

Troubles psychiques liés à la maternité : Troubles puerpéraux

Motherhood and mental illness : postpartum disorders

Kevin Namêche¹, Cindy Gathy², Gladys Mikolajczak³, Martin Desseilles⁴

THE POSTPARTUM PERIOD IS A KEY MOMENT IN THE DEVELOPMENT OR THE WORSENING OF MENTAL ILLNESSES, WHICH CAN BE MINOR (E.G., BABY BLUES, TRANSIENT PSYCHOLOGICAL DISORDERS) OR POTENTIALLY SERIOUS (E.G., PSYCHOSIS, DEPRESSION). IN SOME CASES, THE RISK OF DEATH (MATERNAL SUICIDE, INFANTICIDE, ALTRUISTIC SUICIDE) IS IMPORTANT. THIS IS WHY THE EARLY AND ACCURATE IDENTIFICATION OF THESE DISORDERS SHOULD ALLOW THE ESTABLISHMENT OF TARGETED AND EFFECTIVE INTERVENTION STRATEGIES.

Key words : Postpartum depression - Puerperal psychosis - Psychiatric disorders in pregnancy - Baby blues

Troubles psychiatriques puerpéraux

Cinq à six fois plus fréquents que pendant la grossesse, ils ont lieu majoritairement dans les deux mois suivant l'accouchement.

Post-partum blues

a) Définition : Aussi appelé « syndrome du troisième jour », « baby blues », « maternity blues » ou encore « fièvre du lait », ce trouble affecte de 15 à 85 % des accouchées (Sutter, Lacaze et al. 2005; Juppe 2007).

Il apparaît entre le deuxième et le dixième jour suivant l'accouchement et les symptômes s'estompent généralement en une semaine tout au plus. Le pic d'incidence semble se trouver au cinquième jour (Henshaw 2003). Le post-partum blues est relativement bénin, frôlant le pathologique, et est souvent bien reconnu par l'entourage dont le soutien suffit généralement pour en observer la résolution spontanée.

b) Clinique : Il s'agit d'un syndrome dysphorique transitoire dont les signes sont rarement tous présents. Il arrive même que le baby blues passe inaperçu.

On peut retenir quatre catégories principales de symptômes:

- (1) *Les perturbations affectives.* Morosité anxieuse, crises de larmes. Les motifs évoqués par la patiente sont inconsistants et concernent la santé de son bébé, la sienne, ou l'incapacité à mater. Parfois il n'y a pas de motif invoqué : « ça coule tout seul ».
- (2) *Les manifestations caractérielles.* Elles sont d'allure régressive. Irritabilité, agressivité hargneuse inexplicée, sentiment d'abandon contrastant avec l'attitude surprotectrice de l'entourage et le contexte d'événement heureux.
- (3) *Les manifestations cognitives.* Difficultés à lire, à se concentrer, oublis. Ces troubles semblent fortement évocateurs d'une organicité.

(4) *Les manifestations psychosomatiques.* Fatigue, céphalées, lombalgies ou douleurs abdominales. Ces symptômes sont souvent présents et liés à l'anxiété du postpartum.

Se rajoutent à ces symptômes des troubles de l'appétit et du sommeil, probablement indicateurs d'une évolution vers un trouble thymique plus sérieux.

c) Pathogénie: Une double origine a été décrite : (1) hormonale avec la chute brutale du taux d'oestrogènes et de progestérone, (2) psychique avec une hypersensibilité maternelle aux besoins de l'enfant, toute l'attention de la mère étant focalisée sur son bébé. Winnicott a appelé cet état « la préoccupation maternelle primaire » qui serait une forme d'initiation à la relation mère-enfant.

Par ailleurs, à la naissance, la mère vit un double deuil : celui de la grossesse qui s'achève et celui de l'« enfant parfait » imaginé qui se confronte à l'enfant « réel » qui vient de naître.

d) Évolution : Dans 90% des cas, la situation se résout en une semaine. Cependant, pour certaines femmes (10%) les symptômes se prolongent au-delà d'une semaine, malgré la présence active de l'entourage. Ceci signale souvent l'évolution vers une dépression post-natale, voire parfois une psychose.

