

## PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

### Module 2 - De la conception à la naissance

#### Question 19

### Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

Rédaction : F. PINABEL, C. EPELBAUM, P. HARDY

---

#### Objectifs :

1. Connaître les principales questions concernant le projet parental, la contraception et la demande de conseil avant une grossesse (y compris le conseil génétique) chez la femme souffrant d'un trouble psychiatrique.
2. Connaître les différents troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.
3. Connaître les principaux facteurs étiopathogéniques de ces troubles, leurs modalités évolutives et leurs traitements.
4. Connaître les principaux aspects de la grossesse chez le sujet présentant un trouble psychiatrique :
  - effets de la grossesse sur les troubles mentaux,
  - traitements psychotropes et grossesse,
  - troubles mentaux et relations précoces mère-enfant.

#### I. INTRODUCTION

- Etape essentielle du développement psycho-sexuel de la femme, la grossesse entraîne de profonds remaniements psycho-socio-biologiques. Chez la femme souffrant de troubles psychiques, elle peut parfois conduire à une atténuation de ces derniers. Mais elle peut aussi être l'occasion d'une apparition ou d'une exacerbation de tels troubles : qu'ils soient du registre thymique (dépression), anxieux/névrotique ou psychotique, ces troubles peuvent s'accompagner d'une réactivation de l'anxiété liée aux conflits que pose, dans l'histoire de chacun, la création d'un nouveau lien de filiation.
- Le terme de "maternalité" a été introduit par Racamier (psychiatre-psychanalyste) pour définir "l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité".
- On ne peut rendre compte du comportement maternel de la femme qu'en se référant :
  - d'une part à l'environnement, aux traditions, au mode de vie de la société dans laquelle elle se déroule,
  - d'autre part, aux problèmes spécifiques que rencontre chaque femme au cours de son développement psycho-affectif.

- Même si le retentissement psycho-pathologique du milieu de vie (événements, support social) dépend étroitement de l'histoire de chacun, l'état de grossesse accroît la sensibilité des femmes à ces facteurs psycho-sociaux, notamment :
  - à l'attitude du conjoint
  - à celui de l'entourage parental
  - aux conditions socio-économiques.
- Le désir d'enfant et désir de grossesse ne se superposent pas toujours :
  - Pour la majorité des femmes, le "je suis enceinte", expression d'un vécu narcissique s'associe rapidement au "j'attends un enfant", expression du désir de l'enfant associé à l'anticipation de sa naissance, de sa vie.
  - Mais il est des cas où le désir de grossesse peut être qualifié de pathologique : quand l'état de grossesse n'est recherché que pour lui-même. La grossesse, état de complétude imaginaire et preuve de fertilité, est vécue comme une expérience valorisante, une tentative de résolution des conflits personnels. L'enfant vient là comme "le prix à payer". Cette situation où les deux désirs ne coïncident pas s'observe à l'extrême dans certains cas de grossesses répétées suivies d'I.V.G. ou d'abandons, de refus répétés de contraception associés au refus d'enfant.

## **II. PROJET PARENTAL, DEMANDES DE CONSEIL, CONTRACEPTION ET PROCREATION CHEZ LA FEMME SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

### **II.1. Le projet parental :**

Dans la grande majorité des cas, les couples au sein desquels la femme présente un trouble mental sont susceptibles de former un projet parental au même titre que les autres, même si la pathologie en cause peut imposer certaines contraintes, notamment en matière de risque évolutif du trouble et sur le plan des capacités de la mère à assumer son rôle maternel.

Dans certains cas, cependant, le projet de grossesse apparaît directement lié à la pathologie mentale de la femme et ne s'intègre pas véritablement dans un projet parental. Ce peut être le désir d'une jeune fille instable, impulsive, présentant de fortes carences narcissiques (identité mal assurée) de trouver, à travers une grossesse et l'enfant à venir une solution à ses difficultés psychologiques : dans ce type de trouble de la personnalité, l'objectif non avoué est celui d'obtenir un "enfant médicament" susceptible d'apaiser le mal-être de la personne. Le projet de grossesse entre parfois dans le cadre d'un processus délirant : c'est le cas de délires messianiques conduisant la femme à vouloir "concevoir le sauveur du monde". Parfois la conception court-circuite tout projet de grossesse et a fortiori tout projet parental : c'est le cas lorsqu'elle survient dans le cadre de trouble des conduites avec activité

sexuelle impulsive liée à un trouble de la personnalité (personnalité antisociale, personnalité borderline) ou à un état d'excitation maniaque.

