

Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

Rédaction : A Danion-Grillat, D Sibertin-Blanc, MR Moro, MA Zimmermann - Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs : Connaître :

Les signes précoces et les troubles psychiques survenant au cours de la grossesse

Les signes précoces et les troubles psychiques survenant dans le post-partum

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

Les risques de troubles du développement de l'enfant dont la mère présente des troubles psychiques dans le post-partum

Les dysfonctionnements spécifiques de la relation mère-bébé en fonction des troubles psychiques présentés par une mère dans le post-partum

Les principes et les conduites thérapeutiques pendant la grossesse

Les principes et les conduites thérapeutiques dans le post-partum

1. Introduction

Grossesse et mise au monde d'un enfant sont des événements physiologiques pour une femme mais représentent aussi de véritables épreuves physiques et psychiques.

Grossesse et post-partum sont des moments de remaniement et de fragilité psychique dans un certain continuum : la relation de la mère avec son bébé après l'accouchement est plus ou moins en continuité avec celle de la grossesse, malgré la séparation de la naissance. Les liens mère-bébé prennent racines dans une relation de proximité, de reconnaissance et de langage dans laquelle le corps de l'enfant et de sa mère, les capacités sensorielles et motrices du nouveau-né, l'état psychique et physique maternel jouent un rôle essentiel. L'établissement de liens mère-bébé de bonne qualité et donc le développement psychique du bébé peuvent être entravés par une moindre possibilité du bébé à développer ses capacités et à soutenir les interactions avec sa mère, ou par l'atteinte psychique et l'histoire de celle-ci.

Les pathologies de la grossesse et du post-partum représentent donc une gravité potentielle pour les premières relations mère-enfant et le développement psychique du bébé.

L'étude et la prise en charge de l'ensemble de ces données aussi bien pour la mère que pour le bébé, constituent le champ de la **psychiatrie périnatale**.

Les troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum correspondent aux états psychopathologiques liés à la période de la gravidité-puerpéralité (grossesse, accouchement, post-partum, allaitement, sevrage, mais aussi avortement volontaire ou médical et mort fœtale in utero).

Ils concernent toutes les manifestations allant des états réactionnels ou névrotiques simples aux psychoses graves aiguës, confuso-oniriques, en passant par les états dépressifs.

L'accès à la maternité et la prise en compte du bébé donnent une spécificité particulière à la pathologie psychiatrique de la grossesse et du post-partum, en particulier aux symptômes d'anxiété et délirants.

Les soins concernent non seulement la mère et le nourrisson, mais de façon plus générale la triade père-mère-enfant et la famille. Dans le cadre de la périnatalité, ces soins représentent des enjeux considérables, en terme de prévention, pour l'avenir psychique de l'enfant.

Toute pathologie psychique, tout événement antérieur (mort d'un enfant, deuil récent, stérilité, etc.) connus avant la grossesse doivent déterminer des attitudes précises de prévention et/ou de soins (chimiothérapie, suivi psychothérapeutique et psychiatrique précis, suivi obstétrical intensif).

L'importance des remaniements psychiques dans la période de la grossesse et du post-partum permet une grande efficacité des thérapeutiques qui sont apportées à cette période.

► Des manifestations psychiques ne sont pas rares aussi chez les hommes, dans le temps de la grossesse de leur compagne et surtout au moment de l'accouchement : il peut s'agir de simples manifestations d'angoisse, parfois de sentiments passagers de dépersonnalisation, parfois enfin de véritables épisodes psychotiques aigus à évolution plus ou moins rapidement favorable.

L'intervention du psychiatre d'adultes se justifie en ce qui concerne la pathologie maternelle et celle du psychiatre d'enfants concerne l'accès à la parentalité des parents et le devenir de l'enfant. Il est indispensable qu'ils travaillent en équipe.

2. Clinique

2.1. Grossesse

2.1.1. Crise identitaire de la grossesse et troubles psychiques transitoires

C'est une crise narcissique avec sensation de plénitude, de complétude, troubles émotionnels et modification du caractère. Ces symptômes sont dus aux transformations corporelles et aux changements d'identité liés au statut social et familial (passage du statut de fille à celui de mère, pas toujours spécifique d'une première grossesse).

Les troubles présentés au cours des 3 trimestres de la grossesse, sont variables :

- *Au cours du 1^{er} trimestre*, la labilité émotionnelle est importante. Elle se caractérise par des moments d'anxiété, une irritabilité, un vécu dépressif sans manifestation clinique de dépression. Ces états transitoires sont quasi constants et sous-tendus par la peur d'avoir un enfant anormal, de le perdre, « de ne pas être à la hauteur », de décevoir. Alors que le bébé n'est pas encore perçu directement, la femme enceinte manifeste fréquemment des « envies » alimentaires compulsives, des nausées et des vomissements auxquels contribueraient des facteurs hormonaux.
- *Au cours du 2^{ème} trimestre*, l'instabilité émotionnelle et l'angoisse diminuent, la réalité de la grossesse étant mieux perçue (mouvements fœtaux, échographies).
- *Au cours du 3^{ème} trimestre*, l'angoisse maternelle se centre sur la peur de l'accouchement et de l'anormalité de l'enfant.

Ces symptômes ont une valeur d'adaptation non pathologique à priori. Ils ne le deviennent qu'en fonction de leur intensité.

2.1.2. Manifestations psychiques au cours de la grossesse

2.1.2.1. **Vomissements**

Extrêmement fréquents en début de grossesse, ils ne sont en général pas considérés comme pathologiques, de même que les nausées. Ils représentent le type de symptomatologie psychosomatique le plus classique de la grossesse.

Cependant dans 10 à 20 % des cas leur intensité nécessite des soins spécifiques.

2,5 ‰ revêtiront un caractère de gravité et nécessitent alors une prise en charge pluridisciplinaire en milieu hospitalier.

2.1.2.2. **Troubles anxieux**

Manifestation normale de la grossesse, ils sont plus fréquents au cours du 1^{er} et du 3^{ème} trimestre. Les manifestations phobiques autour du déroulement même de la grossesse ou de l'état du fœtus sont classiques. Il s'agit parfois de véritables crises de panique ou d'obsessions avec peur de tuer l'enfant qui n'est pas encore né. L'expression symptomatique de l'angoisse peut aussi prendre la forme de contractions utérines et/ou de menace d'accouchement prématuré.

2.1.2.3. **Etats dépressifs de la grossesse**

Ils sont d'intensité légère ou moyenne et ne surviennent que dans 10 à 20 % des cas. Leur symptomatologie n'est pas spécifique à la grossesse. Plus fréquents en début de gestation, ils sont favorisés par des facteurs psychosociaux : grossesse à l'adolescence, difficultés affectives ou matérielles, antécédents personnels ou familiaux.

Face à des symptômes fonctionnels, il faut savoir évoquer un état dépressif sous-jacent.

- *Syndrome dépressif mineur* : les symptômes durent au minimum une semaine (DSM-IV) avec un tableau habituel associant dysphorie, asthénie, ruminations anxieuses, insomnies, plaintes somatiques, vomissements parfois incoercibles, perte ou prise de poids.

- *Syndrome dépressif majeur* : plus rare pendant la grossesse ; ses signes sont ceux d'une dépression classique : ralentissement psychomoteur, asthénie, anorexie, crises de larmes itératives, sentiment d'impuissance et d'incapacité, de honte, de culpabilité, redoublé par la crainte que ce malaise ne nuise au fœtus et/ou n'aboutisse à un avortement. Il peut exister des idées suicidaires.

