



Nouveau programme
(ECN 2016-2019)

Item 67

ECN 2014-2015

Q 19

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Dr Élise Riquin, Dr Katell Faure, Dr Matthieu Legras, Dr Anne-Sophie Chocard, Dr Philippe Gillard,
Pr Philippe Descamps, Pr Philippe Duverger

Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France.
phduverger@chu-angers.fr

objectifs

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

RECONNAÎTRE les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et postnatale.

PRENDRE EN CHARGE et **ACCOMPAGNER** la mère et le nourrisson.

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum correspondent à tous les états psychopathologiques liés à la période de la gravido-puerpéralité. Celle-ci s'étend de la conception à la première année de l'enfant et concerne les étapes de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et du sevrage. Si tous ces événements sont naturels, ils représentent pour les femmes des épreuves à la fois physiques et psychiques.

Il existe un continuum entre les manifestations psychiques normales liées à ces mutations psychiques et les manifestations pathologiques. Cela dépend de leur intensité, de leur durée et de leur retentissement.

Ces troubles psychiques font l'objet de prévention et de dépistage et sont actuellement une priorité de santé publique : d'une part ils participent aux possibles complications obstétricales, d'autre part ils concourent à d'éventuels troubles chez le bébé ; enfin, certains peuvent se compliquer de suicide et/ou d'infanticide.

Grossesse

Vécu normal de la grossesse

Lors de la grossesse, la femme traverse une période marquée par des bouleversements à la fois somatiques, hormonaux, psychologiques, familiaux et sociaux. Son corps, son psychisme vont

devoir s'adapter. Le processus psycho-affectif qui mène à l'état d'être mère, dénommé maternalité, est favorisé par la transparence psychique qui permet à la mère d'être à l'écoute de sa propre histoire infantile : des conflits anciens émergent à sa conscience, sont réactualisés pour être réaménagés. De fille, la femme va devenir mère. C'est à ce moment de sensibilité particulière que des traumatismes et des deuils passés peuvent resurgir.

C'est tout d'abord le vécu concernant l'état de grossesse qui est au premier plan avec un sentiment fréquent de plénitude et de toute-puissance. Puis, progressivement, des représentations concernant l'enfant à venir se construisent : l'enfant imaginaire est celui qui correspond à l'idéal maternel, l'enfant fantasmatique est le fruit du conflit œdipien et l'enfant réel commence à être appréhendé lors des échographies. Ces différentes représentations devront se concilier.

Manifestations psychiques au cours de la grossesse

Ce mouvement de maturation va s'exprimer par des manifestations psychiques parfois intriquées avec des manifestations somatiques. Tout cela est nécessaire et normal afin que la future mère s'adapte à sa nouvelle fonction. Néanmoins, des troubles psychiatriques caractérisés peuvent alors survenir et/ou s'aggraver.

1. Nausées et vomissements gravidiques

Les femmes présentent au cours du premier trimestre de grossesse des nausées et des vomissements dans 50 % des cas, sans retentissement sur leur état général. Ces troubles disparaissent spontanément au deuxième trimestre.

Dans certains cas, les vomissements gravidiques se majorent et se pérennisent avec un retentissement à type de perte de poids, déshydratation, troubles hydro-électrolytiques.

Sont incriminés des facteurs hormonaux, mais aussi psychologiques.





2. Troubles anxieux

Les troubles anxieux ont plutôt tendance à s'aggraver dans le post-partum plutôt que pendant la grossesse. Ils touchent entre 5 et 15 % des femmes dans la période prénatale.

L'anxiété spécifique de la grossesse se définit comme des inquiétudes et préoccupations se rapportant directement à la grossesse. Elle est plus fréquente aux premier et dernier trimestres de la grossesse.

Elle est favorisée par des antécédents de complications lors d'une grossesse antérieure. Elle a pour thèmes les modifications corporelles, l'état du fœtus (malformation, mort), le déroulement du travail et de l'accouchement, les conduites de maternage auprès du bébé.

L'anxiété participe aux changements de caractère, à une certaine irritabilité, à des envies alimentaires, mais aussi à des troubles du sommeil.