Une étude a montré que la présence d'un postpartum blues expose les patientes à un risque plus élevé de développer des troubles dépressifs ou anxieux dans les trois mois après l'accouchement. D'où l'intérêt d'une attention toute particulière à l'état psychique de la parturiente pour la prévention et le traitement précoce de la survenue d'un trouble psychiatrique durant cette période à risque (Reck, Stehle et al. 2009).

e) Prise en charge : Celle-ci consiste essentiellement en une attitude d'écoute empathique et de réassurance. Les entretiens avec la mère ont pour objectifs de lui permettre d'exprimer son ressenti, de lui expliquer que ce qu'elle vit est normal et de s'assurer de la qualité de son environnement. Cette démarche est essentielle pour prévenir l'évolution

¹ Médecin assistant en psychiatrie adulte, Université Catholique de Louvain, Belgique

² Doctorante en médecine, candidate en gynécologie et obstétrique, Université Catholique de Louvain, Belgique

³ Médecin assistante en Psychiatrie adulte, Université de Liège, Belgique

⁴ Centre de Recherches du Cyclotron, Université de Liège, Belgique & Depression Clinical and Research Program, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School. Emerge au Fonds National de la Recherche Scientifique de Belgique

vers des troubles plus graves.

Une étude menée par H. Chabrol et al. a montré l'intérêt préventif certain d'une information claire sur le baby blues donnée à la future mère durant la grossesse; celle-ci peut ainsi se préparer aux potentiels bouleversements attendus après l'accouchement et réduire l'intensité de ce blues (Chabrol, Coroner et al. 2007).

Dépression du post-partum

a) Définition : Il s'agit d'un trouble dépressif majeur survenant dans le post-partum. Selon le DSM-IV-TR, le trouble doit débuter dans les quatre premières semaines du post-partum pour obtenir cette spécification (American Psychiatric Association 2000).

Pour établir le diagnostic (DSM-IV-TR), la patiente doit avoir présenté au moins cinq des symptômes suivants durant une même période d'au moins deux semaines. Ces symptômes ne devaient pas être présents antérieurement.

Symptômes d'une dépression majeure :

- (1) Humeur dépressive
- (2) Perte d'intérêt
- (3) Perte ou gain de poids
- (4) Insomnie ou hypersomnie
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur
- (6) Fatigue ou perte d'énergie
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer
- (9) Pensées de mort ou idées suicidaires

(1) ou (2) doit faire partie des cinq symptômes.

En outre, un épisode dépressif majeur du post-partum se distingue par les spécifications suivantes (O'Hara 2009) : (1) la dépression survient, de façon prédictive et inaugurale, au décours de la naissance ; (2) les conséquences de cet état pour la femme et ses relations à long terme, en particulier celles qui concernent le nouveau-né, sont notables et péjorent le développement social, cognitif et émotionnel de ce dernier ; (3) il peut y avoir développement d'une pathologie spécifique chez le nourrisson avec trouble de l'attachement.

b) Généralités : La fréquence est de 6,5 à 12,9 % dans les six mois suivant la grossesse. Les pics de fréquence se situent à 2 et à 6 mois après l'accouchement (Pearlstein, Howard et al. 2009).

L'entrée dans la dépression peut être la persistance et/ou l'intensification des symptômes du baby blues au-delà d'une semaine, ou l'apparition de symptômes dépressifs plus tardifs, dans l'année suivant la naissance.

Cette pathologie est actuellement encore trop souvent sous-diagnostiquée car le début peut être insidieux et la mère est rarement capable d'appeler à l'aide. Il lui paraît interdit de dire qu'elle ne se sent pas mère, qu'elle ne se sent pas capable de s'occuper de son bébé ou que ce dernier l'ennuie.

c) Signes d'appel : En plus des critères diagnostiques du DSM-IV-TR précités, on notera une absence de plaisir à s'occu-

per du bébé ou un sentiment de ne pas en avoir la capacité physique (épuisement), des phobies d'impulsion (la peur de faire du mal au bébé entraîne un comportement d'évitement), une irritabilité envers le mari et les autres enfants de la famille, des somatisations diverses (douleurs abdominales, céphalées) et enfin, chez le bébé, la présence de troubles de l'appétit, l'absence de prise de poids et des troubles du sommeil (Durand 2001). Le tout étant accompagné par la culpabilité que ces états génèrent chez la mère.