En général, une dépression clinique pendant la grossesse n'est pas prédictive d'un état dépressif dans le post-partum. Mais lorsqu'une dépression se manifeste à proximité du terme, elle peut se prolonger au-delà de l'accouchement voire s'aggraver dans le post-partum.

2.1.2.4. Troubles psychotiques

Un premier épisode délirant, maniaque ou dépressif majeur est rare au cours de la grossesse.

Une décompensation de troubles psychotiques chroniques, est également rare.

Il est même classique de dire que la grossesse « joue un rôle protecteur ».

L'aggravation d'une psychose chronique est 5 fois moins fréquente pendant la grossesse que dans le post-partum. La décompensation survient au voisinage du terme.

La survenue d'une grossesse chez une femme présentant une psychose chronique nécessite une surveillance précise et une coordination entre obstétriciens, psychiatres d'adultes et psychiatres d'enfants, médecin traitant, famille de la patiente, travailleurs sociaux et parfois juge des enfants.

Les femmes atteintes de psychose chronique appartiennent à un groupe à risque en ce qui concerne les complications obstétricales : naissance prématurée, mortalité néonatale accrue, hypotrophie fœtale en raison de nombreux facteurs : plus mauvaise adhésion au suivi obstétrical, prise de médicaments antipsychotiques, conduites addictives multiples, mauvaises conditions socio-économiques, etc.

2.1.2.5. Toxicomanie et V.I.H.

Ces situations posent des problèmes spécifiques au cours de la grossesse (traitements de substitution, sevrage, passage du virus au niveau du fœtus, incertitude quant au devenir de l'enfant). Un sevrage ne doit pas être débuté en cours de grossesse (voir objectif 45, module 3).

2.2. Post-partum

2.2.1. Post-partum blues

Historiquement nommé le « syndrome du 3^{ème} jour », il survient entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour après l'accouchement et n'est pas pathologique au sens strict du terme.

Il s'agit de manifestations psychiques et somatiques mineures, contemporaines de la montée laiteuse, observées dans 50 à 80 % des cas et en principe transitoires :

- Asthénie
- Crises de larmes signant une légère tendance dépressive
- Labilité de l'humeur
- Anxiété relative aux soins à apporter au bébé et aux capacités maternelles (surtout lors d'une 1^{ère} grossesse)
- Plaintes somatiques
- Irritabilité envers l'entourage
- Troubles du sommeil

L'évolution est favorable en quelques heures à quelques jours (4 au maximum) sans traitement spécifique.

Le post-partum blues peut être légèrement décalé dans le temps après une césarienne.

Aucun lien exclusif n'a été établi avec la déflation hormonale du post-partum. Il faut plutôt envisager une conjonction de facteurs somatiques et surtout psychologiques : « épuisement » physique de l'accouchement, sentiment d'être « vidée » narcissiquement, rencontre avec le « bébé réel » et ses besoins, deuil de « l'enfant imaginaire », prise de conscience de l'ampleur de la tâche, délaissement de la jeune accouchée au profit du nouveau-né...

Dans 10% des cas il persiste au-delà de quelques jours et est alors le point de départ d'un épisode dépressif précoce du post-partum qui peut avoir un effet rapide sur les relations de la mère et de l'enfant.

2.2.2. Pathologies puerpérales du post-partum

Les complications psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse. La grande majorité des troubles mentaux du post-partum surviennent dans les 2 premiers mois après l'accouchement voire même dans les 2 premières semaines.

L'incidence de la parité sur le risque morbide est variable, mais il est fréquemment admis que la vulnérabilité de la primipare âgée est plus grande.

La fréquence des psychoses puerpérales proprement dites (2 à 5‰) apparaît en France en léger déclin par rapport au siècle dernier. L'amélioration des conditions médico-sociales semble avoir été déterminante. En revanche, les états dépressifs du post-partum sont en constante augmentation (15 à 20%) et représentent à l'heure actuelle un véritable problème de santé publique.

Le pédopsychiatre est ici particulièrement attentif à l'impact de la pathologie de la mère sur le développement de l'enfant et leurs relations. Le risque d'infanticide, inhérent à ce type de pathologie, doit toujours être une préoccupation non seulement pour les psychiatres, mais aussi pour les gynécologues-obstétriciens. Les soins à apporter à la mère prennent donc une valeur de prévention pour l'enfant.

2.2.2.1. Psychoses puerpérales (ou du post-partum)

On distingue classiquement les psychoses délirantes aiguës de survenue précoce dans le post-partum des états dépressifs psychotiques contemporain du sevrage.

Actuellement, on considère que la majorité des psychoses du post-partum sont des psychoses dysthymiques. Elles revêtent alors une allure particulière du fait d'une désorganisation profonde de la conscience et de fluctuations thymiques amples et rapides.

2.2.2.1.1. Etats psychotiques aigus confuso-délirants

En général début brutal, dans les 3 premières semaines après l'accouchement avec pic de fréquence au 10^{ème} jour.

- **Phase prodromique** : brève, elle associe pleurs, plaintes somatiques (hypochondriaques), asthénie, rumination anxieuse, agitation nocturne et insomnie progressive s'aggravant de cauchemars.

Une confusion mentale s'installe progressivement avec doutes sur la naissance et sur l'intégrité corporelle (utérus en particulier), ainsi que des fluctuations de l'état de conscience. S'ajoutent un désintérêt croissant pour l'enfant et un rejet progressif du contact physique avec celui-ci.

- **Phase d'état** : tableau polymorphe, correspondant à l'explosion délirante avec illusions perceptives, hallucinations auditives et visuelles associées à des moments de perturbation de la conscience (confusion). Délire de type oniroïde, mal structuré, avec recrudescence vespérale, fluctuant dans son intensité et dans son expression. Généralement persécutoire et terrifiant. Grande instabilité de l'humeur avec passages rapides de l'agitation à la stupeur.

La symptomatologie psychiatrique n'est en rien spécifique par rapport à celle d'une bouffée délirante aiguë, mais les thèmes délirants le sont : dans un climat d'angoisse majeure, ils sont centrés sur la relation de la mère à son enfant et/ou sur le conjoint : thèmes mystiques ou mégalomaniaques, déni de la maternité, idées de substitution ou de subtilisation du bébé, déni du lien d'alliance ou de paternité avec le conjoint, devenu « un sosie », conviction que l'enfant est malade, va mourir... Sentiments d'étrangeté et de dépersonnalisation.

L'angoisse est majeure de même que la labilité thymique qui peut prendre le devant du tableau.

La mère est dans l'incapacité de s'occuper de son enfant et d'avoir une relation affective avec lui.

Le risque d'infanticide et/ou suicidaire est très important.

Evolution de ces états confuso-délirants :

- Dans la majorité des cas, évolution favorable et sans séquelle en quelques semaines à quelques mois.
- Parfois, mode d'entrée dans une pathologie chronique de type schizophrénique.
- L'épisode peut rester unique ou se répéter à l'occasion de grossesse(s) ultérieure(s).

2.2.2.1.2. Episodes thymiques majeurs

Débutent classiquement + tard que les états psychotiques aigus, parfois même au moment du sevrage.

- **Formes dysthymiques**

Surviennent brutalement dans les 15 premiers jours du post-partum.

Caractérisées par une agitation psychomotrice incessante, des fluctuations thymiques amples et rapides. Des thèmes érotiques et maniaques se greffent sur un fond dépressif d'allure mélancolique.

- **Formes mélancoliques**

Peuvent s'installer après une brève phase d'agitation confusionnelle.

Les thèmes de culpabilité (classiques dans ce type de pathologie) convergent sur l'enfant et ceux d'indignité et de déshonneur, sur la patiente, spécifiquement dans son rôle maternel.