Au-delà de ces signes attendus, des angoisses peuvent s'organiser, devenir plus intenses et persister autour de ces mêmes thèmes. Elles retentissent sur la vie du sujet et sont alors l'expression d'un véritable trouble anxieux inaugural ou antérieur à la grossesse.

Ces angoisses peuvent avoir une expression somatique. Elles peuvent favoriser le déclenchement de contractions utérines avec parfois la menace d'un accouchement prématuré.

3. Troubles de l'humeur

La dépression anténatale touche environ 10 à 20 % des femmes enceintes. Elle est le plus souvent d'intensité légère ou moyenne. La symptomatologie n'est pas spécifique de la grossesse, si ce n'est la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité concernant la maternité.

Le diagnostic peut être difficile à poser du fait de symptômes atypiques à type de plaintes somatiques notamment algiques, de symptômes fonctionnels (asthénie, insomnie...).

La dépression anténatale est un facteur de risque de complications obstétricales.

Par ailleurs, elle peut faire le lit d'une dépression postnatale. On comprend alors l'importance d'un dépistage, d'un diagnostic et de soins précoces.

Les dépressions sévères, voire mélancoliques, sont rares durant la grossesse. Des troubles bipolaires peuvent débuter sous la forme d'un état mixte.

4. Troubles psychotiques

La survenue d'une grossesse chez une femme psychotique chronique impose une surveillance stricte à la fois somatique et psychique. En effet, le terrain est à risque du fait, parfois, du peu de compliance aux suivis nécessaires, de la prise de médicaments antipsychotiques, de l'existence d'addictions multiples, de conditions de vie précaires. Tout cela favorise les complications obstétricales.

Globalement, les décompensations de troubles psychotiques chroniques sont plus rares pendant la grossesse que lors du post-partum.

5. Dénis de grossesse

Le déni de grossesse concerne 2 à 3 femmes enceintes pour 1 000. Il se définit comme le refus inconscient de reconnaître l'état de grossesse pendant les premiers mois et parfois jusqu'à l'accouchement. Il se différencie du phénomène conscient de dissimulation que l'on peut retrouver lors de grossesses chez une adolescente ou au sein d'un environnement hostile. Il est à l'origine d'une « complaisance somatique », c'est-à-dire du peu de modifications corporelles au cours de l'évolution de la grossesse. La découverte de la grossesse se fait fréquemment de façon fortuite ; elle est brutale et déroutante pour la femme, qui y réagit de façon souvent bruyante (angoisse, dépression, délire, fuite). On distingue le déni « partiel », lorsque la prise de conscience de la grossesse a lieu avant l'accouchement, et le déni « total » lorsque le déni se prolonge jusqu'à l'accouchement.

L'état psychique maternel, l'absence de précautions et de suivi médical de la grossesse favorisent les complications : retard de croissance intra-utérine, mort fœtale *in utero*, malformations, accouchement dans des conditions d'urgence, infanticide et interactions précoces perturbées.

Les circonstances de ce déni sont diverses, avec cependant des caractéristiques communes : une ambivalence concernant le désir de grossesse et le désir d'enfant, une culpabilité majeure liée à des interdits concernant la sexualité ; enfin, un environnement social et affectif souvent peu propice à l'arrivée d'un enfant.

6. Alcoolisme et toxicomanies

La survenue d'une grossesse chez une femme alcoolique et/ou toxicomane est à haut risque. Tous les types de produits utilisés franchissent la barrière hémato-placentaire avec un risque de toxicité pour l'embryon puis le fœtus. Ils passent de même en plus ou moins grande quantité dans le lait maternel.

La consommation est souvent difficile à évaluer, minorée par les patientes. Les polyintoxications sont fréquentes.

Outre le produit, d'autres éléments représentent des facteurs de gravité lors d'une grossesse : survenue accidentelle, découverte tardive, consultations obstétricales absentes ou irrégulières. Il faut rechercher des antécédents de grossesses compliquées, des infections associées (VHB, VHC, VIH). Les conditions de vie de la femme sont souvent précaires, conjuguant isolement et marginalisation. Le quotidien est soumis à l'instabilité.