Le test d'Edinburgh (EPDS pour Edinburgh Postnatal Depression Scale) permet de se faire une première idée de la santé psychique de la nouvelle mère (Teissedre et Chabrol, 2004). Il consiste en dix questions à choix multiples posées à la maman au jour 2 ou 3 après l'accouchement; chaque réponse a une valeur allant de 0 à 3. Un score sur 30 points est établi, le seuil à partir duquel le risque de dépression post-natale se majore est de 11 (Cox, Holden et al. 1987). Cette échelle est un bon moyen de dépistage (bonnes sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive) du risque de faire une dépression dans le post-partum.

d) Facteurs de risque et hypothèses étiologiques : (1) chez la mère : chutes hormonales suite à l'accouchement (progestérone, œstradiol - cependant l'étude récente de Klier, Muzik et al. 2007 remet en cause son implication étiologique dans la dépression post-natale, cortisol, hormones thyroïdiennes), âge maternel inférieur à 20 ans, primiparité, ambivalence par rapport à la grossesse, antécédents d'interruption volontaire de grossesse (qui peut réactiver un sentiment de culpabilité), malheurs pendant la grossesse (perte d'un proche, d'un enfant, séparation du conjoint), troubles relationnels de la parturiente avec sa mère ou son conjoint, abandon de l'enfant par le père. L'histoire personnelle de la mère (antécédents de dépression, carences affectives, abus sexuels durant l'enfance) et sa situation socioprofessionnelle (difficultés socio-économiques, professionnelles, matérielles) sont également importantes. Concernant les facteurs de risque obstétricaux, on retrouve les grossesses non désirées ou non planifiées, l'hypertension gravidique, la césarienne en urgence, et un retour précoce au domicile (Nakku, Nakasi et al. 2006). (2) Chez le bébé, petit poids, handicap et irritabilité (bébé « difficile ») renforcent le sentiment d'incapacité d'être une bonne maman.

e) Évolution : Il y aurait 50 % de résolution spontanée en 3 à 6 mois (Durand 2001) et 50% de persistance au-delà d'un an. Parfois la dépression du post-partum peut constituer une entrée dans un trouble dépressif récurrent et/ou récidiver lors d'une grossesse ultérieure.

f) Prise en charge : Elle est psycho-sociale, médicamenteuse ou sous forme d'hospitalisation.

PSYCHO-SOCIALE : Avant toute chose, le souci est celui de la prévention de la survenue de cette pathologie par la formation adéquate du personnel soignant. Une préoccupation précoce de l'état maternel positive l'avenir psychique de la patiente. L'attitude thérapeutique doit être centrée sur la relation mère-enfant, avec revalorisation des capacités maternantes de la mère. Bien souvent, la femme masque son

mal-être. Toute la difficulté est de le détecter et d'amener la patiente à se faire aider d'un point de vue psychique (psychologue, psychiatre, groupes de mères, généraliste, etc.) mais aussi social (assistants sociaux).

MEDICAMENTEUSE : Si cela s'avère nécessaire, l'allaitement sera interrompu et la mise en route d'un traitement antidépresseur et/ou anxiolytique sera entreprise.

HOSPITALISATION : Lors d'une chronicisation de la maladie dépressive, cette solution doit pouvoir être envisagée. L'idéal est un séjour en unité mère-bébé afin de développer des liens le plus rapidement possible. Le retour à domicile nécessitera un suivi psychique.

Dépression post-abortum

Il s'agit d'une entité rare. Une interruption de grossesse peut engendrer une dépression réactionnelle associée à un sentiment de culpabilité, surtout si cette interruption est liée à un problème maternel.

De nombreux troubles psychiatriques tels que des troubles anxieux comme l'agoraphobie, les attaques de panique ou le syndrome de stress post-traumatique apparaîtraient plus fréquemment chez les femmes ayant vécu un avortement.

