enfant imaginaire	2
2. Troubles psychiatriques de la grossesse	2
2.1. Les vomissements	2
2.2. Les réactions névrotiques et psychologiques mineures	3
2.3. Les épisodes psychotiques	3
2.4. Les dépressions gravidiques	3
3. Troubles psychiatriques du post-partum	3
3.1. Le syndrome du troisième jour ou « post-partum blues » ou « baby blues »	3
3.2. La dépression du post-partum	4
3.3. Les psychoses puerpérales	4
4. Aspects thérapeutiques	4

Introduction – Généralités

La grossesse représente une étape importante du développement psycho-sexuel de la femme, cependant elle ne s'associe pas forcément à une aggravation des troubles psychologiques préexistants. Elle représente une maturation qui peut réduire ou faire disparaître ces troubles antérieurs.

La grossesse et le post-partum sont des périodes propices au développement de pathologies psychiatriques parce que les modifications psychologiques et somatiques entraînées facilitent des troubles liés à la vulnérabilité de la personne. Ces périodes peuvent réactiver l'anxiété liée aux conflits que peut poser dans l'histoire personnelle et singulière de chaque parturiente, un nouveau lien de filiation. Il peut se déclencher une souffrance avec symptômes névrotiques ou psychotiques. Différents facteurs de risque peuvent être individualisés dont le vécu psychologique, le contexte psycho-social, les modifications somatiques et la vulnérabilité individuelle avec les antécédents personnels et familiaux psychiatriques.

Racamier a introduit le terme de « maternalité » pour définir « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité ».

1. Vécu psychologique et grossesse

1.1. L'expérience de l'état de grossesse

Les modifications physiques et fonctionnelles de la gestation entraîne des mouvements affectifs variables : tantôt agréables avec sentiments de toute puissance, d'exaltation (la grossesse représente un état de complétude imaginaire, une preuve de fertilité), tantôt désagréables avec inconfort et anxiété. Des réactions psychologiques plus intenses, pathologiques peuvent survenir : parfois désir de grossesse sans désir d'enfant (multiples IVG, abandons) ou refus de la grossesse avec irritabilité, dépression, anxiété.

1.2. L'objectivation de l'enfant

Après la prise de conscience de l'état de grossesse, apparaît une représentation d'enfant fusionné à la mère et ne constituant qu'une partie d'elle. Si cette position est maintenue après la naissance, la mère continue à considérer l'enfant comme une partie d'elle-même, ne permettant pas l'autonomisation psychique du bébé (potentiel de psychose). Mais progressivement, l'enfant est « objectivé », ayant sa propre autonomie. La femme passe du « je suis enceinte » à « j'attends un bébé ». L'échographie, les discussions à propos du futur enfant à naître, contribuent à ces représentations.

1.3. L'enfant imaginaire

La mère s'imagine son enfant après sa naissance. C'est un enfant « projeté » qui aura des qualités correspondant aux désirs maternels (beau, en bonne santé, peur d'une anomalie). Après la naissance, se confrontent l'enfant réel et l'enfant imaginaire. Une évolution est nécessaire pour concilier ces deux images. En cas d'impossibilité, se produisent des troubles relationnels mère-enfant.

2. Troubles psychiatriques de la grossesse

2.1. Les vomissements

Physiologiques jusqu'au troisième mois (50% des femmes), leur persistance au delà peut être le témoin de réactions psychologiques : ambivalence envers la grossesse, personnalité pathologique ...

2.2. Les réactions névrotiques et psychologiques mineures

Parmi les plus fréquentes, on peut citer :

- les crises d'angoisse : elles concernent l'enfant à venir (peur d'une malformation ou d'un mort in utero) ou les responsabilités futures (peur d'être une mauvaise mère). Cette anxiété diminue lors du 2^{ème} trimestre pour se réactiver avant l'accouchement.
- une labilité émotionnelle, une dysphorie
- les manifestations histrioniques : conversion, quête affective, théâtralisme, dramatisation ...
- la dépendance envers l'entourage avec conduites de régression.