Sentiments de vide affectif vis à vis du bébé et idées de catastrophe à venir, dont la mère se sent responsable. Un suicide, parfois même de type altruiste (mère + bébé), ou un infanticide sont toujours à redouter, surtout lorsque l'auto-accusation est intense.

- **Etats maniaques**

Isolés, ils sont plus rares, de même que les états mixtes.

La manie puerpérale est de début brutal et survient dans les 2 semaines qui suivent l'accouchement. Agitation intense, hallucinations et délire fréquents : idées de toute puissance, de mission divine. L'évolution peut se faire vers une phase dépressive.

2.2.2.2. **Etats dépressifs non mélancoliques**

2.2.2.2.1. Dépressions « mineures » du post-partum

Fréquence (15 à 20% des mères) et répercussions sur le développement du jeune enfant longtemps méconnues et minimisées.

Ces épisodes dépressifs surviennent dans l'année qui suit l'accouchement, dans les $\frac{2}{3}$ des cas dans les 3 à 6 semaines qui suivent l'accouchement.

La symptomatologie fait parfois suite à celle du post-partum blues et/ou est du même type mais plus intense et durable.

Elle associe, à un degré plus ou moins important, les signes classiques de la dépression.

S'y surajoutent des sentiments d'incapacité et des auto-accusations, en relation avec les soins apportés à l'enfant et considérés comme jamais suffisamment parfaits. Ces soins sont réalisés sans plaisir. Anxiété et sentiments de faute vis-à-vis du nourrisson très présents, de même que des phobies d'impulsion, ce qui oblige la mère à mettre le bébé à distance d'elle pour réduire son angoisse et entraîne un appauvrissement des contacts dans les soins et les moments ludiques.

Ces troubles et le malaise interne ressenti sont minimisés par la patiente déprimée par crainte de décevoir ou d'inquiéter son entourage. Il n'est par rare d'ailleurs que le médecin consulté banalise ou néglige ces symptômes (erreur importante !).

Quand les plaintes sont exprimées, elles portent essentiellement sur des manifestations fonctionnelles ou somatiques, souvent rencontrées dans la dépression masquée : asthénie, céphalées ou douleurs hypochondriaques erratiques, défaut de concentration, impression d'épuisement, insomnie, perte ou prise de poids.

La symptomatologie de ces états dépressifs, trop discrète et relativement atypique, peut n'être repérable que par les signes suivants :

- Troubles fonctionnels précoces du nourrisson, très sensible aux affects de sa mère : troubles du sommeil, difficultés alimentaires, anorexie, vomissements, régurgitations, prise de poids insuffisante, pleurs prolongés difficile à calmer,
- Craintes excessives sur la santé de l'enfant, multiplication de consultations pour se rassurer.

L'observation des interactions de la mère déprimée avec son bébé est aussi un bon indicateur clinique :

- Seuil de tolérance très faible aux cris et pleurs du bébé, avec sentiment d'incompétence définitive.
- Phobies d'impulsion avec angoisse panique de faire mal à l'enfant, le blesser, le jeter par la fenêtre, le noyer. Ces fantasmes meurtriers, de type névrotique, non délirant, ne sont en principe pas suivis de passage à l'acte.
- Sollicitude anxieuse vis à vis du bébé, de son sommeil, de sa santé, de son autonomie (difficile à confier à une personne extérieure).
- Conduites de maternage dites « opératoires » : pas d'engagement émotionnel ; la mère ne sollicite pas son enfant pour des échanges de vocalises, de regards ou dans des jeux ; les contacts se résument aux soins corporels, donnés en suivant scrupuleusement les règles de puériculture de façon mécanique, routinière et sans plaisir.

Parfois, les mécanismes projectifs l'emportent sur la dépression et/ou la répression des affects et ouvrent la voie à des situations de maltraitance, encouragées par les comportements de l'enfant :

- La mère attribue au bébé ses propres sentiments agressifs contre lui ;
- elle interprète ses cris, ses pleurs, ses évitements du regard comme l'expression de sentiments hostiles envers elle ;
- elle s'engage avec lui dans un rapport de force sans culpabilité, justifiant la brutalité de ses gestes comme des mesures éducatives appropriées.

Lorsqu'ils se prolongent (ce qui est le cas si le diagnostic n'est pas porté et/ou des soins appropriés donnés), ces symptômes et comportements maternels peuvent menacer le développement psychoaffectif du nourrisson en l'exposant durablement à un risque de carence affective et à des alternances imprévisibles de rejet et d'abandon. Par ses manifestations fonctionnelles ± bruyantes (troubles du sommeil, anorexie, coliques idiopathiques, etc.), le nourrisson attire l'attention mais risque également d'accroître le malaise de la mère et ses réactions inappropriées.

Ce type de dépression peut s'amender rapidement si l'occasion est donnée à ces femmes de reconnaître leur souffrance, de voir qu'elle est entendue, de la verbaliser sans majorer leur sentiment de culpabilité. Cela peut se faire dans le cadre de consultations thérapeutiques mère-bébé (pouvant également associer le père), conduites par le pédiatre, le médecin généraliste ou l'équipe de PMI.

Le recours au psychiatre, nécessaire en cas de symptômes persistants chez la mère comme chez l'enfant, doit être explicité et accompagné.

Sans cet abord, les symptômes s'estompent peu à peu mais le vécu dépressif maternel demeure et maintient le risque d'un développement disharmonieux de l'enfant.

2.2.2.2. Cas particuliers des dépressions post-abortum (après IVG), après mort in utero et/ou interruption médicale de grossesse (IMG)

Classiquement plus rares, mais en fait souvent méconnues.

IVG et IMG sont décidées selon des procédures légales et un protocole médical stricts.

Elles n'en sont pas moins traumatiques sur le moment et dans l'après-coup, générant des sentiments de culpabilité, de honte et de mise en doute d'une parentalité future.

IVG et surtout IMG peuvent être à l'origine de dépressions réactionnelles.

Des sentiments de culpabilité sont fréquents, surtout si l'interruption a été pratiquée pour des motifs d'ordre somatique (malformation, maladie génétique du fœtus) ou si la mère s'est sentie « contrainte d'accepter ».

Le foeticide et l'attente de l'accouchement (entre 24 et 48 heures) sont des périodes particulièrement anxiogènes.

L'importance de la dépression dépend en grande partie de l'âge gestationnel et de l'histoire personnelle de la mère.

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

Le travail de deuil suit un long et éprouvant cheminement, surtout si la découverte de l'anomalie du fœtus est proche du terme. L'événement est volontiers inscrit dans une trame fantasmagorique qui prend le sens d'une malédiction et/ou d'une punition méritée et donne au bébé mort le statut d'un être qui restera idéalisé.

Des manifestations anxio-dépressives avec sentiment de culpabilité peuvent resurgir à distance d'une interruption volontaire de grossesse, lors d'une grossesse suivante, surtout si des complications obstétricales ou concernant le fœtus surviennent.

Les équipes de maternité s'emploient à organiser un rituel funéraire. La présentation du fœtus mort lors d'une interruption médicale de grossesse ou d'une mort in utero peut être un geste important pour permettre aux parents de prendre en compte la réalité du fœtus mort, de pouvoir en faire le deuil, comme pour un enfant « ordinaire » et de l'inscrire dans leur histoire familiale. Ce geste ne doit en aucun cas être imposé et ne peut se faire qu'après que les parents en aient compris le sens et l'aient accepté. Si le travail de deuil est inaccessible aux parents (en fait, le plus souvent la mère), le bébé mort (fœtus) risque d'être transformé en un secret indicible livré au seul pouvoir de l'imagination avec le risque d'être inscrit à jamais comme un être déréel voir idéalisé (et donc éventuellement persécuteur) dans les pensées et les fantasmes maternels.