Les troubles présentant la plus grande différence de fréquence sont les abus d'alcool et de drogues (avec ou sans dépendance) ainsi que la dépression majeure. La plus petite différence se voit dans les troubles bipolaires (Coleman, Coyle et al. 2009).

Les morts anténatales forcent à accomplir un travail de deuil. Pour éviter ou minimiser l'avènement de troubles psychiques futurs, il est important que les parents voient leur enfant mort, lui donnent un nom et organisent les funérailles. Ces actions, aussi difficiles soient-elles, permettent la réalisation du deuil.

Outre cela, un soutien lors d'une grossesse ultérieure sera souvent nécessaire. Pour rappel, la mort anténatale représente un facteur de risque de dépression du post-partum pour une grossesse itérative.

Troubles psychotiques du post-partum

Comme précisé précédemment, le « post-partum » pour le DSM-IV-TR se situe dans les quatre semaines suivant l'accouchement.

Les troubles psychotiques du post-partum sont essentiellement de trois types : les troubles thymiques sévères, les épisodes délirants aigus et les états schizophréniformes.

Les décompensations psychotiques du post-partum concernent approximativement 1 à 2 accouchées sur 1.000 et il existe une importante hérédité spécifique de ce trouble (Brockington 2004). Par ailleurs, la présence d'antécédents de bipolarité représente un facteur de risque non négligeable. Le pic de fréquence se situe dans les deux semaines qui suivent la fin de la grossesse. Le début est souvent soudain et prend une allure dramatique. Parfois, le trouble apparaît comme un baby blues plus sévère (insomnie, agitation, irritabilité, labilité de l'humeur). Après quelques jours, le tableau clinique s'enrichit: élation,

grandiosité, symptômes schizophréniformes (hallucinations), perplexité, agitation, troubles du sommeil, confusion, anorexie. Les idées délirantes concernent fréquemment l'enfant : anormalité, filiation satanique.

L'étiologie de la psychose puerpérale est en grande partie biologique et correspond quasiment toujours à un trouble bipolaire dont l'accouchement a joué un rôle déclencheur. La diminution œstrogénique rendrait hypersensible les récepteurs centraux. Cela explique que des antécédents personnels ou familiaux de troubles psychotiques augmentent le risque de psychose puerpérale et qu'avoir vécu un épisode augmente le risque d'en vivre un second lors d'une grossesse ultérieure.

Au point de vue du traitement, une hospitalisation s'avère souvent nécessaire. Il existe des unités d'hospitalisation « mère-enfant » où les interactions entre la patiente et son enfant sont valorisées et renforcées. Une chambre seule et le soutien du partenaire sont préférables.

Au niveau médicamenteux, le premier objectif est de sédativer la patiente avec une intensité qui permettra de la protéger elle, son enfant et son entourage. Dans ce cadre, sont utilisées les benzodiazépines tranquillisantes (lorazépam, diazépam) et les antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine).

Vu la grande tendance de la psychose puerpérale à prendre l'apparence d'une manie, l'emploi de thymostabilisateurs tels que le lithium (contre-indiqué si allaitement) ou le valproate, est très fréquemment indiqué (Stocky and Lynch 2000).

Troubles thymiques sévères :

a) Accés dépressif majeur : Il correspond souvent à un tableau de mélancolie délirante avec une thématique centrée sur l'enfant. Le trouble apparaît dans les premières semaines suivant la naissance mais prolonge parfois une dépression mineure de la grossesse. Parmi les facteurs de risque, sont observés: des antécédents personnels ou familiaux de psychose maniaco-dépressive, les femmes jeunes (adolescentes), la primiparité après 35 ans, des malformations du bébé et un post-partum blues sévère.

Les caractéristiques cliniques d'une mélancolie délirante sont: un sentiment d'incapacité, de culpabilité, d'indignité; une désorientation; une absence de reconnaissance des proches; une négation du mariage, de la grossesse et/ou de la maternité; des idées délirantes concernant le nouveau-né (responsabilité d'une menace de mort pesant sur son enfant, conviction d'une substitution d'enfant, de sa mort, d'un changement de sexe, de pratiques maléfiques sur l'enfant et la mère); une allure parfois stuporeuse. L'ensemble de ce tableau est généralement vécu dans une atmosphère d'angoisse de mort omniprésente.