Lors du suivi de cette grossesse, il faut prendre en compte des troubles psychiatriques liés à ou induits par l'utilisation de substances, ainsi qu'un parcours de vie marqué par les ruptures, la maltraitance physique ou les abus sexuels.

La consommation de toxiques est cause de certaines complications obstétricales : avortement spontané et accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérine, mort périnatale. Elle est à l'origine de complications néonatales, tout particulièrement de syndromes d'imprégnation fœtale ou au contraire d'état de manque fœtal, lors d'une consommation régulière en fin de grossesse.



Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

POINTS FORTS À RETENIR

- Les facteurs de risque de troubles psychiques de la grossesse et du post-partum sont liés au terrain et/ou aux antécédents des patientes. Ils doivent être repérés pendant le suivi de la grossesse et au décours de l'accouchement.
- Les troubles psychiatriques sont plus fréquents lors du post-partum que lors de la grossesse. Il s'agit principalement de dépression et de psychose du post-partum avec un risque de suicide et/ou d'infanticide. Le blues du post-partum n'est pas pathologique.
- Les soins débutent au cours de la période anténatale et se poursuivent au cours de la période postnatale. Ils se font en réseau selon une prise en charge pluridisciplinaire.
- Les traitements psychotropes doivent être prescrits avec prudence tant pendant la grossesse et que pendant l'allaitement.
- Le bébé : les troubles psychiatriques maternels retentissent sur les interactions précoces entre la mère et le bébé. L'attention et les soins apportés à ces premiers échanges permettent de prévenir l'apparition de troubles psychiques chez le bébé, puis chez l'enfant. La place et le rôle du père ne doivent pas être occultés.



Post-partum

Les complications psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse.

Vécu normal de la naissance

Au moment de la naissance, la mère est dans un état psychique particulier appelé préoccupation maternelle primaire : elle est totalement disponible pour le nourrisson, ce qui facilite les soins maternels et l'attachement au bébé.

Il est alors primordial que la mère se sente en sécurité, qu'elle soit confiante dans les gestes qu'elle prodigue au bébé : elle a besoin pour cela d'être soutenue par son entourage, en particulier son conjoint.

La première rencontre avec le bébé est le moment où se confronte l'enfant imaginaire, fantasmatique, avec l'enfant réel. Les représentations parentales vont devoir se concilier avec l'existence propre du nouveau venu.

Les interactions vont témoigner d'échanges complexes entre le bébé et ses parents. Elles sont comportementales et affectives, imaginaires et fantasmatiques. Elles sont réciproques et le nourrisson lui-même agit sur ses parents du fait de compétences propres. Ces interactions précoces sont à l'origine du lien d'attachement qui s'édifie progressivement entre les parents et l'enfant.

Manifestations psychiques au cours du post-partum

Ce sont les manifestations qui ont lieu dans la première année qui suit l'accouchement.

1. Blues du post-partum

De 30 à 80 % des femmes qui ont accouché présentent un blues du post-partum. Il apparaît entre le 2^e et le 5^e jour, avec un pic au 3^e jour, contemporain de la montée de lait. Il est spontanément résolutif en 4 à 7 jours. Des facteurs somatiques et psychiques sont incriminés.

Les manifestations sont à type de labilité de l'humeur allant des pleurs à l'euphorie brève, l'irritabilité, l'anxiété. On retrouve un sentiment d'incapacité à s'occuper de son enfant, le sentiment d'être délaissée.

Il s'agit d'un processus adaptatif qui permet à la mère d'acquiescer une sensibilité et une réactivité particulières à l'égard du nouveau-né. Il est utile à l'établissement du lien mère-enfant. Néanmoins, l'intensité des signes et leur persistance au-delà de 7 jours témoignent de son évolution vers un trouble dépressif.

2. Troubles anxieux

Les symptômes anxieux peuvent être isolés ou associés à d'autres entités cliniques du post-partum.

Ils peuvent aussi être l'expression de troubles anxieux préexistants. Le post-partum est une période propice à leur aggravation ; c'est le cas des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) en particulier.