Dans ces situations peut se poser la question de l'intervention médicale : conseil sur la procréation, sur la contraception, voire sur une interruption médicale de grossesse.

## II.2. Les demandes de conseil :

Il arrive fréquemment que des femmes suivies pour un trouble psychiatrique interrogent leur médecin sur la possibilité d'avoir un enfant.

Particulièrement cruciale pour les femmes souffrant de schizophrénie ou de maladie maniaco-dépressive, cette question ne peut être abordée que si la personne se reconnaît malade et dispose d'une information minimale sur sa pathologie. Cette condition est loin d'être toujours remplie, surtout dans le cas des femmes schizophrènes, en raison du déni ou du manque de reconnaissance des troubles qui caractérise bon nombre de ces patientes et du caractère socialement très stigmatisant que revêtent encore ces diagnostics. Malgré ces difficultés, la question est souvent abordée par le biais du risque de transmission de la maladie. La schizophrénie, comme la maladie maniaco-dépressive sont en effet des pathologies partiellement déterminées par des facteurs génétiques et donc susceptibles de se transmettre d'une génération à l'autre : lorsqu'existe une forte agrégation familiale du trouble ou, parfois même, lorsque n'existe qu'un seul parent atteint, certains patients, très affectés par une histoire familiale traumatisante (histoires de suicides, d'hospitalisations chroniques ou à répétition, de carences parentales, etc.), renoncent à toute descendance, parfois même sans avoir abordé la question avec un médecin, pour éviter de transmettre la "tare".

De fait la question du risque génétique n'est pas le seul facteur à prendre en compte dans la réflexion qu'il convient de conduire avec le patient, homme ou femme : doivent également être évoqués avec le sujet l'impact de la maternité sur l'évolution du trouble et, inversement, la réduction de la capacité à assumer la fonction parentale que peut entraîner la maladie.

### II.2.1. Le risque génétique :

Les études familiales ont permis d'établir les éléments suivants :

- Pour la schizophrénie (SZ) :
  - Risque de SZ en population générale : 1 %
  - Risque de SZ en cas de proposant SZ :
    - Pour les apparentés du premier degré : 5-6 %
    - Pour les apparentés du deuxième degré : 3-4 %
    - Pour les apparentés du troisième degré : 2-3 %
- Pour la maladie maniaco-dépressive de type trouble bipolaire (TB) :
  - Risque de TB en population générale : 1 %
  - Risque de TB ou unipolaire (dépression) en cas de proposant bipolaire :
    - Pour les apparentés du premier degré : 25-30 %

- Pour les apparentés du deuxième degré : 12-15 %
- Pour les apparentés du troisième degré : 6-9 %

Même si elles peuvent être affinées en tenant compte de l'arbre généalogique familial, de telles données ne sont qu'un élément indicatif pour le patient. Elles doivent être relativisées du fait que ces pathologies ne répondent pas à un mode de transmission autosomique dominant et que, en cas de transmission, la pénétrance est très variable (le descendant pouvant exprimer une forme sévère ou atténuée de la maladie, voire pas de maladie du tout).

Dans ces conditions, les deux facteurs suivants sont particulièrement importants à évaluer.

#### II.2.2. Impact de la maternité sur l'évolution du trouble :

Même si la grossesse peut avoir un effet positif sur l'évolution de certains troubles psychiatriques, cela n'est pas toujours le cas, et l'on observe souvent une aggravation de la pathologie, notamment lors du post-partum.

Un autre facteur à prendre en compte concerne la nécessité de limiter au maximum les risques iatrogènes, chez des patients qui souvent nécessitent un traitement au long cours (traitement neuroleptique chez les schizophrènes, traitement thymorégulateur chez les malades bipolaires). L'arrêt de ces traitements comporte un risque de rechute, variable selon les individus, qu'il importe de bien évaluer.

#### II.2.3. Capacité à assumer la fonction parentale :

Ce troisième point doit également être abordé dans les demandes de conseil. Pour l'enfant, plus que celui d'une transmission génétique de la maladie, le risque est souvent d'être placé dans des conditions de développement précaire, la pathologie maternelle pouvant être une source de carences affectives précoces dans les formes les plus sévères de schizophrénie, de trouble de l'humeur ou de trouble de la personnalité.

### II.3. La contraception :

Dans certaines situations, la décision peut être celle d'un renoncement à la procréation. Se pose alors la question du mode de contraception le plus adapté. Lorsque l'instabilité de la patiente rend trop incertaine l'observance des traitements, il est possible de proposer une contraception progestative injectable à effet prolongé ou un stérilet plutôt que des contraceptifs oraux classiques.