Il en est de même en cas d'enfant mort in utero.

2.2.2.3. Etats schizophréniques

La clinique n'est en rien spécifique dans le post-partum (voir 2^{ème} partie, objectif 278).

Cependant, la puerpéralité précipite fréquemment la décompensation d'un état psychotique déjà connu mais stabilisé pendant la grossesse. Elle peut aussi marquer l'entrée dans une schizophrénie.

Le tableau clinique associe :

- dysthymie
- discordance idéo-affective
- alternance de moments d'agitation et de dépression délirante allant parfois jusqu'à la catatonie.

Du fait de la symptomatologie schizophrénique et plus particulièrement de la discordance maternelle (attitude de repli hostile, bizarreries dans le comportement, alternance de désintérêt et de rapprochement excessif vis à vis l'enfant, soigné de manière aberrante), l'adaptation à la maternité est très souvent sévèrement compromise chez ces femmes schizophrènes.

Les troubles des interactions sont le plus souvent majeurs en qualité et en quantité. Il est alors nécessaire d'apporter des soins à la relation mère-bébé, de façon préventive mais aussi thérapeutique.

2.2.3. Les facteurs de risque des troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

La prévalence des états dépressifs du post-partum est importante :

- 5 à 10 % pour les états dépressifs avérés
- 10 à 20 % pour les dépressions mineures

De nombreuses études épidémiologiques montrent que les troubles psychiques de la puerpéralité sont statistiquement corrélés à des facteurs de risque, sans que la présence de ceux-ci puisse être considérée comme prédictive à l'échelle individuelle.

Leur accumulation peut être déterminante.

Leur connaissance a permis de déterminer une politique de prévention bien que les difficultés de sa mise en oeuvre soit réelles.

Pour la dépression au cours de la grossesse :

- le jeune âge (adolescence)
- grossesse pathologique
- menace d'accouchement prématuré
- difficultés conjugales, socio-économiques
- antécédents d'accidents obstétricaux, à l'origine d'une « névrose traumatique obstétricale »
- antécédents d'avortements spontanés ou provoqués
- antécédents d'abus sexuels ou de maltraitance au cours de l'enfance

Pour le post-partum blues :

- primiparité
- accouchement très médicalisé
- présence de troubles émotionnels pendant les dernières semaines de la gestation

Pour la dépression du post-partum :

- âge maternel de moins de 20 ans
- primiparité à plus de 30 ans
- césarienne
- sévérité du post-partum blues
- conflits conjugaux
- grossesse non « désirée » avec discussion autour d'une éventuelle IVG
- attitude négative, voire dénégation pendant la grossesse
- isolement affectif, liens conflictuels mère-fille, absence de la grand-mère maternelle, du père de l'enfant
- décès d'un enfant précédent
- facteurs de stress (conditions de l'accouchement, douleurs intenses, prématurité, maladie ou malformation du bébé, deuil d'un enfant mort antérieurement, etc.)
- enfant malformé, né prématuré et/ou ayant présenté des complications néonatales (hospitalisations, séparations)
- antécédents psychopathologiques ou psychiatriques personnels ou familiaux (grand-mère maternelle)
- événements familiaux majeurs dans l'enfance : deuil(s), séparation(s), placement(s)
- difficultés socio-économiques

Pour les psychoses du post-partum :

- primiparité
- césarienne non anticipée (urgence)
- deuil périnatal
- antécédents psychopathologiques ou psychiatriques personnels sévères : troubles de l'humeur, psychose puerpérale
- traumatismes dans l'enfance, en particuliers sévices sexuels
- secrets de filiation et/ ou relations mère/fille gravement perturbées

2.2.4. Infanticide et néonaticide

Le néonaticide est le meurtre de l'enfant, en général par sa mère, dans les 24 heures qui suivent sa naissance. Cet acte dramatique, qu'il faut absolument savoir prévenir, pose la question du déni de grossesse par la mère et son entourage et donc de l'absence de tout suivi de la grossesse. Il est rarement le fait de femmes présentant un délire aigu. Il est important dans ces situations de se poser la question de l'existence d'antécédents de relations incestueuses père-fille.

En revanche, l'infanticide, pratiqué par le père ou la mère, pose plus souvent la question d'un délire aigu, dans le cas d'une psychose puerpérale de type délirante et/ou mélancolique.

2.2.5. Décompensations organiques

A l'occasion d'une grossesse ou du post-partum, une pathologie organique peut se décompenser (sclérose en plaque, tumeur cérébrale) et prendre alors un masque psychiatrique confusionnel.

3. Etiopathogénie

Les manifestations psychiatriques de la grossesse et du post-partum ne peuvent se comprendre que parce que l'événement de la maternité est à resituer dans le développement de la personnalité de la femme. L'ambivalence maternelle, les difficultés de l'accès à la fonction maternelle ainsi que la fragilité et les remaniements psychiques, riches en résonances inconscientes, et inhérents à cette période, rendent la jeune mère particulièrement vulnérable. Une maternité, qu'elle soit première ou multiple, demande des exigences adaptatives particulièrement fortes.

Le début de la grossesse est une crise narcissique que vit la femme avec un sentiment de plénitude, de toute puissance, mais aussi parfois d'inquiétude et de repli sur soi. Le désir d'enfants représente un ensemble complexe qui mêle des sentiments (conscients et inconscients) plus ou moins ambivalents et doit être distingué de la volonté d'avoir un enfant. Le désir d'enfant permet, au fil des mois de la grossesse, la prise de conscience de l'existence de cet enfant et sa véritable attente. Au début, le fœtus est indistinct de la mère. Progressivement celle-ci construit des représentations imaginaires de son bébé à partir de ses rêveries, de la perception des mouvements fœtaux, mais aussi des images échographiques. Les représentations mentales qu'elle se fait sont doubles, imaginaires et conscientes d'une part, fantasmatiques et inconscientes d'autre part, car s'appuyant sur son histoire oedipienne. L'accouchement permet l'avènement de l'enfant réel.

L'état psychique maternel évolue depuis les dernières semaines de la grossesse jusqu'au post-partum pour permettre l'installation de ce que Winnicott a nommé « la préoccupation maternelle primaire » c'est-à-dire une hypersensibilité transitoire de la mère à son nouveau-né et une attention toute particulière de celle-ci aux besoins de l'enfant. Cet état physiologique et transitoire permet d'assurer au nouveau-né un sentiment de continuité psychique et aux liens mère-bébé de s'établir, ce qui est essentiel pour le devenir psychique du bébé.

Plusieurs types de facteurs sont à prendre en compte dans le déclenchement des pathologies puerpérales :

► Les facteurs psychodynamiques semblent avoir un rôle essentiel : le travail psychique de la maternité remet en question les étapes du développement psychosexuel de la petite fille et réactualise ses fantasmes oedipiens infantiles. Il interroge également le désir d'enfant.

La grossesse peut s'intégrer alors dans une expérience oedipienne non élaborée, laissant affleurer des fantasmes d'inceste avec sentiments de honte et de culpabilité, d'autant plus qu'il y a eu expérience(s) réelle(s) d'inceste. Il modifie de plus le statut de la femme qui de fille devient mère.

► Les facteurs liés à une vulnérabilité psychique antérieure à la grossesse représentent des facteurs de risque certains pour le développement d'une pathologie du post-partum : épisode de psychose dysthymique puerpérale ; maladie maniaco-dépressive ; personnalité immature, schizoïde ; psychose chronique schizophrénique ; névrose grave.