L'intervention doit se faire dans l'urgence car le risque de suicide, d'infanticide ou des deux est fort important (Hornstein et Trautmann-Villalba, 2007). La surveillance et le traitement en milieu hospitalier, sous contrainte si nécessaire, semblent être la solution la plus adéquate (l'idéal étant une unité mère-bébé). L'ECT est une possibilité thérapeutique à ne pas négliger.

b) Accès maniaque : Il débute de façon précoce et brutale, le plus souvent dans les deux premières semaines post-accouchement. Dans 50% des cas, l'évolution se fait vers une mélancolie.

Les caractéristiques cliniques sont multiples : désorganisation psychotique (désorientation, agitation); hallucinations renforçant les idées mégalomaniaques de toute puissance, d'être investi d'une mission divine; parfois persécution ou érotomanie (délire dans lequel le sujet croit être aimé et qui le fait évoluer par différents stades d'illusion, d'espoir, de désillusion et de rancœur); souvent état mixte avec accès dépressifs majeurs ou avec une psychose puerpérale.

Psychose délirante aiguë :

Cette entité est aussi connue sous les noms de bouffée délirante aiguë, psychose oniroïde, épisode confuso-délirant ou trouble schizo-affectif en fonction de leurs caractéristiques cliniques.

Elle concerne 1 à 2 naissances pour 1.000 (Kemp, Bongartz et al. 2003), principalement des femmes primipares et, parfois, s'avère être la récurrence d'un épisode similaire vécu lors d'une grossesse antérieure.

Les *facteurs de risque* sont multiples : antécédents psychiatriques personnels (dans 1/3 des cas) ou familiaux; primiparité, complications obstétricales lors de l'accouchement (Blackmore, Jones et al. 2006; Nager, Sundquist et al. 2008); difficultés relationnelles mère-fille; immaturité affective, environnement socio-économique défavorable (Nager, Johansson et al. 2006); parturiente de plus de 35 ans.

Les *premières manifestations* sont des insomnies intenses, des cauchemars, une anxiété importante (en particulier centrée sur l'état de la peau du bébé), des comportements étranges, des symptômes rappelant le blues du troisième jour avec accentuation, une confusion mentale apparaissant progressivement (initialement vespérale) ainsi qu'un désintérêt croissant pour le nourrisson.

Des symptômes hypomaniaques (états d'excitation passagers inhabituels) sont à déceler car ceux-ci sont typiquement retrouvés, précocement après la naissance, chez les femmes qui développent une psychose puerpérale (Heron, McGuinness et al. 2008).

Parfois tout ceci est précédé par des perturbations anxio-dépressives en fin de grossesse (d'où l'importance d'y être attentif) et/ou par un post-partum blues sévère.

Ensuite vient la « bouffée délirante » proprement dite, dont le début est brutal, dès les premiers jours du post-partum, avec un pic de fréquence au dixième jour. Les accès survenant plus tardivement sont de mauvais pronostic et révèlent parfois une schizophrénie.

Le *tableau clinique* au stade d'état comprend trois composantes :

- **DYSTHYMIE :** Fréquemment au premier plan, sous forme d'alternance rapide, dans la même journée, de moments à tonalité mélancolique (risque d'actes auto- et hétéro-agressifs sur l'enfant) et d'accès de type maniaque (excitation intense). L'angoisse est très importante.

- **CONFUSION :** Désorientation spatio-temporelle, perturbation du rythme veille-sommeil, onirisme transitoire, perplexité anxieuse, hallucinations.

- **DELIRE :**

- De persécution : les idées délirantes et les hallucinations (auditives et visuelles) sont centrées sur la naissance et sur l'enfant (négation du mariage, négation de la maternité, doute sur l'origine de l'enfant ou sur son sexe; crainte que l'enfant ne soit menacé de mort, qu'une malédiction pèse sur lui, qu'il soit malade ou malformé).
- Confusion d'identité entre la maman et son enfant sur lequel elle projette des éléments délirants en rapport avec sa propre mère.
- Parfois, les délires ont une tonalité mégalomaniaque (délires de grandeur).

