

Module 2 : DE LA CONCEPTION A LA NAISSANCE

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

MODULE 2 : DE LA CONCEPTION A LA NAISSANCE.

ITEM N° 19.

ENSEIGNANTS : Pr. Ph Duverger, Dr J. Malka.

MODE D'ENSEIGNEMENT : ARC / E.D.

OBJECTIFS :

- Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse et du post-partum.
- Reconnaître les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale, post-natale.
- Argumenter les principes de la prise en charge pluridisciplinaire (psychiatrique, familiale sociale).

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

PATHOGENIE

- 1°/ Dimension biologique
- 2°/ **Dimension psychologique**
 - Vécu de la maternité
 - Représentation de l'enfant
 - Vulnérabilité
 - Préparation à la maternité.
- 3°/ Dimension sociale

TROUBLES PSYCHIQUES PENDANT LA GROSSESSE

- 1°/ Présentations cliniques
 - Réactions psychologiques mineures
 - Manifestations psychosomatiques
 - Troubles d'allure névrotique
 - Episodes dépressifs
 - Episodes psychotiques
- 2°/ Attitude thérapeutique
 - Techniques corporelles
 - Psychotropes

TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM

- 1°/ Syndrome du 3^{ème} jour
 - Circonstances de survenue et évolution.
 - Signes cliniques
 - Etiopathogénie
 - Evolution
 - Prise en charge
- 2°/ Dépressions du post-partum
 - Etats dépressifs d'intensité modérée.
 - Dépressions sévères
- 3°/ Manie puerpérale
- 4°/ **Psychoses puerpérales**
 - Début
 - Phase d'état
 - Evolution
 - Diagnostic différentiel
 - Traitement

BIBIOGRPHIE

TRoubles PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum constituent la pathologie de la puerpéralité. Il existe un **remaniement psychologique normal** lié à la puerpéralité appelé aussi "maternalité" dont l'élément essentiel est une crise d'identité chez la femme enceinte. La maternalité, notamment lors de la première maternité, est une étape maturante qui aboutit à un épanouissement de la féminité. Cependant la maternité n'est pas toujours une expérience heureuse comme en témoigne la survenue d'éventuels troubles psychiques.

Nous traitons ici les difficultés de la mère en gardant bien à l'esprit qu'elles peuvent être partagées par le père... Les soins prodigués pendant la grossesse et le post-partum concernent donc non seulement la mère et le nourrisson mais aussi le père dans le cadre de la triade père-mère-bébé. Ces soins représentent des enjeux considérables en terme de **prévention** pour l'avenir psychique de l'enfant.

PATHOGENIE

Ces troubles font envisager :

- Soit la décompensation d'une pathologie antérieure (psychose maniaco-dépressive, névrose, schizophrénie). La puerpéralité est ici un facteur favorisant tout en sachant qu'elle peut être elle-même un facteur déclenchant et inaugurant ces troubles ;
- Soit la survenue d'une pathologie, directement en lien avec la puerpéralité.

Les troubles de la puerpéralité font discuter, en outre, trois dimensions pathogéniques : biologique, psychologique, sociale.

1°/ Dimension biologique

Elle tient compte des remaniements hormonaux de la grossesse et du post-partum. Ces variations hormonales (chute brutale des oestrogènes et progestatifs, levée d'inhibition de la prolactine, dont on connaît les interactions avec la dopamine) interfèrent dans certains états dépressifs, le syndrome du 3^{ème} jour, les psychoses aiguës puerpérales.

2°/ Dimension psychologique

- Vécu de la maternité

Il s'apprécie au travers de l'attitude vis à vis de la grossesse, notamment le degré éventuel d'ambivalence vis-à-vis de celle-ci, son désir, sa survenue inopinée, l'aide médicale toujours importante qu'elle nécessite, les craintes d'un accouchement difficile, d'une malformation fœtale, la reviviscence d'un conflit pré-oedipien avec la résurgence d'une image maternelle qui véhicule un modèle de mère, ambivalent, apprécié ou rejeté.

La grossesse provoque une crise identitaire, dans sa dimension narcissique avec tous les effets bien connus de troubles émotionnels, modifications du caractère en relation avec les modifications corporelles. Ainsi, la grossesse focalise une grande partie de l'investissement psychique de la future mère (retrait narcissique...) et entraîne un remaniement dans son statut,

dans la relation du couple (plus ou moins accepté par le conjoint et les enfants), surtout lorsqu'il existe des préoccupations excessives quant au déroulement de la grossesse, des plaintes corporelles, des inquiétudes vis à vis du fœtus (rôle majeur de l'échographe et de ses mots).