► Les facteurs de stress :

- Facteurs biologiques : l'ampleur des bouleversements endocriniens est évoquée comme facteur étiologique des pathologies puerpérales.

- Facteurs gynécologiques et obstétricaux : mort in utero, interruption médicale de grossesse lors d'une précédente grossesse, craintes pour la santé de l'enfant, accouchement difficile et douloureux, hémorragies, dystocie, césarienne (surtout sous anesthésie générale), accouchement prématuré, primiparité.

► Les facteurs psychosociaux et l'histoire personnelle des parents sont également importants à prendre en compte. Il s'agit de facteurs socio-économiques, environnementaux, circonstanciels. L'absence de support social et le stress existentiel favorisent une désorganisation pathologique (mère seule ou sans repères familiaux, dissensions conjugales, perte d'un parent ou d'un enfant antérieurement, conditions sociales défavorables).

► Les facteurs culturels sont importants comme l'ont montré les travaux récents sur les femmes migrantes. La migration est en particulier un facteur de risque pour la dépression tardive du post-partum. La langue et les représentations culturelles de la grossesse et de l'enfant doivent être prises en compte dans la prévention et le soin des femmes migrantes enceintes ou récemment accouchées.

4. Les dysfonctionnements maternels et leurs conséquences sur la relation mère-bébé

Il est nécessaire de différencier les troubles aigus en rapport direct avec la puerpéralité, des troubles psychotiques chroniques réactivés dans les suites du post-partum.

4.1. Les bébés et leurs mères présentant une psychose puerpérale

Les conditions de vie d'un nouveau-né avec une mère délirante, qui dénie plus ou moins son existence, sont très précaires et les perturbations des relations mère-bébé sont massives.

L'angoisse maternelle est majeure.

L'accouchement a souvent été vécu comme une mutilation ; le nourrisson lui est apparu peu à peu étranger, dangereux, incompréhensible.

La mère devient de plus en plus distante vis-à-vis de son bébé et les perturbations des interactions sont majeures.

Les psychiatres pour enfants et adultes insistent, à la suite de Racamier en France, sur le fait que tenter de maintenir l'enfant à proximité de sa mère, dans des conditions de sécurité précises, joue un rôle tant curatif (sur le délire) que préventif (d'une évolution chronique). La présence de son enfant près d'elle, grâce à des rencontres médiatisées par l'équipe soignante, peut permettre à la mère, une fois le délire apaisé, de remettre en route un processus d'attachement à son enfant. L'avenir de l'enfant dépend d'ailleurs beaucoup des soins que l'on peut apporter à la mère. La prise en charge de l'enfant, qui doit se faire avec une grande attention, permet d'apporter à celui-ci une continuité de soins essentielle pour l'établissement d'un « sentiment de continuité psychique ».

4.2. Les bébés et leurs mères déprimées

Les états dépressifs du post-partum, particulièrement mélancoliques, supposent un rejet inconscient de l'enfant, fortement culpabilisé.

Les effets négatifs sur le développement de l'enfant des dépressions maternelles, survenant dans les premiers mois de la vie de celui-ci, sont indéniables : situations à haut risque pour le développement psychique du bébé.

La mère déprimée n'investit pas le corps de son enfant ou seulement sur un mode opératoire : règles de puériculture rigides, non prise en compte des besoins réels de l'enfant.

Elle ne suscite ni échanges ni interactions entre lui : le bébé subit une privation quantitative et surtout qualitative au niveau des contacts et des interactions.

Dans les cas extrêmes, le comportement maternel est nocif : négligences graves, sévices. La mère maltraitante est souvent une mère déprimée qui ne contrôle pas son hostilité vis-à-vis du bébé, qui n'a pas investi son enfant et garde à son égard une hostilité persistante.

La clinique montre des interactions perturbées car :

- Interactions moins fréquentes, peu nombreuses et pauvres au niveau du regard, des mimiques, des paroles maternelles, des vocalises du bébé.
- Interactions discontinues avec des micro-ruptures de la part de l'enfant comme de sa mère. Ceci peut induire une véritable dépression chez le nourrisson.
- Accrochage physique à la mère plus constant que pour un bébé de mère non déprimée.

Ces perturbations relationnelles peuvent être à l'origine, si aucun soin n'est apporté à la mère, des troubles comportementaux (agitation psychomotrice ou apathie), relationnelles ou à expressions somatiques de l'enfant, tous signes d'une souffrance psychique grave.

4.3. Les bébés et leurs mères présentant une psychose chronique de type schizophrénique

Cliniquement et sur le plan du pronostic, la relation d'une mère schizophrène avec son bébé est très spécifique.

La décompensation ne se produit en général que dans les mois qui suivent l'accouchement.

Les capacités de maternage des mères psychotiques chroniques sont très affectées par les troubles psychotiques.

Ces mères sont très attachées à leurs bébés et en même temps soumises à des désirs fusionnels avec l'enfant et à des peurs archaïques d'anéantissement et de dévoration par celui-ci.

La prise en compte de l'enfant réel, avec ses exigences, est particulièrement difficile.

Les comportements de la mère vis-à-vis de son bébé sont inadaptés, imprévisibles, parfois incohérents et même dangereux, dans la mesure où elle ne perçoit pas toujours ses besoins ni plus tard ses désirs et où elle ne se le représente pas séparé d'elle. Cela ne l'empêche pas d'aimer son enfant et de le dire.

La clinique montre d'importantes perturbations au niveau des interactions entre la mère et son bébé, notamment :

- au niveau du regard : non accrochage visuel, détournement du regard
- des cris
- du dialogue tonique
- du comportement alimentaire
- de l'attention : le bébé est dans un état d'hypervigilance inquiète

- de l'affectivité : expression de malaise, d'inquiétude, de tristesse chez le nourrisson.
Ces perturbations relationnelles peuvent être à l'origine de graves troubles dans le développement de l'enfant.

Un placement familial dans une famille d'accueil ou un relais de la mère par un membre de la famille (père, grands-parents, etc.) ne doit pas empêcher, quand l'état de la mère le permet, que des liens entre celle-ci et son enfant soient noués et maintenus.

Il semble que les enfants de parents malades mentaux chroniques représentent un groupe à risque accru en ce qui concerne la fréquence d'apparition d'une schizophrénie.

4.4. Les mères VIH+ et leurs bébés

A l'heure actuelle, moins de 20 % des bébés de mères porteuses du VIH sont eux-mêmes atteints par la maladie.

Le diagnostic d'atteinte du bébé par le VIH ne peut être porté avec certitude qu'après quelques semaines de vie). Cette atteinte est alors :

- soit massive, entraînant la mort de l'enfant en quelques mois,
- soit sur le même mode que chez l'adulte, la maladie évoluant alors en une dizaine d'années.
-

► Les enfants de mères VIH+ sont donc :

- soit des bébés dont le pronostic vital est limité à court ou moyen terme,
- soit des bébés potentiellement orphelins.

Les relations et les interactions de ces mères avec leurs bébés sont très dépendantes de l'état de leur maladie. A part en phase terminale, ces mères ne présentent pas de trouble des interactions spécifiques. Leurs réactions peuvent cependant être paradoxales au moment du diagnostic :

- leur attachement à l'enfant peut redoubler quand elles apprennent sa séropositivité
- ou au contraire elles peuvent se détacher plus ou moins de l'enfant, dans une sorte de séparation anticipée, quand elles apprennent qu'il est séronégatif.

