

Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	3
OBJECTIFS	3
I Principaux troubles psychiques de la grossesse et du post-partum	3
I.1 Pendant la grossesse.....	3
I.2 Après l'accouchement.....	4
I.2.1 Le post-partum blues	4
I.2.2 Dépressions du post-partum (ou dépressions postnatales précoces)	5
I.2.2.1 Dépressions simples.....	5
I.2.2.2 Dépressions de type mélancolique	6
I.2.3 Psychose puerpérale confuso-déirante	6
II Facteurs de risque permettant de craindre la survenue de troubles psychiques de la grossesse et du post-partum	7
III Conduite À Tenir (CAT) en cas de troubles psychiques de la grossesse et du post-partum	8
IV Annexes.....	9
Glossaire.....	9
Bibliographie	10
Recommandation	12
Abréviations.....	12

PRE-REQUIS

- Modifications hormonales au cours de la grossesse
- Modifications comportementales gravidiques

OBJECTIFS

ENC :

- Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse ou du post-partum
- Reconnaître les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et postnatale

SPECIFIQUE :

- Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse et du post-partum

I PRINCIPAUX TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

I.1 PENDANT LA GROSSESSE

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum (*cf. glossaire*) sont généralement peu importants ; la grossesse a tendance à diminuer les pathologies psychiatriques chroniques.

1) On peut cependant observer **différents troubles** en fonction des périodes de la grossesse :

- **Au cours du premier trimestre :**
 - Des troubles du caractère avec irritabilité, labilité (*cf. glossaire*) émotionnelle.
 - Des manifestations mineures d'anxiété (anxiété d'enfant malformé, anxiété d'enfant mort-né, anxiété du déroulement de l'accouchement...).
 - Des troubles du comportement alimentaire à types de boulimie ou d'envies ; cependant les troubles alimentaires présents hors grossesse s'améliorent le plus souvent : anorexie, obésité).

- Des nausées, vomissements ou hypersialorrhée (*cf. glossaire*).
- **Au cours du dernier trimestre :**
 - Une anxiété concernant l'état de l'enfant, l'accouchement.
 - Une insomnie.

2) Les pathologies qui surviennent au cours de la grossesse :

- Les syndromes dépressifs sont assez fréquents (10 % des grossesses) ; leur intensité est modérée ; ils surviennent préférentiellement au premier trimestre de la grossesse et sont plus fréquents en cas de grossesse non désirée ou en cas de conflit conjugal.
- Les épisodes délirants aigus sont rares mais peuvent surtout survenir au premier trimestre de la grossesse.

I.2 APRES L'ACCOUCHEMENT

I.2.1 Le post-partum blues

Le post-partum blues (ou baby blues, ou maternity blues ou syndrome du troisième jour) concerne, selon les auteurs, 30-80 % des accouchées.

Il associe, dans les tous premiers jours après l'accouchement : anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphorie (*cf. glossaire*), troubles du sommeil, fatigue et plaintes somatiques.

Les crises de larmes, la susceptibilité, la crainte d'être délaissée, surprennent et déroutent l'entourage, surtout lorsque l'accouchement s'est bien déroulé. Les préoccupations anxieuses du début de la grossesse réapparaissent, souvent associées à l'idée obsédante de ne pas savoir s'occuper du bébé, avec des alternances de jubilation et de pessimisme.

Ce tableau, relativement fréquent, est de faible intensité et ne doit pas forcément être considéré comme une dépression à minima, mais plutôt comme une phase brève d'hypersensibilité émotionnelle. Les modifications endocriniennes semblent capables de provoquer à elles seules un état réactionnel psycho-endocrinien, différent dans sa cinétique et sa temporalité des mécanismes dépressifs. S'y ajoutent les réaménagements affectifs et cognitifs liés à l'accouchement et au processus de « maternité ».

Ce trouble transitoire survient entre le troisième et le sixième jour après l'accouchement. Réduit parfois à 24 heures, il dure quatre à cinq jours au maximum. Si les symptômes persistent après la première semaine ou s'intensifient, on entre alors dans le cadre différent des dépressions du post-partum. Il est donc important de dépister le baby blues et de le surveiller.

Thérapeutique

Le post-partum blues ne nécessite pas de traitement médicamenteux. La relation avec les soignants, la mobilisation de l'entourage, l'information, une attitude chaleureuse et compréhensive suffisent le plus souvent pour passer sans encombre une phase considérée comme un épisode « variation de la normale ».

I.2.2 Dépressions du post-partum (ou dépressions postnatales précoces)

Elles concernent 10 à 20 % des femmes. C'est en général leur premier épisode dépressif.

On distinguera les dépressions simples et les dépressions de type mélancolique.