Une situation particulièrement délicate est celle des patientes qui ne disposent plus d'une réelle autonomie de jugement (psychoses infantiles ; débilité mentale, etc.) et qui, incapables d'assurer une contraception efficace, s'exposent de façon répétée au risque de grossesse par des conduites sexuelles incontrôlées. C'est pour ce type de patientes, souvent sous tutelle, que peut se poser la question d'une stérilisation forcée. De telles pratiques ont eu cours, notamment en Scandinavie dans l'immédiat après guerre et ont suscité depuis un fort mouvement de réprobation.

Interrogé sur le sujet, le Comité Consultatif National d'Ethique ou CCNE (<http://www.ccne-ethique.org/>) a estimé, dans son avis N°49 du 3 avril 1996 ("Avis sur la contraception chez les personnes handicapées mentales") "qu'une demande de stérilisation faite par des tiers pour une personne handicapée mentale, sans qu'ait été considérée auparavant la possibilité d'autres formes de contraception, n'est pas d'emblée recevable. Il paraît indispensable, avant que ne puisse être envisagée par des tiers la possibilité d'une intervention stérilisante contraceptive, que soient posées un certain nombre de conditions". Parmi ces multiples conditions, le CCNE met l'accent sur la nécessité d'"une forme de prise de décision collective avec des procédures extrêmement rigoureuses (et si nécessaire en cas de conflit, une possibilité de recours à la justice), de manière à offrir le maximum de garanties pour la défense des droits et intérêts des personnes incapables".

#### **II.4. La procréation et l'interruption de grossesse :**

Certaines femmes souffrant d'un trouble psychiatrique et connaissant des problèmes de conception peuvent demander à bénéficier d'une aide médicale à la procréation. Dans ce cas, c'est après avis spécialisé d'un psychiatre, et dans le cadre d'une décision collégiale que l'équipe concernée pourra prendre sa décision.

En cas de grossesse non désirée, la femme peut demander la réalisation d'une interruption médicale de grossesse. L'existence d'un trouble psychiatrique sévère constitue un élément en faveur d'une telle décision, qui ne doit toutefois pas être considérée comme systématique. Le cas échéant, après expertise psychiatrique, une interruption de grossesse peut être réalisée au delà des délais légaux habituels.

### **III. LES TROUBLES PSYCHIQUES PENDANT LA GROSSESSE**

#### **III.1. Aspect cliniques :**

##### **III.1.1. Les troubles psychopathologiques mineurs et les troubles anxieux :**

Les troubles psychopathologiques survenant pendant la grossesse sont le plus souvent mineurs et transitoires. Il peut s'agir :

- d'une labilité émotionnelle, de courtes périodes de dysphorie ;
- d'une irritabilité, de troubles des conduites alimentaires, à type d'envies ou de boulimie ;
- d'une anxiété, fréquente, surtout au cours du premier trimestre ; elle concerne l'enfant à venir (peur qu'il naisse malformé ou mort), le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et les responsabilités futures (peur d'être une mère incompétente). Cette anxiété a tendance à s'atténuer au cours du second trimestre pour réapparaître dans les semaines qui précèdent l'accouchement.

- des vomissements et des nausées sont présents au cours du premier trimestre chez plus de la moitié des femmes.
- on note souvent que le besoin de dépendance est accru par rapport à l'entourage, ce qui entraîne parfois des conduites de régression.

Rarement, un trouble anxieux caractérisé peut apparaître durant la grossesse :

- Trouble phobique ou, surtout,
- Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) : chez la femme, ce trouble débute à l'occasion d'une grossesse dans 40 % des cas.

### III.1.2. Les dépressions gravidiques :

Elles concerneraient environ 15 % des grossesses.

Survenant dans 60 % des cas au cours du premier trimestre de la grossesse, elles associent :

- une dysphorie
- des crises de larmes
- une asthénie
- un sentiment d'incapacité et de dépréciation
- une quête affective
- des plaintes somatiques
- des ruminations anxieuses peuvent prendre un caractère obsédant
- des troubles du sommeil
- des vomissements, parfois incoercibles

Un environnement défavorable (mésentente conjugale, absence de couple stable, isolement affectif) et des antécédents personnels ou familiaux de dépression contribuent souvent à ces dépressions.