- Représentation de l'enfant

La prise de conscience initiale de la grossesse s'effectue sans élaboration immédiate d'une image de l'enfant. Elle se poursuit par la production d'une fantasmatisation qui aboutit progressivement à la représentation individualisée de l'enfant. Celle-ci s'organise selon les désirs, les projets du couple, l'attente d'une restauration narcissique de l'un et l'autre parent "déléguée" à l'enfant.

Cette organisation de l'enfant imaginaire est influencée par le contexte relationnel passé et actuel mais aussi par la visualisation éventuelle du fœtus selon des procédés modernes telle l'échographie. Cette première objectivation imagée de l'enfant préfigure la rencontre de la naissance entre enfant imaginaire et enfant réel avec son corollaire, la nécessaire conciliation entre ces deux images. Un décalage trop grand peut être source de difficultés relationnelles qu'il faut détecter tôt pour aider précocement mère et enfant.

Lors de la naissance, la mère doit faire le double deuil de sa grossesse et de l'enfant imaginaire, idéal, et investir l'enfant réel au travers de ses désirs dans une relation maternante. Winnicott décrit, lors de cette relation "la préoccupation maternelle primaire" qui correspond à une focalisation de l'attention, des soins de la mère, sur les besoins de l'enfant reconnus avec une acuité toute particulière.

- Vulnérabilité

Elle est délicate à évaluer, mais intéressante à mettre en évidence dans une perspective préventive. Du côté de la mère, elle correspond à des moments de fragilité relationnelle, à d'éventuels antécédents familiaux, personnels, psychiatriques notamment dépressifs, à une personnalité peu structurée, névrotique ou psychotique. Du côté du bébé, il est important de tenir compte de ses compétences, de ses "qualités" relationnelles, car cela joue un rôle majeur dans l'interaction avec la mère : un enfant peut parfois compenser une fragilité maternelle préexistante. Les effets à long terme ne sont pas anodins pour le bébé...

- Préparation à la maternité

La préparation à la maternité est un travail psychologique lié à l'évolution psychoaffective de la femme et en particulier à l'identification à sa propre mère, ainsi qu'aux désirs et aux projets du couple parental.

La participation à des groupes de préparation à la maternité, où sont expliqués les aspects psychologiques et biologiques ainsi que le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, est un bon soutien psychologique pour lutter contre l'anxiété et faciliter la naissance et les soins à l'enfant.

3°/ Dimension sociale

Elle est importante à considérer. Le bon déroulement de la grossesse et du post-partum est conforté par la qualité relationnelle du couple, la stabilité dans le domaine professionnel, le statut économique suffisant, le suivi médico-social régulier de la grossesse et de l'enfant dans la perspective de la protection maternelle et infantile. Toute difficulté sur ces différents

registres retentit de façon négative sur l'évolution de la puerpéralité. Des facteurs de risque sont fréquemment et classiquement retrouvés :

- La primiparité.
- L'isolement de la mère (sans conjoint)
- Un accouchement par césarienne.
- L'existence de troubles psychiatriques, avant et/ou pendant la grossesse.
- Une situation vitale difficile.
- Une précarité sociale.
- Des dissensions conjugales.
- Un enfant mort ou gravement malade.
- Un accident grave.
- La mort d'un ou de plusieurs proches parents ou substituts parentaux de la mère.

A cette dimension sociale, il est de plus en plus important de tenir compte des aspects culturels. La place de la maternité n'est pas la même dans chaque culture avec des traditions parfois bien différentes, dans nos sociétés de plus en plus cosmopolites.

TROUBLES PSYCHIQUES PENDANT LA GROSSESSE

La grossesse peut être émaillée de différentes manifestations.

1°/ Présentations cliniques

- Réactions psychologiques mineures

Elles sont le plus souvent transitoires Il s'agit notamment de : labilité émotionnelle, inquiétudes, irritabilité, dysphorie, troubles du sommeil, modifications des conduites alimentaires, grignotage, envies diverses...

Schématiquement, l'anxiété prévaut lors du 1er trimestre avec des craintes concernant l'enfant (malformations, mort) mais aussi la manière de l'élever.