La question de la toxicomanie éventuelle des mères porteuses du VIH, avec une certaine marginalité, est à prendre également en compte.

5. Conduites thérapeutiques

Centrées sur :

- la mère d'une part
- et les relations mère-enfant d'autre part, voire même sur les relations père-mère-bébé.

But : soigner la pathologie maternelle et éviter que cette pathologie ait de lourdes conséquences sur le développement psychique de l'enfant par l'intermédiaire des troubles interactifs entre celui-ci et sa mère malade.

Dans ce but se développent de plus en plus en France des « unités mère-bébé » qui permettent des soins et des hospitalisations conjointes en protégeant l'installation du lien mère-bébé.

La particularité des hospitalisations mère-bébé est de comporter une dimension de soins du lien qui se noue entre la mère et l'enfant, que ce soin institutionnel et/ou psychothérapeutique soit préventif ou curatif.

5.1. Conduites thérapeutiques durant la grossesse

Dans la plupart des cas les soins sont ambulatoires.

Peuvent nécessiter un double axe psychothérapeutique et/ou chimiothérapeutique.

Peuvent aussi se faire dans un cadre hospitalier : gynécologie-obstétrique et/ou psychiatrie.

5.1.1. « Ecouter les femmes enceintes »

Les troubles psychiques de la grossesse sont très souvent corrélés à des facteurs psychoaffectifs et/ou dépendants de conditions obstétricales actuelles ou anciennes.

Il est donc important que les sages-femmes et les obstétriciens soient sensibilisés à ces questions et puissent les prendre en charge en première intention.

- ▶ Une écoute attentive, par l'obstétricien, des angoisses de la femme enceinte peut dénouer nombre de troubles anxieux de la grossesse.
- ▶ Les psychiatres doivent, en plus d'une éventuelle intervention directe, pouvoir assurer un travail indirect avec les équipes d'obstétrique.

5.1.2. Traitements médicamenteux

La prescription de psychotropes pendant la grossesse est un véritable dilemme et oblige à choisir entre 2 positions :

- Traiter la mère et risquer une exposition du fœtus aux psychotropes avec toutes les conséquences possible sur son développement ;
- ou s'abstenir de tout traitement, provoquant de ce fait même un risque de décompensation de l'état maternel avec ses conséquences sur la mère et l'enfant.

Quelle que soit la pathologie, la prise en charge thérapeutique doit toujours prendre en compte les risques éventuels des médications psychotropes pour le fœtus et l'exacerbation des troubles psychiatriques de la mère.

Les connaissances sur les risques potentiels des psychotropes sont incomplètes.

L'inquiétude actuelle porte essentiellement sur le risque morphologique, c'est-à-dire le risque tératogène secondaire à l'exposition foetale pendant les 12 premières semaines de gestation.

Le risque néonatal (symptômes physiques ou comportementaux notés après la naissance) et les risques postnataux (comportementaux, psychomoteurs et cognitifs) à plus long terme sont encore très peu abordés dans la littérature actuelle.

▶ Il est fortement souhaitable de ne pas prescrire de psychotropes à une femme enceinte au cours du 1^{er} trimestre.

5.1.2.1. Troubles anxieux

Ils sont dans la plupart des cas améliorés par un soutien psychothérapeutique individuel ou une relaxation. Les méthodes de préparation à l'accouchement dédramatisent et ont souvent un effet bénéfique. Elles comportent un aspect pédagogique et psychophysiologique ainsi qu'une dimension psychothérapeutique importante.

Les psychotropes seront prescrits avec grande prudence.

Les molécules le plus souvent utilisées sont des benzodiazépines.

Les benzodiazépines

Utilisées très communément dans de nombreuses situations, tant pour l'anxiété que l'insomnie ou encore l'épilepsie. Comme la moitié des grossesses ne sont pas programmées, l'exposition accidentelle aux benzodiazépines durant le 1^{er} trimestre est très fréquente.

Conduite à tenir

- ▶ en début de grossesse, si la prescription de benzodiazépines s'avère nécessaire et incontournable, préférer les benzodiazépines les plus anciennes, du groupe nordazépan ;
- ▶ en fin de grossesse, si nécessaire, on donne de l'oxazépan à temps de demi-vie intermédiaire ;
- ▶ toujours essayer d'éviter les traitements prolongés ;
- ▶ si l'arrêt des benzodiazépines est décidé, le faire très progressivement.

5.1.2.2. Troubles thymiques

Leur traitement dépend de l'intensité et de la forme clinique. Plusieurs types de molécules.

5.1.2.2.1. Les antidépresseurs

Les antidépresseurs tricycliques

- La prescription des antidépresseurs tricycliques reste d'actualité, surtout en cas de pathologie dépressive maternelle grave (épisode dépressif majeur), sous surveillance.
- Adapter les posologies en fin de grossesse en les réduisant légèrement pour éviter des effets toxiques sur le nouveau-né.

- Tout arrêt brutal en fin de grossesse est déconseillé. Possibilité d'un tableau de sevrage aigu avec conséquences fœtales et néonatales (souffrance foetale et convulsions) dommageables.
- Important risque de rechute en post-partum en l'absence de reprise du traitement.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

Dans la mesure où l'on appréhende de mieux en mieux les effets délétères de la dépression maternelle sur le développement futur de l'enfant¹, il est judicieux d'aider ces mères très rapidement aux différents stades de leur grossesse.

Les conférences de consensus américaines parues en 2001 traduisent les mêmes préoccupations et encouragent la prescription d'antidépresseurs dès le 1^{er} trimestre en cas de dépression sévère, épisode unique ou récurrent (la psychothérapie étant effectuée en parallèle).

Durant le dernier trimestre on préconise la réintroduction des antidépresseurs en cas d'antécédent de dépression majeure récurrente ou de dépression post-partum. Mais malgré les travaux publiés une telle proposition n'est pas à risque zéro pour l'enfant à venir.

5.1.2.2.2. Les thymorégulateurs

Les sels de lithium

La grossesse n'est plus une contre-indication absolue à la lithiothérapie.

Cette modification de l'AMM fait suite à une réévaluation de la tératogenèse du Lithium et montre un impact moindre.

Plusieurs études confirment la possibilité d'un effet malformatif réel mais faible du Lithium, touchant essentiellement le cœur et les gros vaisseaux.

Envisager sur un même plan les risques encourus par le fœtus d'une part et ceux encourus par la mère après interruption du Lithium, d'autre part (rechute),

Discuter des risques possibles de la contraception, de la planification prénatale avec toute femme en âge de procréer et sous Lithium.

Selon William (2000), 2 situations sont envisageables :

► Si la planification prénatale est possible, 3 options possibles :

- arrêter progressivement le Lithium, sachant que le taux de récurrence est plus élevé en cas d'arrêt rapide (Suppes 1991),
- arrêter le Lithium avant la conception et pendant le 1^{er} trimestre,
- continuer le Lithium pendant la grossesse dans le cas où une femme maniaco-dépressive a présenté des rechutes sévères avant l'instauration du Lithium, mettant ainsi sa santé et sa vie en péril par l'arrêt du Lithium.

► Si la grossesse est imprévue : la discussion porte sur les bénéfices/risques de la poursuite du Lithium, avec possibilité :

- de continuer le Lithium pendant la grossesse en fonction des antécédents de la mère et de sa situation actuelle (fréquence-gravité),
- d'arrêter le Lithium progressivement et de surveiller l'état de la mère,
- à l'extrême, d'envisager un avortement.