I.2.2.1 Dépressions simples

Le post-partum blues se termine au maximum vers le septième jour après l'accouchement. Le diagnostic de dépression doit être envisagé, en cas de prolongation des symptômes au-delà ou d'intensification, notamment avec l'apparition d'une humeur labile, d'un sentiment de découragement, de plaintes somatiques insistantes (céphalées, douleurs abdominales), mais surtout de phobies d'impulsion, de crainte de faire du mal au bébé, d'évitement du contact.

Initialement ces patientes consultent peu et ont tendance à s'isoler.

Dans leurs antécédents, on retrouve souvent une enfance empreinte de carences affectives, de séparations précoces et une grossesse émaillée d'événements douloureux (deuils, séparations) ou de conditions psychologiques difficiles (solitude, conflits conjugaux, soutien conjugal insuffisant ou inadéquat). Il est donc important lorsque de tels éléments ont été repérés au cours de la grossesse, de prévoir un suivi rapproché. La forte culpabilité (« J'ai tout pour être heureuse ») et l'aspect quelque peu atypique du tableau dépressif rendent le diagnostic et l'acceptation de la prise en charge parfois difficiles.

Thérapeutique

Il s'agit de femmes qui, si elles ne viennent pas aux consultations prévues, doivent impérativement être rappelées et soutenues. Une attitude ferme, ni dramatisante ni moralisatrice est éthiquement justifiée. Ici, comme souvent la qualité des échanges et des liens entre l'équipe obstétricale et les psychiatres joue un rôle majeur.

La prise en charge des difficultés sociales est une autre nécessité. Le recours aux services sociaux devra éventuellement être déclenché même si l'intéressée banalise la situation. L'association d'une prise en charge correcte et l'utilisation très classique des antidépresseurs (type Anafranil (*cf. glossaire*)) suffisent généralement à améliorer ces dépressions. Dans certains cas et malgré un traitement bien conduit, la dépression tend à se chroniciser. Même

si la participation névrotique apparaît importante, il ne faut pas hésiter à envisager une hospitalisation.

L'impact des troubles dépressifs du post-partum sur le développement psychique chez l'enfant est difficilement évaluable, mais la plupart des auteurs s'accordent pour dire qu'il n'est pas négligeable. La maman doit donc être prise en charge afin que l'épisode ne se prolonge pas et que les interactions précoces s'effectuent dans les meilleures conditions.

I.2.2.2 Dépressions de type mélancolique

Elles peuvent survenir dans les mois qui suivent l'accouchement. Les signes cliniques habituels d'un épisode mélancolique délirant (conviction délirante « d'être indigne ou d'être responsable de la mort présumée de l'enfant ») ou confusionnel attestent de la gravité de l'état. Le risque suicidaire ou le risque d'infanticide doivent être rigoureusement évalués : une hospitalisation en milieu spécialisés doit éventuellement être imposée.

Le diagnostic différentiel est la psychose puerpérale.

Certaines de ces patientes referont ultérieurement des accès dépressifs. Pour un certain nombre d'entre elles, cette dépression du post-partum est la première manifestation d'une maladie maniaco-dépressive qui ultérieurement évoluera pour son propre compte et justifiera donc une prophylaxie (*cf. glossaire*) spécifique.

Il est à noter que dans les cas de troubles dépressifs sévères du post-partum, le recours à une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant est actuellement recommandée.

I.2.3 Psychose puerpérale confuso-délirante

La psychose puerpérale (*cf. glossaire*) confuso-délirante survient le plus souvent dans la semaine qui suit la naissance. Les accès survenant plus tardivement (1-2 mois) sont de plus mauvais pronostic et révèlent plus fréquemment une schizophrénie (*cf. glossaire*).

Un post-partum blues sévère avec éléments de confusion est souvent prodromique (*cf. glossaire*).

La primiparité, des troubles antérieurs de la personnalité (immaturité), des difficultés relationnelles mère-fille sont prédisposants. Le tableau clinique comporte :

- Une obnubilation (*cf. glossaire*), voire une réelle confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale,
- Une activité délirante polymorphe mais essentiellement centrée sur l'enfant (thème d'enfantement, négation de l'enfant, filiation extraordinaire...),
- Une grande labilité de l'humeur avec risque suicidaire ou d'infanticide +++.

Les psychoses puerpérales réagissent bien à un traitement neuroleptique qui doit être instauré précocement en milieu hospitalier. L'évolution à long terme est variable :

- Accès restera isolé.
- 20 % de récurrences lors de grossesses ultérieures.
- Évolution vers une maladie maniaco-dépressive.
- Évolution vers une schizophrénie.