Ces manifestations peuvent être ponctuelles ou plus durables. Cette anxiété décroît vers le 2^{ème} trimestre, avec sentiments de bien-être vers les 6^{ème} et 7^{ème} mois qui précèdent une réaction anxieuse fréquente durant les semaines précédant l'accouchement.

- Manifestations psychosomatiques

Nausées et vomissements sont présents chez 50% des femmes au 1er trimestre. Très fréquents, ces vomissements physiologiques en début de grossesse sont donc banals.

Cependant, dans 10 à 20 % des cas, leur persistance au-delà du 3^{ème} mois fait évoquer un problème névrotique. Ils nécessitent alors des soins spécifiques.

Enfin, ils sont graves dans 2 à 4 cas sur 1000, ils nécessitent une hospitalisation avec isolement. Ils peuvent se compliquer de dénutrition avec signes de polynévrite (carence vitaminique B6).

Face à des manifestations fonctionnelles répétées, durables, il faut savoir évoquer un état dépressif sous-jacent.

- Troubles d'allure névrotique

Leur intensité est plus importante, parfois handicapante. Ils s'expriment sous forme de crises d'angoisse, de manifestations phobiques, d'obsessions.

Ces manifestations sont centrées sur la crainte de ne pas être capable de "bien accoucher" ou bien encore "d'avoir un accouchement difficile", "de ne pas savoir satisfaire les besoins de l'enfant". Parfois, il peut s'agir de véritables crises de panique ou d'obsessions avec "peur de tuer l'enfant" qui n'est pas encore né... Enfin, Il s'agit parfois de plaintes corporelles sont parfois prévalentes évoquant une pathologie de type conversion.

Les exigences affectives sont accrues pour endiguer ces craintes croissantes avec demande d'une présence rassurante, quasi permanente.

- Episodes dépressifs

Ils surviennent plutôt lors des premiers mois de grossesse et sont généralement transitoires. Ils s'expriment dans la majorité des cas par la symptomatologie névrotique précédemment décrite à laquelle s'ajoutent : asthénie, crises de larmes, sentiments d'impuissance et dévalorisation du rôle de future mère. Les manifestations dépressives touchent 10% des femmes enceintes (c'est à dire pas plus que la population générale).

De nature névrotique le plus souvent, ce sont les premières manifestations ou bien l'aggravation d'une névrose préexistante. Elles sont favorisées par :

- L'âge jeune.
- L'ambivalence vis-à-vis de la grossesse.
- Un environnement peu favorable.

Les manifestations mélancoliques sont rares et surviennent plutôt en fin de grossesse. Elles se poursuivent alors au-delà et prennent une forme confusionnelle ou délirante. Les accès maniaques sont exceptionnels.

- Episodes psychotiques

Les épisodes psychotiques, notamment les bouffées délirantes, sont très rares pendant la grossesse contrairement à la période du post-partum.

Cette rareté des accidents psychiatriques majeurs souligne le "rôle protecteur" qu'aurait la grossesse vis-à-vis des troubles psychotiques comme en témoignent l'amélioration des psychoses évolutives et la survenue moindre des psychoses gravidiques, cinq fois moins fréquentes que les psychoses du post-partum.

2°/ Attitude thérapeutique

Les états anxieux ou dépressifs de la grossesse nécessitent une attitude psychothérapeutique de soutien et d'accompagnement. Elle s'appuie sur l'écoute, l'information, la dédramatisation et la verbalisation des conflits psychiques liés à la grossesse.

- Techniques corporelles

Les techniques corporelles (individuelles ou en groupe) ont une place de choix. Elles sont le plus souvent effectuées par les sages-femmes. Il s'agit de la relaxation, de préparation à l'accouchement voire de groupes de futures mères.

Ces pratiques sont d'ailleurs systématiquement proposées aux jeunes femmes "à risque", telles les adolescentes, les femmes névrosées ou psychotiques, ayant des difficultés sociales ou affectives.

- Psychotropes

La prescription de psychotropes obéit à des règles strictes car tous les psychotropes passent la barrière foeto-placentaire.

- Eviter durant le premier trimestre (effet tératogène +++)

- Eviter durant le troisième trimestre (sevrage, dépression respiratoire pour le nouveau-né)
- Arrêt du lithium ou surveillance rapprochée (échographie cardiaque...)
- En cas de dépression grave (épisode dépressif majeur), les antidépresseurs tricycliques seront utilisés, sous surveillance. Les doses sont diminuées puis arrêtées avant l'accouchement (risques toxiques sur le nouveau-né). Le traitement est repris en post-partum. La sismothérapie trouve parfois une indication (rare).
- En cas de schizophrénie chronique, on préconise la diminution des neuroleptiques, voire l'arrêt en fin de grossesse (risque de syndrome extrapyramidal chez le nouveau-né).