En cas de poursuite du Lithium pendant la grossesse, on préconise :

- de donner la dose minimale efficace
- en multipliant les prises afin d'éviter les pics plasmatiques et de se limiter à une lithémie basse, ► d'effectuer une surveillance renforcée de la lithémie,
- d'intensifier les surveillances échographiques et ainsi impliquer plus particulièrement les gynécologues-obstétriciens dans le diagnostic morphologique,
- d'informer largement les femmes sur les co-prescriptions (prise déconseillée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens), les risques de déshydratation, de toxicité.

En **fin de grossesse**, il y a un risque de déséquilibre du traitement avec augmentation de l'élimination rénale du Lithium si bien que l'on peut être amené à augmenter la posologie. Pour l'enfant, il est souhaitable d'arrêter ou de diminuer le Lithium dans la semaine précédant l'accouchement, de prévoir son accueil par une équipe pédiatrique informée du contexte, de rechercher une éventuelle intoxication au Lithium, de rechercher une éventuelle malformation congénitale, d'effectuer un bilan thyroïdien.

En **post-natal**, on préconise une surveillance de l'état mental de la mère (risque important de rechute) avec réintroduction du Lithium (à dose réduite par rapport à la dose antérieure) quelques jours après la délivrance, un contrôle de la lithémie après une

¹ Ahnams (1995) : enfants aux niveaux d'activité inférieure ; Jones (1998) : asymétrie droite à l'EEG ; Lundy (1999) : échelle de Brazelton perturbée.

semaine, une contre-indication de l'allaitement dans la mesure où le Lithium passe dans le lait maternel et entraîne un phénomène d'hypotonie chez l'enfant (Sikes, 1976).

La carbamazépine et l'acide valproïque

Connaissant l'importance du taux de rechute chez les femmes atteintes de troubles bipolaires, il faut utiliser ces molécules, en cas d'arrêt du Lithium, en s'entourant de certaines précautions.

L'exposition au Tégrétol ou à l'acide valproïque lors du 1^{er} trimestre étant associée à une majoration des anomalies de fermeture du tube neural (spina bifida, myéломéningocèle) : **éviter la prise de ces produits lors des 3 premiers mois de grossesse** (le tube neural se formant, dans l'espèce humaine, entre le 17^{ème} et le 28^{ème} jours post-conceptionnels).

Néanmoins, si une grossesse est envisagée il convient :

- De reposer l'indication de la poursuite d'un tel traitement en fonction des antécédents psychiatriques et épileptiques, du nombre de rechutes antérieures, de l'intolérance au Lithium...

- D'utiliser la dose minimale de thymorégulateur.

Dansky (1992) a montré que l'effet sur le tube neural était lié à un taux sanguin bas des folates maternels. Or l'acide valproïque abaisse les folates par un mécanisme d'inhibition enzymatique.

- De mettre en place, bien que non validée formellement, une prévention par l'acide folique des anomalies du tube neural chez la femme enceinte traitée par la carbamazépine ou l'acide valproïque : elle sera entreprise 2 mois avant et 1 mois après la conception sous forme de supplémentation en acide folique (5 mg/jour),

- D'effectuer un diagnostic anténatal avec surveillance échographique du tube neural dès la 12-13^{ème} semaine d'aménorrhée,

- De préconiser un apport en vitamine K1 (20mg/j) et vitamine D2 (1000 à 1500 UI/jour) les 3 derniers mois de la grossesse en cas de traitement par carbamazépine ;

- De préconiser une surveillance avec NFS, fibrinogène et temps de coagulation (TC) avant l'accouchement et chez le nouveau-né à la naissance en cas de traitement par acide valproïque,

- De déconseiller l'allaitement maternel en raison d'un passage non négligeable dans le lait.

5.1.2.3. Schizophrénies chroniques et états délirants

L'hospitalisation en psychiatrie est bien sur préconisée en cas de recrudescence de la symptomatologie pendant la grossesse.

L'articulation entre les équipes d'obstétrique, de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie est particulièrement indiquée. Le suivi médical et psychiatrique est essentiel ici. Il faut savoir cependant que dans cette pathologie particulièrement, la malade peut complètement échapper à un suivi psychiatrique (marginalisation) si l'on n'y est pas attentif. En général, on préconise la diminution des neuroleptiques voire leur arrêt en fin de grossesse afin d'éviter un syndrome extrapyramidal chez le nouveau-né.

Les neuroleptiques classiques :

Il est important d'éviter si possible la prescription de neuroleptiques au cours du 1^{er} trimestre mais de poursuivre pendant la grossesse pour éviter une décompensation maternelle et le recours à des doses de neuroleptiques plus importantes (donc plus toxiques).

Toujours préférer les monothérapies (phénothiazine et butyrophénone sont les mieux connues).

Actuellement, la tendance est à l'utilisation des nouveaux neuroleptiques.

Diminuer le nombre total de médicaments pris par la patiente.

Éviter les correcteurs.

Diminuer progressivement les posologies dans le dernier mois de la grossesse.

Éviter les neuroleptiques injectables qui favorisent les modifications tensionnelles brutales chez la mère et donc une souffrance foetale.

Éviter les produits retard en fin de grossesse.

Du fait de l'imprégnation neuroleptique, prévoir l'accueil du nouveau-né en service spécialisé pour surveillance digestive et neurologique.

En pratique, si une prescription médicamenteuse est indispensable :

- Choisir une monothérapie, un produit connu, ayant une demi-vie courte.
- Diminuer les posologies avant l'accouchement.
- Prévenir les pédiatres pour l'accueil du nouveau-né.
- Dans tous les cas, évaluer les bénéfices et les risques pharmacologiques et ne pas hésiter à solliciter l'avis d'un psychiatre, mais en préparant la patiente à ce rendez-vous.

5.2. Conduites thérapeutiques dans le post-partum

Les difficultés d'accès à la parentalité justifient de plus en plus la présence d'un psychiatre et plus particulièrement d'un pédopsychiatre à la maternité et les conduites thérapeutiques font une place importante au bébé, dans une démarche préventive.

Les remaniements identitaires importants de cette période de la grossesse et du post-partum ainsi que la notion de « transparence psychique » qui permet un accès facilité aux conflits inconscients à cette période de la vie d'une femme conduisent à insister sur le fait que les interventions psychiatriques auprès d'une mère pendant sa grossesse ou dans le post-partum sont fréquentes et sont en général d'une bonne efficacité tant curative que préventive.

A côté des abords chimiothérapeutiques, d'autres formes de soins sont possibles dans cette période du post-partum :

- Prise en charge ambulatoire dans le cadre de consultations mère-bébé.
- Hospitalisation de jour mère-nourrisson (ou plus rarement parents-nourrisson), lorsque la mère présente une pathologie dépressive non mélancolique ou anxieuse grave.
- Hospitalisation conjointe en unité mère-nourrisson, essentiellement préconisée dans les décompensations psychotiques aiguës, les dépressions graves et les décompensations psychotiques chroniques.

5.2.1. Conduites thérapeutiques dans le post-partum blues

Il s'agit essentiellement d'assurer un climat affectif, chaleureux, humanisé au cours du séjour à la maternité, ce qui doit faire diminuer la fréquence d'attitudes pathogènes et aide de façon indéniable à la résolution rapide du post-partum blues.

La formation psychologique du personnel des maternités et de néonatalogie est essentielle.

Le rôle du pédopsychiatre auprès des équipes prend ici toute sa valeur.

5.2.2. Conduites thérapeutiques dans les dépressions et psychoses du post-partum

A la suite des anglo-saxons et en France des travaux de Racamier, on a préconisé « l'introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique » et la non séparation de l'enfant d'avec sa mère malade afin de leur permettre à tous deux de développer des liens les plus sains et le plus rapidement possible.

