

## **Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum (item 19)**

### **Objectifs :**

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

### **I. Quels sont les principaux troubles psychiques de la grossesse et du post-partum ?**

1° Pendant la grossesse :

Ces troubles 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 émotionnelle,
- Des manifestations mineures d'angoisse (angoisse d'enfant malformé, angoisse d'enfant mort-né, angoisse 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.

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.

2° Après l'accouchement :

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, 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 "maternalité".

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 "une variation de la normale".

2) Dépressions du post-partum (ou dépressions post-natales 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.

#### 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) 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.

#### 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 spécialisé 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 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 recommandé.

### 3) Psychose puerpérale confuso-déirante

Elle 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.

Un post-partum blues sévère avec éléments de confusion est souvent prodromique. La primiparité, des troubles antérieurs de la personnalité (immaturité), des difficultés relationnelles mère-fille sont prédisposants.

Le tableau clinique comporte :

Une obnubilation, voire 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,
- Evolution vers une maladie maniaco-dépressives,
- Evolution vers une schizophrénie.

La pathogénie est pluri-factorielle :

- 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. Quels sont les facteurs de risque permettant de craindre la survenue de ces troubles?

Il faut les identifier en début de grossesse, en cas d'évènements pathologiques gravidiques et au moment de l'accouchement.

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 utero, malformations fœtales, 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,
- Personnalité immature,
- Toxicomanie,
- Situation de conflit conjugal,
- Grossesse non désirée, non suivie,
- Stérilité,
- Grossesse multiple.

Au cours de la grossesse,

- Découverte de malformations ou d'anomalies faisant craindre une malformation menaçant l'accouchement prématuré.

Après la naissance,

- Difficultés d'accouchement,
- Séparation mère-enfant (enfant transféré, ...).

### **III. Quelle 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.

**Points essentiels :**

**Les syndromes dépressifs sont assez fréquents pendant la grossesse (10% des grossesses), Le post-partum blues concerne 30-80 % des accouchées, entre le troisième et le sixième jour après l'accouchement.**

**En cas de poursuite du syndrome dépressif après le 7ème jour, le diagnostic de dépression doit être envisagé. L'impact des troubles dépressifs du post-partum sur le développement psychique chez l'enfant n'est pas négligeable.**

**Les dépressions de type mélancolique peuvent survenir dans les mois qui suivent. Le risque suicidaire ou le risque d'infanticide doivent être rigoureusement évalués ; une hospitalisation en milieu spécialisé doit éventuellement être imposée.**

**La psychose puerpérale confuso-dépressive survient le plus souvent dans la semaine qui suit la naissance avec 20% de récurrences lors de grossesses ultérieures.**

**Les principaux facteurs de risque des troubles psychiques de la grossesse à rechercher sont des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, des antécédents à risque pour le fœtus ou la grossesse, des antécédents obstétricaux pathologiques, une notion d'infertilité, un contexte social, familial ou la notion de toxicomanie et toute pathologie sévère de la grossesse.**

**Il existe de plusieurs alternatives pour la prise en charge pluridisciplinaire : hospitalisation dans des unités mère-bébé, crèche thérapeutique ou hôpital de jour.**