Si une prescription est indispensable, choisir :

- Une mono thérapie.
- Un médicament bien connu.
- Avec une "demi-vie" courte (par exemple, pour un anxiolytique, le Séresta*)
- Diminuer la posologie avant l'accouchement
- Prévenir les pédiatres pour l'accueil du nouveau-né.

Dans tous les cas, faire la part entre le risque pour le déroulement de la grossesse et le risque pharmacologique de la prescription.

Si hospitalisation en psychiatrie, l'articulation entre les équipes d'obstétrique, de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie est indispensable.

TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM

Les complications psychologiques et psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse. La grande majorité de ces troubles psychiques surviennent dans les 2 premiers mois après l'accouchement. Les interventions thérapeutiques dans le post-partum font une place importante au bébé, dans une démarche préventive. La présence d'un pédopsychiatre dans les services de maternité et de néonatalogie prend là tout son sens.

1°/ Syndrome du 3^{ème} jour ou "post-partum blues"

- Circonstances de survenue et évolution

Ce syndrome fréquent, "post-partum blues", touche environ 50 à 80 % des accouchées. Il survient surtout autour du 3^{ème} jour, mais peut apparaître jusqu'au 6^{ème} jour. Episode banal et habituel, **il n'est pas pathologique au sens strict**. Ces troubles régressent habituellement en quelques jours; ils dépassent rarement une semaine. L'évolution est favorisée par l'attitude réconfortante de l'entourage.

- Signes cliniques

Le syndrome du 3^{ème} jour associe le plus souvent des manifestations mineures qui apparaissent d'autant plus paradoxales que la grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement :

- une asthénie
- une irritabilité
- une labilité émotionnelle et particulièrement des crises de larmes, faciles
- une anxiété relative aux soins à apporter au bébé
- des ruminations pessimistes vis à vis du nouveau-né avec
- la crainte ou le sentiment d'incapacité de ne pas pouvoir bien s'en occuper
- des plaintes somatiques diverses
- des troubles du sommeil...

Ces troubles sont sous-tendus par une sensibilité exacerbée à l'environnement, notamment au conjoint. Le sentiment d'être délaissée explique les reproches possibles à son égard.

- Etiopathogénie

Le "post-partum blues" s'expliquerait autant par le bouleversement hormonal de la suite de couches que par les modifications psychologiques de la "préoccupation maternelle primaire" qui rend la mère très attentive à son enfant, intuitive et sensible à ses besoins.

- Evolution

Cet état disparaît en quelques heures ou quelques jours, d'autant plus rapidement que l'attitude de l'entourage aura été maternante envers la jeune mère. Dans 10% des cas, il persiste plus d'une semaine et peut être le point de départ d'une évolution dépressive du post-partum ou l'annonce une psychose puerpérale.

Ainsi, la durée anormale du syndrome ou une majoration des troubles doivent alerter.

- Prise en charge

Cet état, bénin le plus souvent, doit de toute façon être l'occasion pour les équipes de rencontrer la jeune mère afin de s'assurer d'une évolution favorable et de l'établissement de relations satisfaisantes avec le nouveau-né. Un climat affectif et chaleureux, humanisé, suffit et permet l'apaisement et la résolution de ce syndrome. Une formation psychologique des personnels de maternité et de néonatalogie est essentielle.

Une prise en charge ultérieure, le cas échéant, s'avérera plus facile.

La valeur préventive d'une consultation psychologique devant un "post-partum blues" d'une durée et d'une intensité anormale n'est plus à démontrer. C'est le terrain de la psychose puerpérale proprement dit, de la dépression maternelle avec ses risques de dysfonctionnement de la relation mère-enfant et son retentissement sur le développement psychologique de l'enfant.

2°/ Dépression du post-partum

La fréquence de ces dépressions (15 %) serait en augmentation. Leurs répercussions sur le développement de l'enfant ont longtemps été méconnues et minimisées. Elles surviennent généralement dans l'année qui suit l'accouchement et constituent près de la moitié des hospitalisations en psychiatrie pendant les premiers mois après l'accouchement.