L'évolution (Dayan 1999) est variable avec une influence de l'environnement sur les signes cliniques et leur intensité. Le pourcentage de suicide à court et long terme est estimé à 5% et environ 4% des femmes commettront un infanticide.

Dans la plupart des cas, l'évolution est favorable en quelques semaines. Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure diminue avec l'augmentation de l'intervalle entre deux grossesses et augmente par l'existence d'épisodes antérieurs non puerpéraux. Le taux de récurrence est également moins important lorsque l'épisode psychotique aigu débute précocement dans le postpartum, qu'il est accompagné de signes confusionnels et dénué de troubles thymiques.

Le risque de récurrence par grossesse varie entre 20 et 30%. Il faut noter que 50 à 65% des patientes rechutent sur un mode thymique (essentiellement bipolaire) en dehors de toute période puerpérale, ce risque de rechute étant moins élevé pour les mères ayant des antécédents exclusivement puerpéraux. La chronicisation sous la forme d'une schizophrénie est à suspecter devant la survenue tardive du trouble et la présence d'une discordance affective durant l'épisode.

Le *traitement* : Il s'agit d'une urgence thérapeutique. Le diagnostic précoce et la prise en charge immédiate permettent de réduire le risque de mortalité maternelle et/ou infantile, d'assurer autant que possible une récupération complète et de prévenir le risque d'épisodes futurs (Sit, Rothschild et al. 2006).

Une hospitalisation dans un service spécialisé de psychiatrie comme une unité mère-bébé est à envisager sous plusieurs conditions. Il faut que cela soit compatible avec les agissements de la patiente et que les risques d'actes hétéro-agressifs envers le nouveau-né ne soient pas trop importants. S'il n'y a pas d'unité de ce type disponible dans un service de psychiatrie, l'idéal est d'hospitaliser la mère seule et d'arranger des moments de contact avec son bébé qui favoriseront son évolution. Quoi qu'il en soit, un soutien psychothérapeutique est nécessaire, centré sur la mère et sur la relation mère-enfant, avec la participation du père.

Un traitement adapté par neuroleptiques, entrepris précocement en milieu hospitalier, donne souvent de bons résultats après deux ou trois semaines. Notons qu'une étude récente a montré qu'utiliser des œstrogènes en prévention d'une psy-

chose du post-partum, pour contrecarrer la chute œstrogénique liée à l'accouchement, n'apporte pas d'avantage probant (Kumar, Mclvor et al. 2003).

En cas d'échec des neuroleptiques ou si le risque de suicide/infanticide est présent (cas sévères), l'ECT demeure la meilleure option thérapeutique (Forray and Ostroff 2007). De plus, elle permet une résolution rapide des symptômes, ce qui fait parfois poser l'indication d'ECT bien plus précocement que l'utilisation de moyens pharmacologiques. Finalement, un suivi de la patiente, et éventuellement de son enfant, sera assuré.

Le *diagnostic différentiel* se fait avec la réactivation d'une psychose schizophrénique ou d'un délire oniroïde, une psychose maniaco-dépressive ou une psychose aiguë organique (pathologies infectieuses - « encéphalite psychotique puerpérale », rarissime; pathologie vasculaire - thrombophlébite cérébrale provoquant des céphalées; pathologies neurologiques - crises comitiales et signes neurologiques focalisés; intoxications - drogues, médicaments).

Etats schizophréniformes.— Appelés ainsi car prenant les formes cliniques de la schizophrénie, ces troubles psychiques peuvent se voir très précocement chez la mère après la mise au monde.

Pour rappel, le DSM-IV-TR attribue le terme «schizophréniforme» à un trouble d'allure schizophrénique dont la durée dépasse un mois, mais ne dure pas plus de six mois.

Différents tableaux cliniques sont possibles :

- Décompensation psychotique : agitation délirante, discordance idéo-affective, bizarreries du comportement, négativisme, repli autistique.
- Schizophrénie dysthymique : excitation, dépression délirante et discordante; inadéquation de la mère aux besoins de son bébé, repli, bizarreries.
- Révélation d'une schizophrénie réelle (signes cliniques dans les antécédents).
- Mode d'expression d'une psychose maniaco-dépressive.