Lorsque les capacités maternelles sont particulièrement défaillantes, une hospitalisation mère-bébé peut permettre de prendre le temps pour évaluer la situation et/ou préparer une séparation ou une prise en charge aménagée de l'enfant, sans urgence.

Il est intéressant de souligner que la majorité des unités d'hospitalisation mère-bébé se situent dans les pays anglo-saxons dans les services de psychiatrie d'adultes alors qu'en France, dans leur majorité, mais pas exclusivement, elles se situent dans des services de psychiatrie pour enfants. Pour autant, une collaboration étroite entre psychiatres d'enfants et psychiatres d'adultes est essentielle.

5.2.2.1. **Prise en charge institutionnelle**

Lorsque la mère présente une pathologie psychiatrique lourde, la prise en charge institutionnelle de la mère et du bébé repose sur le traitement médicamenteux et les soins des interactions.

Ce sont surtout les interactions comportementales qui sont visées, les interactions affectives étant plutôt prises en compte dans le cadre d'un travail psychothérapique mère-bébé.

A la suite de Racamier, beaucoup insistent en effet sur l'hospitalisation conjointe de la mère et de son bébé, en veillant évidemment à leur sécurité mutuelle.

Le cadre institutionnel (Unité Mère-Bébé) a un rôle contenant vis-à-vis de la pathologie psychiatrique de la mère et fournit un étayage à la fonction maternelle.

Dans la mesure du possible et lorsque la pathologie n'est pas trop intense, ces mères sont amenées à s'occuper de leurs enfants tout en pouvant également se décharger de cette responsabilité à certains moments sur l'équipe soignante. Cela permet une prévention du trouble du lien en voie d'établissement entre la mère et son bébé. En ce qui concerne l'enfant, l'étayage institutionnel permet de mettre en route une suppléance nécessaire à la continuité des soins lorsque la mère n'est pas à même de la prodiguer.

Sinon, des rencontres médiatisées et prudentes par leurs soignants respectifs doivent être organisées. Le principe est d'éviter une rupture prématurée d'un lien d'attachement en train de se constituer qui ferait du bébé, à son retour après une longue séparation, un inconnu ou pire un étranger menaçant pour sa mère : ceci favorisant alors les conditions pour qu'il soit menacé de maltraitance tout en étant exposé à une rupture des liens construits auprès d'une mère de substitution. Ces rencontres médiatisées peuvent en elles-mêmes avoir un effet apaisant sur le délire de la mère en la confrontant à la réalité de son bébé et en préservant l'avenir du processus d'attachement.

5.2.2.2. Traitements médicamenteux

► Le traitement de l'état dépressif associé :

- Chimiothérapie (antidépresseurs et anxiolytiques),
- Psychothérapie mère-bébé,
- Soutien psychosocial dans le cadre d'un travail en réseau entre le service de maternité, la P.M.I, les services sociaux, les services ou secteurs de psychiatrie (enfant et adulte),
- Hospitalisation en milieu spécialisé si nécessaire et si possible en hospitalisation conjointe.

► Traitements des psychoses puerpérales :

Quel que soit le type clinique, l'hospitalisation urgente en psychiatrie s'impose toujours, en raison du très grand risque de passage à l'acte suicidaire et/ou d'infanticide, en veillant :

- au maintien des relations entre la mère et son bébé, pour que celle-ci intègre sa présence,
- à la sécurité du bébé, en le mettant à l'abri des impulsions meurtrières de sa mère (les unités d'hospitalisation mère-bébé conçues à cet effet sont encore très rares en France),
- à la participation du père.

La sismothérapie d'emblée (2 ou 3 séances par semaine pendant 2 ou 3 semaines) doit être parfois décidée en urgence en raison de la rapidité de ses effets.

La prescription de neuroleptiques et d'antidépresseurs doit tenir compte de l'allure et de l'évolution clinique de la pathologie de la mère mais aussi de l'évolution de ses relations avec son bébé.

L'allaitement se discute alors puisque ces traitements passent pour la plupart dans le lait maternel. Avec le lithium, il est recommandé de donner les tétées juste avant la prise médicamenteuse pour éviter au nourrisson d'être exposé au pic sérique.

La disparition du délire maternel ne signifie pas l'arrêt des soins et du suivi. Un encadrement vigilant doit être maintenu pendant les mois suivants auprès de la mère et de son enfant.

Ces situations nécessitent une bonne coordination entre obstétriciens, psychiatres d'adulte, psychiatres d'enfant, famille ou conjoint de la patiente, travailleurs sociaux et parfois juges des enfants.

5.2.2.3. Travail psychothérapique

A considérer d'un point de vue préventif mais aussi curatif.

- Travailler sur la relation qui unit la mère et l'enfant lorsque l'enfant ne présente pas de trouble spécifique.
- De par son action sur les modalités interactives, la psychothérapie maternelle aura un rôle préventif pour l'enfant.
- Le travail autour inclut le père et s'appuie sur lui, lorsque cela est possible.

5.2.2.4. Evaluation des capacités maternelles

La prise en charge du lien mère-bébé n'exclut pas, bien au contraire, une certaine évaluation des capacités parentales en fonction de l'évolution des troubles, surtout lorsque la mère présente une pathologie psychiatrique.

En effet, la question de la chronicité des troubles psychiatriques et de la gravité du handicap qui en découle est importante à prendre en compte en ce qui concerne le développement psychoaffectif d'un enfant.

L'équipe infirmière a un rôle majeur à jouer, à côté du maintien de la sécurité du bébé, dans l'évaluation des compétences de la mère à s'occuper de son enfant. Cette évaluation pourra déboucher parfois sur un placement de l'enfant.

5.2.2.5. Evolution

L'évolution sous traitement est variable :

- Dans 70% des cas : guérison définitive en quelques semaines ou mois.
- Dans 20 à 30 % des cas : rechutes lors des grossesses ultérieures.
- Dans 10 à 15 % des cas : évolution vers la schizophrénie ou une psychose maniaco-dépressive (l'anamnèse des patientes atteintes de psychose maniaco-dépressive montre que le ¼ a présenté le premier accident thymique en période de post-partum).

Chez les mères traitées pour un état schizophrénique, on observe souvent une amélioration au cours de la grossesse. Mais une surveillance étroite s'impose après l'accouchement et au cours des premiers mois, la reprise des symptômes pouvant survenir d'emblée ou plus tard au moment du sevrage ou lorsque le bébé commence à acquérir la marche et exprime ses premières manifestations d'autonomie.

L'adaptation de ces mères à la maternité est souvent sévèrement compromise et nécessite un encadrement thérapeutique vigilant à l'égard des relations mère-enfant, exigeant parfois un contrôle judiciaire.

5.2.2.6. Soins en réseaux

La fin d'une hospitalisation dans une unité mère-bébé psychiatrique n'est pas forcément synonyme d'arrêt du traitement.

Intérêt de réseaux de soins qui permettent à des équipes médicales et/ou médico-sociales d'intervenir auprès d'une mère et de son bébé à des temps particuliers (service de psychiatrie d'adultes, de gynécologie, de pédopsychiatrie, PMI, secteur social, juge pour enfants, etc.).

Prévention et dépistage précoces de facteurs de risque de décompensation psychiatrique deviennent possibles grâce à l'attention des gynécologues-obstétriciens, des maternités, de la PMI, des pédiatres, des généralistes, des familles et à leur ouverture à la dimension psychique de la grossesse et du post-partum.

Ce dépistage précoce permet d'instituer des soins rapides qui éviteront éventuellement une décompensation.