La pathogénie est plurifactorielle :

- Modifications hormonales,
- Facteurs psychologiques : personnalité immature, difficultés à assumer une grossesse, stress de l'accouchement majoré par des complications obstétricales ou néonatales,
- Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux.

II FACTEURS DE RISQUE PERMETTANT DE CRAINDRE LA SURVENUE DE TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Il faut les identifier en début de grossesse, en cas d'événements pathologiques gravidiques et au moment de l'accouchement. L'entretien précoce maintenant obligatoire (plan périnatalité), dit « entretien du 4e mois », doit permettre de repérer ces facteurs de risque.

On recherchera :

- **En début de grossesse :**
 - Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux,
 - Antécédents à risque pour le fœtus ou la grossesse (maladie héréditaire, diabète, HTA,...),
 - Antécédents obstétricaux pathologiques : Mort In Utéro (MIU), malformations fœtales, IMG, enfant de petits poids, enfants hospitalisés longtemps, enfants porteurs d'un handicap sévère, troubles psychiatriques au cours de la grossesse ou du post-partum,
 - Séparation de la famille,
 - Parent isolé,
 - Personnalité immature,

- Toxicomanie,
- Situation de conflit conjugal,
- Grossesse non désirée, non suivie,
- stérilité (*cf. glossaire*),
- Grossesse multiple.
- **Au cours de la grossesse :**
 - Découverte de malformations ou d'anomalies faisant craindre une malformation,
 - Grossesse pathologique,
 - Éloignement familial (TIU ou hospitalisation prolongée).
- **Après la naissance :**
 - Difficultés d'accouchement, morbidité maternelle sévère,
 - Morbidité néonatale,
 - Séparation mère-enfant (enfant transféré...).

III CONDUITE À TENIR (CAT) EN CAS DE TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

La prise en charge est pluridisciplinaire (obstétriciens, psychiatres, pédiatres...).

En post-partum, on peut avoir recours à plusieurs systèmes de prise en charge :

- Hospitalisation dans des unités mère-bébé (situées le plus souvent au sein d'hôpital psychiatrique),
- Crèche thérapeutique ou hôpital de jour qui permet un travail avec des psychiatres, psychologues et infirmières psychiatriques sur la relation mère-enfant,
- Suivi en externe régulier.

Dans certaines situations, la symptomatologie pourra justifier la séparation de l'enfant, surtout lorsqu'il existe un risque suicidaire ou d'infanticide. L'enfant pourra être confié à la famille de la mère, sinon hospitalisé en pédiatrie transitoirement.

IV ANNEXES

GLOSSAIRE

- Anafranil : Anafranil ou clomipramine : Médicament utilisé comme antidépresseur et anxiolytique. Il fait partie de la classe des antidépresseurs tricycliques.
- dysphorie : Perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment déplaisant et dérangent de tristesse, d'anxiété, de tension, d'irritabilité. On parle alors « d'humeur dysphorique ». Celle-ci est généralement labile. La dysphorie peut être expérimentée en dehors de toute pathologie psychiatrique en réaction aux événements douloureux de la vie comme des deuils, maladies, etc.
- hypersialorrhée : Hypersialorrhée ou ptyalisme : Sécrétion surabondante de la salive et du fluide muqueux buccal. L'étiologie est variée, les causes peuvent se classer par origines : bactériennes, gastro-intestinales, respiratoires, cardiovasculaires, alimentaires, mécaniques, nerveuses ou toxiques.
- labilité : Propriété d'une chose à changer, à bouger à être mobile. Par extension, sujet à défaillance, instable.
- obnubilation : Obscurcissement de l'état de conscience, une baisse de la vigilance, liée à une atteinte du système nerveux central.
- post-partum : La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse. C'est une période de nouveaux bouleversements à la fois psychiques et familiaux (période clef pour la mise en place de la relation mère-enfant, de la découverte du nouveau-né, de mutations familiales), mais aussi physique avec la perte brutale des repères physiologiques et anatomiques liés à la grossesse. Le post-partum est donc une période à risque de difficultés, parfois de complications, liées aux bouleversements de tous les repères d'une femme en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, et qui mérite pour ces raisons un suivi et une attention particulière.
- prodromique : Prodrome ou phase prodromique : Période d'une maladie pendant laquelle un ensemble de signes et de symptômes avant-coureurs annoncent la survenue de la phase principale de cette maladie.
- prophylaxie : Processus actif ou passif ayant pour but de prévenir l'apparition ou la propagation d'une maladie. Le terme fait aussi bien référence à des procédés médicamenteux qu'à des campagnes de prévention ou à des « bonnes pratiques » adaptées. Il ne s'agit pas d'un traitement médical : une prophylaxie peut amener à suivre un tel traitement, mais il s'agit avant tout d'un processus liant la prise de

conscience d'un risque constaté ou pressenti à une réponse médicale ou santé publique.