Le début est généralement précoce, dans les 15 premiers jours (20% des cas). Et contrairement au blues, elles sont pathologiques.

Ces dépressions du post-partum ont longtemps été sous estimées parce que :

- La symptomatologie est peu bruyante et ne semble pas mettre l'enfant en danger.
- La mère est souvent incapable de faire une demande de soins, voire, elle masque son état.

- Etats dépressifs d'intensité modérée

Ils sont fréquents et dominés par des manifestations d'allure névrotique à type de :

- fatigue, asthénie, épuisement,
- insomnie d'endormissement, perte de la libido,
- sentiments culpabilisants d'incapacité à répondre totalement aux besoins de l'enfant,
- irritabilité et agressivité s'adressant à l'époux qui serait insuffisamment présent et aux enfants bruyants et trop exigeants, qui gêneraient les soins légitimes au nouveau-né.

Parfois, ce sont des difficultés du nourrisson tels que : anorexie, prise de poids insuffisante, troubles du sommeil qui permettent, lors de l'anamnèse, de dépister la dépression maternelle. Une prématurité (avec hospitalisation du bébé en néonatalogie) peut parfois complexifier la situation. La séparation de la mère et de son enfant majore parfois un tableau dépressif, cela d'autant que cette séparation est longue et compliquée.

A ces troubles dépressifs souvent traînants, qui perturbent la relation mère-enfant, s'opposent les dépressions sévères qui mettent en jeu la vie de la mère et de l'enfant.

- Dépressions sévères du post-partum

La dépression fait suite au post-partum blues et associe toujours, à un degré plus ou moins important, les signes classiques de la dépression. S'y rajoutent des sentiments d'incapacité, une culpabilité, des auto-accusations en relation avec des mauvais soins apportés à l'enfant... L'anxiété est souvent importante. S'en suivent un appauvrissement des contacts dans les soins, une diminution des moments d'échanges entre la mère et son bébé, une disparition des moments ludiques.

Des idées suicidaires peuvent s'intégrer au tableau de dépression sévère.

La symptomatologie de ces états dépressifs peut être relativement atypique et n'être repérable qu'à travers des craintes excessives sur la santé de l'enfant, la multiplication de consultations pédiatriques (plus ou moins en urgence) de réassurance, des phobies d'impulsion, des obsessions.

Parfois, la dépression peut réaliser un tableau de mélancolie franche avec thématique délirante, focalisée sur le nourrisson avec sentiment d'incapacité de ne pouvoir satisfaire aux besoins de l'enfant, sentiment de culpabilité et d'indignité d'être une mauvaise mère. Lors d'une mélancolie délirante, s'ajoutent la négation du mariage, de la grossesse, de la maternité ou la conviction délirante d'une substitution d'enfant, d'un changement de sexe, de pratiques maléfiques sur l'enfant et la mère (tentative d'envoûtement à distance, d'absorption sournoise de drogue, etc).

Toutes ces situations délirantes sont vécues dans une atmosphère d'angoisse de mort. Quel que soit le comportement de la mère (apathie, indifférence ou excitation, agressivité), il est important de souligner la possibilité d'un geste suicidaire et/ou d'infanticide, qui impose de prendre des mesures adéquates, de sécurité et de soins.

*** *Facteurs favorisants***

Les facteurs favorisants sont classiquement :

- Mère adolescente ou très jeune : moins de 20 ans
- Primiparité après l'âge de 35 ans
- Mère ayant elle-même subi une carence affective, avec séparations précoces
- Mère victime de maltraitance durant son enfance
- Antécédents psychiatriques avant la grossesse; complication psychopathologique au cours de la grossesse
- Antécédents de deuil d'un enfant mort antérieurement
- Conditions de l'accouchement
- Malformations du bébé
- Dissension conjugale (le père ne joue alors pas son rôle de soutien vis à vis de la mère, voire la disqualifie)
- Difficultés socio-économiques (qui, si elles sont criantes, peuvent amener à négliger l'abord relationnel)
- Sévérité du post-partum blues.

*** *Traitement***

Le problème majeur est celui de la prévention et de la reconnaissance de ces situations par une meilleure formation des personnels de la petite enfance (puéricultrices, sages femmes, personnels des crèches, de la protection maternelle et infantile, des services de pédiatrie).

Une collaboration avec les secteurs de pédopsychiatrie est nécessaire.