### III.1.3. Les épisodes psychotiques :

Les épisodes psychotiques sont rares au cours de la grossesse, qui a plutôt un rôle protecteur vis-à-vis de ce type de pathologie.

Les dépressions mélancoliques surviennent surtout au cours de la seconde partie de la grossesse :

- elles ont parfois un aspect délirant (thème de culpabilité, d'indignité) ou confusionnel.
- il existe un risque de suicide non négligeable.
- l'évolution sous traitement se fait généralement vers la guérison dans les semaines qui suivent l'accouchement, mais des rechutes sont possibles.

### III.2. Traitement :

- Les états dysphoriques et anxieux bénéficient d'une psychothérapie de soutien (écoute, information, dédramatisation), éventuellement d'une prise en charge spécifique de type psychothérapie cognitivo-comportementale.
- Le traitement en milieu hospitalier spécialisé est indiqué en cas de dépression délirante ou confuse ou d'idées suicidaires.
- Le traitement chimiothérapeutique :
  - Au cours du premier trimestre, la règle de prudence consiste à ne pas prescrire de psychotropes (risque tératogène de ces molécules). Si l'indication est absolue, elle doit se faire sous surveillance obstétricale rapprochée (échographie de dépistage des malformations connues pour les psychotropes utilisés).
  - Durant le second et le troisième trimestre, on utilisera préférentiellement, en cas de nécessité :
    - . des benzodiazépines à doses modérées
    - . des neuroleptiques de la classe des phénothiazines (Largactil®) ou Haldol®
    - . des antidépresseurs de la classe des imipraminiques (Anafranil®, Tofranil®, Laroxyl®).
  - Concernant les thymorégulateurs :
    - . Le lithium est contre-indiqué au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse (effet tératogène sur le cœur et les gros vaisseaux, le plus souvent sous la forme d'un syndrome d'Ebstein), mais peut être utilisé après celui-ci sous surveillance médicale rapprochée en maintenant une lithiémie basse.
    - . La carbamazépine (Tégréto®) et les dérivés de l'acide valproïque (Dépamide®, Dépakote®) peuvent être utilisés en cas de nécessité avec une surveillance échographique au premier trimestre (risque d'anomalie de la fermeture du tube neural).
  - Dans les dépressions sévères, en particulier confuses, délirantes ou résistantes au traitement chimiothérapeutique, l'électro-convulsivo-thérapie (ECT ou sismothérapie) peut être proposée sans inconvénients (si ce n'est ceux liés à l'anesthésie).
- Surveillance à l'accouchement :

Dans la mesure où tous les psychotropes passent la barrière hématoplacentaire, on doit prévoir l'accueil du nouveau-né en pédiatrie afin de réaliser une surveillance clinique adaptée aux risques inhérents au sevrage de la molécule consommée par la mère (Cf. tableau).

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RISQUES TÉRATOGENES ET DES RISQUES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ LIÉS À LA PRISE DES PSYCHOTROPES (d'après Elefant & al., 2000).**

<b>Classe médicamenteuse</b>	<b>Quelques molécules (liste non exhaustive)</b>	<b>Risque tératogène</b>	<b>Risque chez le nouveau-né</b>	<b>En pratique</b>
<b>Benzodiazépines (BZD)</b>	Demi-vie longue : Valium®, Tranxène®, Lysanxia®, Urbanyl®, Rivotril® Demi-vie intermédiaire: Seresta®, Xanax®	Pas d'arguments cliniques solides en faveur d'un risque malformatif pour les molécules les plus anciennes (Valium®, Seresta®)	Signes d'imprégnation : aiguë: apnée, hypothermie chronique: hypotonie axiale, troubles de succion donc mauvaise prise pondérale Signes de sevrage : De survenue tardive (en fonction de la demi-vie d'élimination), hyperexcitabilité et agitation.	En début de grossesse : privilégier l'utilisation d'une BZD ancienne (Valium®, Seresta®...) En fin de grossesse : éviter les traitements prolongés, NE JAMAIS ARRÊTER BRUTALEMENT, de préférence Seresta® (demi-vie intermédiaire) Prévoir l'accueil du nouveau-né en pédiatrie, adapter la durée de la surveillance à la demi-vie d'élimination de la BZD (jusqu'à 10 à 15 jours)
<b>Antidépresseurs</b>	Tricycliques : Anafranil®, Laroxyl® ISRS : Prozac®, Deroxat®, Zoloft® IRSNA: Effexor®, Ixel® NASSA: Norset® Autres: Athymil®, Stablon®, Vivalan®	Pas d'arguments cliniques solides en faveur d'un risque malformatif pour les molécules les plus anciennes (tricycliques)	Tricycliques : risque de détresse respiratoire, syndrome atropinique : hyperexcitabilité, convulsions, distension abdominale ou vésicale, tachycardie, retard à l'émission du méconium ISRS : troubles du sommeil, agitation, hyperexcitabilité (retrouvés avec le Prozac®)	Tricycliques: NE PAS ARRÊTER BRUTALEMENT Prévoir l'accueil du nouveau-né en pédiatrie  ISRS et autres antidépresseurs: Peu de données cliniques car la plupart des molécules sont d'utilisation récentes. Prozac® déconseillé en deuxième partie de grossesse car demi-vie très longue