Données étiopathogéniques.— Plusieurs hypothèses sont à l'étude (génétiques, infectieuses, hormonales, psychodynamiques) mais aucune ne permet d'expliquer l'ensemble des signes cliniques rencontrés dans les psychoses puerpérales.

Conséquences de ces différents troubles pour l'enfant

Il n'y a pas de lien causal direct entre les troubles psychiques rencontrés par la mère et ceux qui pourraient se développer chez l'enfant. De plus, le bébé exerce aussi une influence sur la maladie maternelle, notamment par son comportement («bébé difficile» versus «bébé calme»).

Divers paramètres sont à prendre en compte : les caractéristiques propres du bébé et son aptitude à faire face à la maladie maternelle, le moment de la grossesse où apparaissent les troubles, l'attitude de l'entourage.

On peut observer chez le nourrisson des modifications de comportement, de l'irritabilité ou des symptômes de type dépressif.

Un trouble psychique sévère dans le post-partum entraîne, certes, la séparation immédiate de la mère avec son enfant. Mais ce fait n'est pas obligatoirement lourd de conséquences; le bébé peut très bien évoluer, confié à la famille bienveillante, à une unité hospitalière ou à une pouponnière. Cependant, il est fondamental de rétablir précocement le lien entre la mère et le nouveau-né, par le biais d'une hospitalisation conjointe mère-enfant ou, si cela n'est pas possible, par la présentation transitoire du bébé à sa maman, le but étant de rétablir la réalité de l'enfant vivant et de démentir les idées délirantes le concernant. Le plus souvent, le lien s'établit ou se rétablit normalement dès la guérison de l'accès.

Les dépressions évoluant à bas bruit et de manifestation tardive, ont un impact plus péjoratif sur le développement de l'enfant. L'élaboration des premières relations materno-infantiles peut en être affectée. Un plus grand nombre d'attachement sur un mode « insécure » (trouble de l'interaction entre la mère et son enfant) est observé dans ces familles par rapport à la population générale.

Conclusion

Le postpartum est une période encore trop souvent banalisée et dont les enjeux psychiques passent fréquemment inaperçus aux yeux des proches mais aussi des soignants.

Or, c'est un moment où une attention particulière à la mère est requise en vue de l'accompagner et la soutenir de façon adéquate durant cette période riche en remaniements psychiques (devenir mère) et physiques (chute hormonale, modifications corporelles).

Il est également important d'être attentif aux « signaux d'alerte » qui peuvent être évidents (difficultés obstétricales, séparation précoce mère-enfant) mais aussi plus discrets (tristesse, troubles du sommeil). Ceux-ci imposent alors une vigilance supplémentaire et éventuellement l'initiation d'une prise en charge.

Parfois, une simple fatigue en période périnatale peut précipiter un trouble de l'humeur (post-partum blues, dépression post-natale) ou une psychose (Ross, Murray et al. 2005). Un lien a été établi entre le manque de sommeil et la survenue de telles pathologies, si bien que l'éviction des dettes de sommeil de la nouvelle maman entre dans le cadre de la prévention, voire même du traitement de la dépression et de la psychose post-natale.

L'articulation constante et adaptée des différents intervenants (infirmières, médecins, assistants sociaux, psychologues, etc.) avec les parents et leur enfant est fondamentale à chaque étape de la maternalité.

Résumé

Le post-partum représente un moment privilégié pour le développement ou l'aggravation de troubles psychiques, qu'ils soient bénins (par exemple, post-partum blues, troubles psychologiques bénins transitoires) ou potentiellement graves (par exemple, psychose, dépression). Dans certains cas, le risque de décès (suicide maternel, infanticide, suicide altruiste) n'est pas négligeable. C'est pourquoi l'identification précoce et précise de ces troubles doit permettre l'établissement de stratégies d'interventions ciblées et efficaces.

Mots clés : Dépression du post-partum - Troubles psychiatriques puerpéraux - Psychoses gravidiques - Post-partum blues

Références

L'ensemble des éléments décrits ci-dessus démontre qu'il est essentiel de repérer l'installation des différentes pathologies.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, APA Press.