L'attitude thérapeutique est centrée sur la relation mère-enfant :

- Consultations thérapeutiques mère-enfant.
- Visites à domicile.
- Groupe de mères.

Il s'agit d'aider la mère à retrouver ses capacités maternantes et d'intervenir sur les interactions précoces.

Un traitement par antidépresseurs et anxiolytiques peut être nécessaire avec arrêt de l'allaitement +++.

Si la symptomatologie le justifie, une hospitalisation en milieu psychiatrique est indiquée (libre ou H.D.T.). Lorsque c'est possible, l'hospitalisation s'effectue dans une unité mère-bébé. La non-séparation de la mère et de son bébé permet de développer des liens le plus rapidement possible. Mais cela n'est possible que lorsque toutes les conditions de sécurité sont réunies.

La conduite à tenir pour la mère est alors classique. Le contexte obligera à organiser la garde de l'enfant, à favoriser des visites de l'enfant durant l'éventuelle hospitalisation, à se coordonner avec la PMI ou le secteur de psychiatrie, à prévoir les modalités du retour à domicile ainsi que du suivi psychologique.

- Dépressions du post-abortum

Les dépressions du post-abortum sont classiquement rares. Cependant, les interruptions médicales de grossesse (I.M.G.) peuvent être à l'origine de dépressions réactionnelles plus ou moins intenses. Des sentiments de culpabilité sont fréquents d'autant que l'I.M.G. est en lien avec des motifs d'ordre somatique et maternel. Le foeticide et l'attente de l'expulsion sont des périodes très anxiogènes. Cet événement s'inscrit dans l'histoire

singulière de la mère. Entourage affectif, maturité et vulnérabilité de la mère sont très importants dans cette situation qui peut avoir l'effet d'un traumatisme, au sens psychique.

Le deuil de l'enfant mort avant la naissance est particulièrement difficile à accomplir pour des parents et représente un facteur de risque de dépression lors d'une grossesse suivante.

3°/ Manie puerpérale

La manie puerpérale est de début brutal, précoce (au cours des 2 premières semaines).

Elle se manifeste par une agitation avec désorientation intense, idées délirantes de toute puissance, d'influence, de mission divine, d'érotomanie ou de persécution.

La distinction avec la psychose puerpérale n'est pas évidente, d'autant que les états mixtes sont fréquents.

L'évolution vers une mélancolie puerpérale survient dans 50% des cas.

4°/ Psychoses puerpérales

Urgences thérapeutiques, elles représentent au sens strict une psychose aiguë confuso-délirante à forte participation thymique (psychose dysthymique).

La psychose puerpérale apparaît classiquement entre le 5^{ème} et le 25^{ème} jour suivant l'accouchement. Les sorties de la maternité de plus en plus précoces, expliquent en partie la moindre fréquence de ces psychoses en service d'obstétrique.

La fréquence est de 2 à 5 pour 1000 accouchements et le facteur de risque constitué par les antécédents psychiatriques est présent dans un tiers des cas.

- Début

En apparence brutale, il est précédé de manifestations rappelant le syndrome du 3^{ème} jour, soit retardé, soit prolongé avec accentuation progressive des troubles. La confusion mentale s'installe progressivement (avec fréquente majoration vespérale). L'insomnie se majore. S'y ajoute un désintérêt croissant pour le nourrisson.

- Phase d'état

Elle est rapidement complète associant symptômes thymiques, délirants, confusionnels.

Les manifestations thymiques sont souvent au premier plan avec variations intenses et rapides dans une même journée d'une thématique mélancolique avec risque de gestes auto-agressifs et hétéro-agressifs sur l'enfant, alternant avec des états d'excitations sous-tendus par une note maniaque.

Le délire est oniroïde, mal structuré et très fluctuant dans son intensité et son expression. Les idées délirantes, les phénomènes hallucinatoires (auditives, visuelles), sont centrées sur la relation de la mère à son enfant : négation de la maternité, substitution ou subtilisation de l'enfant, maladie, malformation, imminence de sa mort, malédiction sur le nouveau-né, etc.

Les troubles confusionnels à variation rapide sont dominés par la désorientation temporelle et spatiale, la perplexité anxieuse, l'onirisme transitoire, les perturbations du rythme veille sommeil.

L'anxiété, toujours présente, est très souvent importante, avec par moment des sentiments d'étrangeté, de dépersonnalisation, une atmosphère d'angoisse de mort.

Le **risque de suicide et/ou d'infanticide** impose des mesures thérapeutiques immédiates.