---

<b>Neuroleptiques (NL) ou antipsychotiques</b>	NL classiques : Haldol <sup>®</sup> , Largactil <sup>®</sup> , Loxapac <sup>®</sup> , Tercian <sup>®</sup> , Nozinan <sup>®</sup>	Pas d'arguments cliniques solides en faveur d'un risque malformatif pour les molécules les plus anciennes (Haldol <sup>®</sup> , Largactil <sup>®</sup> )	Neuroleptiques classiques: syndrome extrapyramidal: hypertonie, mouvements anormaux, opisthotonos signes atropiniques plus particulièrement digestifs avec risque d'iléus paralytique et de syndrome du petit colon gauche	Neuroleptiques classiques: Préférer la monothérapie Ne pas utiliser de correcteurs Diminuer si possible les doses en fin de grossesse Prévoir l'accueil du nouveau-né en pédiatrie
	Nouveaux NL (NL atypiques) : Risperdal <sup>®</sup> , Solian <sup>®</sup> , Leponex <sup>®</sup> , Zyprexa <sup>®</sup>			Nouveaux neuroleptiques: Pas de données disponibles actuellement

---

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RISQUES TÉRATOGENES ET DES RISQUES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ LIÉS À LA PRISE DES PSYCHOTROPES (d'après Elefant & al., 2000) (suite)**

Classe médicamenteuse	Quelques molécules (liste non exhaustive)	Risque tératogène	Risque chez le nouveau-né	En pratique
Thymorégulateur	lithium : Teralithe <sup>®</sup> , Neurolithium <sup>®</sup>	Lithium: risque de malformations cardiaques notamment maladie d'Ebstein (discuté en terme de fréquence, 4 à 8 % ?)	En cas de taux plasmatique maternel élevé : risque de cyanose, hypotonie, hypothermie et trouble du rythme.	En cas de grossesse débutée sous lithium : pas d'indication absolue à une IVG, mais surveillance échocardiographique fœtale vers 20-23 SA. Dans la mesure du possible : interrompre la lithothérapie jusqu'à J50, puis, en cas de nécessité de reprise : - maintenir une lithémie basse (contrôles lithémiques fréquents) en fractionnant les prises afin de limiter les pics lithémiques (sauf en cas d'utilisation de la forme LP). - dans la semaine qui précède l'accouchement : diminuer par 2 la posologie - chez le nouveau-né, dosage plasmatique du lithium, ECG, TSH
	----- Tégréto <sup>®</sup> Dépamide <sup>®</sup> Dépakote <sup>®</sup>	----- Tégréto <sup>®</sup> ,Dépamide <sup>®</sup> , Dépakote <sup>®</sup> : risque de d'anomalie de fermeture du tube neural	----- Tégréto <sup>®</sup> : syndrome hémorragique néonatal, hypocalcémie Dépamide <sup>®</sup> , Dépakote <sup>®</sup> : thrombopénie, baisse du fibrinogène, diminution des facteurs de coagulation	----- - Début de grossesse : surveillance échographique du tube neural de 12 SA à 22 SA - Fin de grossesse : vit K chez la mère le dernier mois. Tégréto <sup>®</sup> : nouveau-né : examen neuro, bilan d'hémostase, NFS

## IV. LES TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM

Le risque d'admission en milieu psychiatrique est multiplié par 7 durant les 30 premiers jours du post-partum.

### IV.1. Le "Post-Partum Blues" ou "Baby Blues" (ou "syndrome du 3<sup>ème</sup> jour")

Il survient chez plus de la moitié des accouchées, préférentiellement dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, en général entre le 3<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour.