Blackmore, E. R., I. Jones, et al. (2006). "Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis." *Br J Psychiatry* **188**: 32-6.

Brockington, I. (2004). "Postpartum psychiatric disorders." *Lancet* **363**(9405): 303-10.

Chabrol, H., N. Coroner, et al. (2007). "Prévention du blues du post-partum : étude pilote." *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* **35**(12): 1242-1244.

Coleman, P. K., C. T. Coyle, et al. (2009). «Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey.» *J Psychiatr Res* **43**(8): 770-6.

Cox, J. L., J. M. Holden, et al. (1987). «Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.» *Br J Psychiatry* **150**: 782-6.

D'Amelio, R., V. Rauccio, et al. (2006). "Is it possible to predict postnatal depression? Research into the origin of blues and depression. The role of the gynaecologist." *Clin Exp Obstet Gynecol* **33**(3): 151-3.

Dayan, J. (1999). Psychoses puerpérales. *Psychopathologie de la périnatalité*. J. Dayan. Paris, Masson: 123-157.

Durand, B. (2001). «Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum.» *La revue du praticien*. (51): 1259-1264.

Forray, A. and R. B. Ostroff (2007). «The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders.» *J Ect* **23**(3): 188-93.

Henshaw, C. (2003). "Mood disturbance in the early puerperium: a review." *Arch Womens Ment Health* **6 Suppl 2**: S33-42.

Heron, J., M. McGuinness, et al. (2008). "Early postpartum symptoms in puerperal psychosis." *Bjag* **115**(3): 348-53.

Hornstein, C. and P. Trautmann-Villalba (2007). "[Infanticide as a consequence of postpartum bonding disorder]." *Nervenarzt* **78**(5): 580-3.

Jouppé, J. (2007). «À propos du post-partum blues.» *Annales Médico-psychologi-*

ques, revue psychiatrique **165**(10): 749-767.

Kemp, B., K. Bongartz, et al. (2003). "[Psychic disturbances in the postpartum period: an increasing problem?]." *Z Geburtshilfe Neonatol* **207**(5): 159-65.

Klier, C. M., M. Muzik, et al. (2007). "The role of estrogen and progesterone in depression after birth." *J Psychiatr Res* **41**(3-4): 273-9.

Kumar, C., R. J. Mclvor, et al. (2003). "Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth." *J Clin Psychiatry* **64**(2): 112-8.

Nager, A., L. M. Johansson, et al. (2006). «Neighborhood socioeconomic environment and risk of postpartum psychosis.» *Arch Womens Ment Health* **9**(2): 81-6.

Nager, A., K. Sundquist, et al. (2008). "Obstetric complications and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden." *Acta Psychiatr Scand* **117**(1): 12-9.

Nakku, J. E., G. Nakasi, et al. (2006). "Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors." *Afr Health Sci* **6**(4): 207-14.

O'Hara, M. W. (2009). "Postpartum depression: what we know." *J Clin Psychol* **65**(12): 1258-69.

Pearlstein, T., M. Howard, et al. (2009). «Postpartum depression.» *Am J Obstet Gynecol* **200**(4): 357-64.

Reck, C., E. Stehle, et al. (2009). «Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum.» *J Affect Disord* **113**(1-2): 77-87.

Sit, D., A. J. Rothschild, et al. (2006). "A review of postpartum psychosis." *J Womens Health (Larchmt)* **15**(4): 352-68.

Stocky, A. and J. Lynch (2000). "Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium." *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* **14**(1): 73-87.

Sutter, A.-L., I. Lacaze, et al. (2005). «Troubles psychiatriques et période périnatale. Volume , Issue , July-August , Pages A.» *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **163**(6): 524-528.

Trautmann-Villalba, P. and C. Hornstein (2007). «[Children murdered by their mothers in the postpartum period].» *Nervenarzt* **78**(11): 1290-5.

Auteur correspondant :

Kevin Namèche

Cliniques universitaires Saint-Luc, Psychiatrie adulte

Avenue Hippocrate, 10, 1200 Bruxelles

Belgiquekevin.nameche@gmail.com