- Evolution

L'évolution immédiate est favorable dans la grande majorité des cas spontanément en quelques semaines; réduite à deux à trois semaines sous traitement neuroleptique. La sismothérapie, qui demeure le traitement le plus efficace, peut être proposée après échec des neuroleptiques ou d'emblée lorsque les dimensions mélancolique et délirante centrées sur l'enfant entraînent un risque de suicide ou d'infanticide.

L'évolution à long terme est variable et controversée quant aux pourcentages :

- Guérison (il s'agissait d'un épisode unique) : 70% des cas
- Récidive sur le même mode lors d'une grossesse ultérieure : 20% des cas
- Psychose maniaco-dépressive : 1% des cas
- Schizophrénie : très rare, surtout chez une jeune patiente d'une vingtaine d'années.

La survenue d'une psychose puerpérale est influencée par différents facteurs :

- primiparité
- parturiente âgée de plus de 35 ans
- antécédents psychiatriques personnels ou familiaux
- personnalité immature ou limite
- perturbation relationnelle précoce de l'accouchée avec sa propre mère
- absence d'élaboration du travail psychique préparant à la maternité
- situation économique défavorable.

- Diagnostic différentiel

La psychose puerpérale pose le problème de la discussion :

- D'une réactivation d'une psychose schizophrénique ou d'un délire chronique.
- D'un épisode thymique notamment mélancolique ou mixte dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive en sachant qu'une psychose puerpérale peut être une porte d'entrée dans un trouble bipolaire (soulignant les liens étroits existant entre psychose puerpérale et troubles thymiques)
- D'une psychose aiguë organique fréquemment confusionnelle, d'origine infectieuse (ancienne et classique "encéphalite psychotique puerpérale" aujourd'hui rarissime) ou vasculaire en particulier thrombophlébite cérébrale avec céphalées, crise comitiale, signes neurologiques en foyer à rechercher systématiquement.
- Enfin, l'origine toxique n'est pas rare, notamment les confusions secondaires à la prise de bromocriptine (Parlodel*)

- Traitement

Urgence thérapeutique, la psychose puerpérale implique, compte tenu de l'agitation, du risque suicidaire et d'infanticide, une hospitalisation en service spécialisé psychiatrique (service libre ou H.D.T.).

Lorsque c'est possible, l'hospitalisation s'effectue dans une unité mère-bébé. En effet, la non-séparation de la mère et de son bébé permet de développer des liens le plus rapidement possible. Mais cela n'est possible que lorsque toutes les conditions de sécurité sont réunies. En ce sens, cette hospitalisation mère-bébé est parfois délicate et contre-indiquée dans un premier temps.

Qu'elle que soit le type d'hospitalisation, une aide psychothérapique est toujours nécessaire, centrée sur la mère mais aussi sur la relation mère-bébé. Les questions de parentalité seront travaillées, en tentant de maintenir un lien de qualité avec l'enfant lors de visites organisées avec le père ou un membre de l'entourage.

Ce travail psychothérapique inclut aussi le père.

Les neuroleptiques incisifs type halopéridol et sédatif type lévopromazine sont adaptés en fonction de la clinique qui impose le plus souvent des posologies élevées pour réduire l'agitation.

En cas d'échec, la sismothérapie est indiquée ou parfois prescrite d'emblée lorsque le risque d'un geste auto ou hétéro agressif est important.

Une guérison est le plus souvent obtenue en 15 jours - 3 semaines.

La fin de l'hospitalisation n'est pas forcément synonyme d'arrêt du traitement. La mise en place d'un suivi de la patiente, de son enfant et d'un soutien familial est important, associant psychiatre, pédopsychiatre, médecin généraliste, pédiatre, protection maternelle et infantile (P.M.I.), cette dernière proposant l'aide d'une puéricultrice à domicile. Ce travail en réseau :

- favorise la prévention et le dépistage de situations à risque
- permet d'instituer des soins précoces
- d'assurer une continuité des soins.

Pour en savoir plus...

Golse B. : *Dépression chez le nourrisson*. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*, 37-201-A-10, 1995, 6 p.

Guedeney N. : *Psychiatrie périnatale : spécificités et apports*. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*, 37-200-B-30, 2002, 5 p.

Sutter A-L. & Coll. : *Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale*. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*, 37-204-L-10, 1998, 6 p.

[Retour Accueil du site](#)

[Retour sommaire Enseignement](#)