- Il est caractérisé par :
  - une asthénie
  - des plaintes somatiques
  - des troubles du sommeil
  - des crises de larmes
  - une labilité émotionnelle
  - une irritabilité
  - la patiente présente des ruminations pessimistes concernant son rôle de mère (peur de ne pas savoir s'occuper de l'enfant)
  - de discrets troubles de concentration et de mémoire sont habituels.
- On implique dans le post-partum blues : d'une part des facteurs organiques (effondrement des œstrogènes après l'accouchement), d'autre part des facteurs psychiques (accouchement vécu comme une séparation, une rupture, confrontation avec l'enfant réel et comparaison avec son image idéale imaginée au cours de la grossesse ).
- Le post-partum blues ne dure que quelques jours. Sa résolution généralement rapide et spontanée est favorisée par une attitude chaleureuse et maternante de l'entourage. En revanche, l'existence d'un post-

partum blues anormalement intense ou durable (plus d'une semaine) impose une consultation spécialisée, une évolution dépressive étant à craindre.

#### **IV.2. La dépression du post-partum :**

Elle survient dans les semaines qui suivent l'accouchement. Elle toucherait environ 15 % des accouchées. Elle survient après un intervalle libre de 2 à 8 semaines après l'accouchement, mais parfois dans les suites d'un "post-partum blues" qui se prolonge.

- Les troubles sont caractérisés par :
  - un abattement, des crises de larmes
  - une irritabilité
  - une asthénie physique et intellectuelle
  - une anorexie
  - des troubles du sommeil
  - un sentiment d'incapacité (la mère se reproche de ne pas bien s'occuper de l'enfant ou de le faire sans plaisir).

Ces symptômes s'accompagnent d'un handicap fonctionnel notable (difficultés dans les activités quotidiennes).

- La mère répète parfois les consultations pédiatriques pour toutes sortes de motifs (pleurs de l'enfant, difficultés alimentaires .... ).

Elle peut présenter des phobies d'impulsion lorsqu'elle est seule avec l'enfant : crainte d'être poussée par une force intérieure irrésistible à lui faire du mal, l'étouffer, le défenestrer ... ). Ces obsessions entraînent une angoisse majeure chez la patiente qui cherche alors à éviter les contacts avec l'enfant et qui le confie à l'entourage.

- Peu de femmes consultent un spécialiste pour ces troubles et 10 % seulement des dépressions du post-partum sont diagnostiquées et traitées : bien que l'évolution spontanée soit le plus souvent spontanément favorable en plusieurs semaines ou mois, il est important de les dépister et de les traiter précocement car une dépression de la mère qui se prolonge peut compromettre le développement adéquat des premières relations mère-enfant.
- Ce type d'épisode peut récidiver à l'occasion des grossesses suivantes. De plus, un premier épisode dépressif du post-partum peut être inaugural d'un trouble dépressif récurrent (jusqu'à 40 % pour certains auteurs).
- Le traitement repose sur une chimiothérapie antidépressive (en gardant à l'esprit le passage des psychotropes dans le lait en cas d'allaitement) et un soutien psychothérapique centré sur la relation mère-enfant. La prise en charge des formes les plus sévères peut être réalisée dans des unités mère-enfant spécialisées.

#### **IV.3. Les psychoses puerpérales :**

Leur incidence est estimée à 0.2 %.

Dans la grande majorité des cas (80 %), des troubles de l'humeur (dépression, manie) sont au premier plan. Il s'agit alors, soit d'un épisode dysthymique émaillant le cours d'une schizophrénie, soit d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques.

##### **IV.3.1 Aspects Cliniques :**

Le post-partum est une période où le risque de décompensation psychiatrique est majeur. Le risque de décompensation chez les femmes qui présentent des antécédents psychiatriques est 25 fois plus important durant le premier mois après l'accouchement.

- Les psychoses délirantes aiguës :