Plus rarement, on peut observer des phobies, des obsessions idéatives (peur d'être une « mauvaise mère »)

2.3. Les épisodes psychotiques

Ils sont très rares pendant la grossesse et peuvent se manifester par des idées délirantes à thème de culpabilité et d'indignité, avec un risque suicidaire.

2.4. Les dépressions gravidiques

Elles surviennent surtout lors du 1^{er} trimestre et sont favorisées par le contexte familial, affectif, social et les antécédents personnels ou familiaux de dépression.

Elles associent tristesse de l'humeur, asthénie, dévalorisation, anxiété, troubles du sommeil. Parfois elles prennent le « masque » de vomissements incoercibles.

3. Troubles psychiatriques du post-partum

3.1. Le syndrome du troisième jour ou « post-partum blues » ou « baby blues »

Il est fréquent (plus de 50% des accouchées) et bénin. Il survient entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour. On retrouve des symptômes anxieux et dépressifs avec : inquiétude, sentiments de dévalorisation, de culpabilité, asthénie, tristesse, pleurs, irritabilité, troubles du sommeil.

Il serait dû à des facteurs organiques (effondrement des taux d'oestrogènes) et des facteurs psychologiques (accouchement vécu comme rupture, confrontation de l'enfant réel et imaginaire). C'est un état transitoire, à dédramatiser, qui dure moins d'une semaine et qui régresse totalement. S'il persiste plus d'une semaine malgré un entourage étayant et chaleureux, il faut redouter une évolution dépressive.

3.2. La dépression du post-partum

Elle survient dans les deux à huit semaines après l'accouchement et peut s'inscrire dans la continuité d'un post-partum blues. On retrouve des symptômes dépressifs et anxieux avec parfois une multiplication des consultations pédiatriques de la part de la mère pour des motifs variés (difficultés alimentaires de l'enfant, troubles du sommeil de l'enfant ...).

Il est important de les diagnostiquer et de les traiter car la dépression maternelle entraîne des relations précoces mère-enfant pathologiques pouvant altérer le développement du nourrisson.

Cette dépression peut récidiver à l'occasion de grossesses futures et être inaugurale d'un trouble dépressif récurrent.

3.3. Les psychoses puerpérales

Elles surviennent dans les deux premières semaines du post-partum.

Le tableau clinique est souvent polymorphe associant des symptômes confusionnels, dépressifs, des idées délirantes labiles. Dans la grande majorité, prédominent les troubles de l'humeur.

On peut retrouver des tableaux mélancoliques avec idées délirantes congruentes à l'humeur (indignité, culpabilité). On peut voir aussi des épisodes maniaques et des bouffées délirantes aiguës avec des idées délirantes centrées sur l'enfant ou la naissance (conviction délirante que l'enfant n'est pas le sien, qu'il est décédé, négation de maternité). Le risque majeur est le suicide ou l'infanticide ou les deux (suicide altruiste).

L'évolution est généralement bonne sous traitement. C'est une indication d'une hospitalisation en unité mère-bébé et de la sismothérapie.

Leur évolution est variable : absence de récurrence lors de la prochaine grossesse, récurrence, mode d'entrée d'un trouble bipolaire ou d'une schizophrénie. La mère doit être prévenue du risque de récurrence de psychose puerpérale à sa prochaine grossesse (20% des cas).

4. Aspects thérapeutiques

Pendant la grossesse, les manifestations dépressives et anxieuses doivent bénéficier de psychothérapie de soutien (écoute, information, dédramatisation).

Le traitement chimiothérapeutique doit se faire avec une extrême prudence : risque tératogène au cours du 1^{er} trimestre. Lorsque l'indication est absolue, le traitement se fait sous surveillance obstétricale rapprochée pour dépister d'éventuelles malformations. On peut dans ces cas ci utiliser de faibles doses de benzodiazépines, d'antidépresseurs imipraminiques et de phénothiazines pour les neuroleptiques.

Après l'accouchement, le traitement est plus aisé en contre-indiquant l'allaitement.

Rappelons que la sismothérapie est une bonne indication des psychoses puerpérales et de la nécessité d'hospitaliser en cas de manifestations psychotiques ou mélancoliques du fait du risque suicidaire ou d'infanticide.