- **psychose puerpérale** : Psychose puerpérale ou psychose périnatale : Ensemble de troubles psychotiques apparaissant chez la mère avant l'accouchement, plus rares que ceux apparaissant après, et qui se présentent généralement sous forme de bouffée délirante dans les jours qui suivent l'accouchement. Elle associe des délires centrés sur la naissance et la relation à l'enfant à un état confuso-onirique et à des troubles thymiques. Ces psychoses peuvent aussi révéler un trouble structurel plus ancien. Elles peuvent parfois se résorber en quelques semaines mais elles laissent souvent des traces qu'il s'agit de ne pas négliger. La fréquence est souvent estimée comme étant 1 pour 1000 naissances. Le terme « psychose puerpérale » est un terme ancien, bien que toujours utilisé d'une manière informelle entre les professionnels.
- **schizophrénie** : Le terme de schizophrénie regroupe de manière générique un ensemble d'affections psychiatriques présentant un noyau commun, mais dites différentes quant à leur présentation et leur évolution. « Schizophrénie » provient du grec « skhizo », « skhizein » : « fractionnement », et de « phrèn » : « esprit ». On utilise le pluriel pour désigner ces schizophrénies. Ce sont des pathologies psychiatriques dites d'évolution chronique, débutant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les schizophrénies ont pour conséquence des altérations de la perception de la réalité (délire), des troubles cognitifs, et des dysfonctionnements sociaux et comportementaux plus ou moins importants.
- **stérilité** : État involontaire d'un individu inapte à concevoir un enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum (item 19). Université Louis Pasteur (ULP) de Strasbourg, Faculté de Médecine; 2004.
- Alberque C, Epiney M, Bianchi-Demicheli F, Irion O, Andreoli A. : Dépression grave pendant la grossesse : que faire ? Revue Médicale Suisse. 2008 Feb;4(144):392-397.
- Chardeau P. : Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2000 Jan;29(S1):52.
- Cohen A. : Une composante génétique probable dans la psychose puerpérale. Vocation Sage-femme. 2010 Feb;9(79):6.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 313-318.

- Danion-Grilliat A, Sibertin-Blanc D, Moro MR, Zimmermann MA. : Objectif 19 : Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Faculté de Médecine-Pharmacie, Université de Rouen, Collège national universitaire de pédopsychiatrie.
- Darves-Bornoz JM, Gaillard. : Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2001; 5-046-A-10.
- Dayan J, Yoshida K. : Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum : Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2007 Oct;36(6):530-548.
- Desmeules J, Biollaz J, Bonnabry P, Buclin T, Cornuz J, Dayer P, et al. : Dépression et grossesse : les éléments de sélection d'un antidépresseur. Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). 2005;32(1):1-4.
- Duverger P, Malka J. : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Service de pédopsychiatrie, CHU d'Angers.
- Ferreri M, Heim A, Nuss P, Heim N, Philippe HJ. : Troubles psychiatriques du post-partum. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2000; 5-110-B-10.
- Lafay N, Papet N, Manzanera C, Senon JL. : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Psychiatrie Adulte et Psychologie Médicale, Faculté de Médecine de l'Université de Poitiers.
- Lurson S, Pirson O, Constant E, Seghers A. : Prise en charge du trouble bipolaire pendant la grossesse. Louvain Médical. 2006;125(8):299-310.
- Panchaud A, Rothuizen LE, Buclin T. : Attitude de prescription chez la femme enceinte : Exemple de prise en charge d'un état dépressif. Forum Médical Suisse. 2006;6:961-964.
- Penka HI. : Psychose puerpérale : Nouveaux concepts, nouvelles évolutions. European Psychiatry. 2008 Apr;23(S2):120.
- Persini C. : Du baby-blues physiologique à la « psychose puerpérale ». Vocation Sage-femme. 2009 Jul-Aug;8(74):10-15.
- Pinabel F, Epelbaum C, Hardy P. : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum (19). Université de Franche-Comté.
- Sutter AL, Lacaze I, Loustau N, Paulais JY, Glatigny-Dallay E. : Troubles psychiatriques et période périnatale. Annales médico-psychologiques. 2005 Jul-Aug;163(6):524-528.
- Sutter-Dallay L, Dallay D. : Troubles psychiatriques et période périnatale. SYndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF). 2003;55.

RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité. HAS; 2005 Nov. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

ABREVIATIONS

- HTA : HyperTension Artérielle
- IMG : Interruption Médicale de Grossesse
- MIU : Mort In Utéro
- TIU : Transfert In Utero