- ◆ Le début est brutal et survient dans les 3 premières semaines du post-partum. Il est parfois précédé de prodromes :
  - ruminations anxieuses
  - crises de larmes
  - cauchemars
  - agitation nocturne
  - insomnie
- ◆ Le tableau est labile et polymorphe, avec :
  - des oscillations de la vigilance : obnubilation, désorientation plus ou moins marquée, perplexité anxieuse,
  - une altération de la conscience de soi,
  - un onirisme (scènes oniriques),
  - des fluctuations thymiques (la malade passe rapidement du désespoir à l'exaltation),
  - un délire le plus souvent centré sur la naissance et la relation à l'enfant :
    - négation du lien d'alliance (la patiente ne reconnaît pas le père) ;
    - négation du lien de maternité (conviction que l'enfant n'est pas né, a été substitué ou est mort) ;
    - la mère peut avoir le sentiment d'être sous des influences maléfiques, d'être droguée ou hypnotisée.
- ◆ D'emblée, il faut craindre un geste infanticide et/ou suicidaire, qui peut être de réalisation brutale, et hospitaliser la patiente, si possible dans un centre mère-enfant spécialisé dans l'abord de ces pathologies.
- ◆ Secondairement, l'évolution est en règle favorable sous traitement (chimiothérapie ou électrochocs, qui trouvent dans ces tableaux une de leurs meilleures indications). Des rechutes sur un mode thymique sont possibles à court terme.
- L'accès maniaque :  
 La manie puerpérale est de début brutal et survient dans les deux semaines qui suivent l'accouchement :
  - l'agitation est intense.
  - les hallucinations et le délire sont fréquents : idée de toute puissance, d'influence, de mission divine.
 L'évolution se fait souvent vers une phase dépressive.

- L'accès mélancolique :  
Il survient dans les semaines qui suivent l'accouchement.
- ◆ Il est caractérisé par :
  - une asthénie intense physique et intellectuelle
  - une insomnie
  - un amaigrissement
  - des plaintes somatiques
  - une anxiété importante
- ◆ Il peut s'agir également d'une mélancolie avec caractéristiques psychotiques dont les thèmes concernent le nourrisson : sentiment d'incapacité ou de culpabilité (la patiente a la conviction qu'elle ne sait pas soigner l'enfant, que ce dernier va mourir, qu'elle -même doit disparaître).  
Un geste suicidaire et/ou infanticide est à redouter (suicide altruiste).
- ◆ L'évolution sous traitement est habituellement favorable.

#### IV.3.2. Aspects thérapeutiques :

- Une hospitalisation en milieu spécialisé s'impose du fait du risque de suicide et/ou d'infanticide.
- Le traitement comporte la prescription de neuroleptiques et d'antidépresseurs en cas de dépression. L'ECT est souvent plus rapidement efficace que la chimiothérapie quelle que soit l'allure de la psychose puerpérale.
- Certaines unités d'hospitalisation psychiatrique permettent une hospitalisation de la mère et de l'enfant. Les relations de la mère et de l'enfant doivent alors être aménagées. La reprise des contacts entre la mère et l'enfant et la participation de la mère aux soins de l'enfant se feront très progressivement. Le personnel soignant doit être formé à cette relation thérapeutique.
- La mère doit être prévenue du risque de récurrence d'une psychose puerpérale en cas de nouvelle grossesse.

## V. TROUBLES MENTAUX ET RELATIONS PRÉCOCES MÈRE-ENFANT (C. EPELBAUM)

Les troubles psychiques survenant pendant ou juste après la grossesse influencent la qualité des interactions précoces mère-bébé. Or on sait que la nature de ces interactions infléchit de façon importante le développement psychique du bébé. C'est pourquoi, en dehors du repérage diagnostique et du traitement des troubles psychiques maternels, il semble essentiel de prendre aussi en charge ce que l'on appelle la " dyade " mère-bébé (entité constituée par la mère encore unie de façon extrêmement proche à son nouveau-né, aussi bien sur le plan corporel que psychique), car tout ce qui touche l'un, atteint l'autre.

### V.1. Dépression maternelle du post-partum et relation précoces :

Une expérience est encore aujourd'hui présentée comme paradigmatique de l'influence de la dépression maternelle sur le développement affectif du bébé : il s'agit du " Still Face ". Dans cette expérience, on demande à une mère non déprimée, face à face avec son bébé, de maintenir un visage morne, figé, indifférent, quelles que soient les réactions de l'enfant. Dans un premier temps, celui-ci tente de séduire sa mère (cris, rires, réactions émotionnelles bruyantes) puis il détourne la tête, cherche à fuir le visage maternel, voire devient lui-même amimique.

Dans les cas de dépression maternelle prolongée, il se passe un peu la même chose. La mère se trouve le plus souvent capable (en dehors des épisodes mélancoliques sévères) de continuer à s'occuper de son bébé, mais le fait de façon quasi automatique, froide, sans affect. Elle le change, le nourrit, un peu à la manière d'une mère robotisée, sans réagir à ses propres demandes affectives, insensible à ses appels à l'aide. En effet, cette mère ne peut investir vraiment le bébé en tant que sujet gratifiant pour elle, étant donné son état dépressif qui la pousse à se replier sur elle-même. En l'absence de prise en charge de cette pathologie maternelle, le bébé se trouve rapidement en détresse, particulièrement si aucun tiers (père, grand-parent etc.) n'intervient en relais. Il peut alors développer tout un cortège de symptômes d'allure somatique (troubles alimentaires, infections ORL à répétition, troubles du sommeil etc.) pour en quelque sorte "appeler au secours". Il s'agite, reste tendu

corporellement, ce qui ne fait généralement qu'accentuer la dépression maternelle : en effet, la mère ne sait pas répondre à ces demandes et se dévalorise encore.

Ce cercle vicieux peut faire secondairement le lit de boucles relationnelles très néfastes, aboutissant parfois à des situations de maltraitance (le bébé devenant alors un véritable persécuteur).

Dans d'autres cas, d'emblée ou secondairement, le bébé se déprime à son tour (bébé amorphe, dormeur, etc.) et peut même peu à peu entrer dans un désintérêt relationnel complet (risque psychotique).

C'est pourquoi il est fondamental de dépister et de traiter les situations de dépression maternelle du post-partum, situations souvent délicates (mère masquant sa dépression derrière une "fatigue" mise en avant etc.). Le travail de prévention pendant la grossesse est aussi incontournable (repérage des situations sociales et/ou familiales difficiles etc.), comme l'accompagnement systématique des mères qui ont à faire à un bébé d'emblée gravement malade (grande prématurité, malformations etc.).

### **V.2. Les pathologies délirantes du post-partum :**

Quand une mère entre dans un épisode psychotique du post-partum, le bébé est forcément pris avec elle dans des interactions particulières, interactions dont la valence reste fortement influencée par les thèmes délirants maternels.

Dans les délires de filiation, l'enfant peut être considéré comme " divin " et surinvesti (aucune possibilité qu'un tiers n'ait accès à lui etc.), ou au contraire comme diabolique, porteur d'une sanction divine et il peut alors être vécu comme le persécuteur de la mère. Dans ce dernier cas, il peut se trouver en danger vital immédiat (infanticide envisagé par la mère comme seule libération etc.).

Dans certains délires avec angoisses corporelles majeures (dépersonnalisation etc.), la mère peut inclure le bébé, vécu comme un morceau du corps maternel, dans des manœuvres dangereuses visant à se dégager de l'angoisse (tentative de suicide, médicaments etc.).

Enfin, ces mères s'isolent souvent de toute relation tierce, et "captent" leur enfant en les enfermant avec elle dans leurs angoisses et leurs délires. Elles n'ont pas non plus toujours conscience des besoins vitaux du bébé et effectuent un nursing non adapté à l'âge de l'enfant.

Il semble donc fondamental dans ces cas, dans un premier temps de protéger l'enfant (hospitalisation maternelle), tout en gardant à l'esprit qu'il reste nécessaire de progressivement aménager des lieux où les rencontres mère-bébé puissent se dérouler en sécurité. Les unités d'hospitalisation Mère/Bébé, semblent alors les plus adaptées.

### **V.3. Les pathologies limites de la personnalité maternelle :**

Les troubles de la personnalité maternelle à type de pathologies limites ("personnalité borderline"), mettent souvent d'emblée en route des circuits interactionnels néfastes au bébé. En effet, dans ces pathologies, les mères se font une image très rigide du bébé parfait qu'elles veulent avoir, et supportent généralement mal (risque dépressif), la confrontation au bébé réel (d'autant plus si ce bébé présente des difficultés somatiques à la naissance : prématurité, etc.). Elles ont tendance à enfermer le bébé dans une maîtrise très importante, lui dictant de façon plus ou moins violente, leur propre loi, sans être à l'écoute des désirs et des besoins de leur enfant.

Dans certains cas, le bébé souscrit à l'emprise maternelle, et on assiste alors souvent à la mise en place de retard de développement et d'angoisses de séparation majeures (angoisses se situant en miroir des angoisses de séparation maternelle).

Dans d'autres cas, le bébé réagit et met rapidement en place des symptômes qui doivent alerter (colères, troubles du sommeil, refus alimentaires etc.), troubles qui ne font qu'aggraver le sentiment d'échec maternel, ce qui peut aboutir à la mise en place de véritables relations sado-masochistes, débouchant souvent sur une maltraitance.

Il est donc clair que le repérage de troubles de la personnalité maternelle pendant la grossesse doit encourager à mettre en place un suivi rapproché au sortir de la maternité (consultation de PMI, visites à domicile d'une puéricultrice de secteur etc.).