Par la suite, l'addiction est souvent associée à des dysfonctionnements interactifs entre la mère et le bébé dont le développement psycho-affectif peut être alors entravé.

7. Troubles psychiques du travail et de l'accouchement

Lors de la rencontre avec le bébé, les premiers échanges sont chargés d'émotions. On peut observer des états de confusion lors des dernières étapes du travail, associés parfois à une excitation maniaque ou des propos délirants. Leur résolution spontanée est habituellement rapide.

En effet, l'accouchement est une épreuve physique et psychique. Le corps est soumis à des efforts et des douleurs intenses et il échappe alors totalement. La naissance est un événement bouleversant qui peut prendre un caractère étrange alors que la femme est épuisée, en manque de repères familiaux. Les manifestations psychiques sont majorées par l'urgence de l'accouchement, par d'éventuelles complications obstétricales.

En fin de grossesse, les premiers signes de troubles psychiques du post-partum peuvent apparaître à bas bruit.



Certains tableaux cliniques présentent alors des spécificités.

Les phobies d'impulsion au cours du post-partum sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. Le sujet reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées.

Un état de stress post-traumatique peut marquer les suites d'un accouchement d'autant qu'il a lieu en urgence, émaillé de complications obstétricales. Le sentiment de mort imminente concernant la mère et/ou le bébé lors de la mise au monde est à l'origine de ce trouble anxieux. Les symptômes ne présentent pas de spécificité si ce n'est leur contexte d'apparition.

3. Troubles de l'humeur lors du post-partum

Les troubles de l'humeur touchent 10-20 % des mères dans la période du post-partum. Souvent il s'agit du premier épisode dépressif. Ce sont en majorité des dépressions d'intensité légère à modérée sans symptôme psychotique. Des dépressions sévères avec symptômes mélancoliques sont également retrouvées dans 1 % des cas.

Le diagnostic de dépression du post-partum peut être envisagé soit en cas de prolongation des symptômes du blues du post-partum au-delà de 7 jours, soit dans l'année suivant l'accouchement, le plus souvent dans les 3 à 6 semaines.

Leur durée varie de plusieurs semaines à plus d'un an. Ils sont un problème de santé publique de par leur fréquence, leur diagnostic difficile et les risques graves encourus par la mère et le bébé.

Dépression du post-partum : elle est marquée par une humeur triste, une irritabilité, une asthénie importante, une anxiété s'exprimant parfois sous la forme de phobies d'impulsion. Le sentiment d'incapacité et les auto-accusations concernent la fonction maternelle et tout particulièrement les soins à l'enfant. Ces troubles sont minimisés voire dissimulés à l'entourage par la femme par crainte d'être jugée. Ils s'expriment parfois de façon indirecte par le biais de plaintes somatiques, de craintes excessives à propos de la santé de l'enfant amenant à des consultations pédiatriques répétées. Ils peuvent encore se manifester à travers des troubles fonctionnels précoces du nourrisson (sommeil, alimentation...) ou encore des coliques, des pleurs fréquents. Ils peuvent enfin être révélés par des troubles des interactions mère-bébé.

En effet, ce mal-être retentit sur la relation mère-bébé. Les interactions sont perturbées tant au niveau quantitatif que qualitatif. Les soins sont rigides, peu adaptés aux besoins manifestes du bébé ; ils sont opératoires, réalisés sans plaisir. Des moments de sollicitude anxieuse démesurée peuvent alterner avec une indisponibilité totale à l'égard du bébé, voire par exemple une intolérance aux pleurs. Il existe un risque de maltraitance par négligence grave ou sévices de la part de la mère.

Différents types de troubles doivent alerter quant à une possible souffrance psychique du bébé : des troubles du comportement (agitation ou apathie), des troubles du développement psychomoteur, des troubles relationnels ou encore des troubles somatiques.

Dépression avec caractéristiques psychotiques : à la symptomatologie de l'épisode dépressif s'associe une production délirante mélancolique dont le thème est centré sur le bébé (idée de substitution, d'empoisonnement, d'envoûtement) ou sur la filiation (négation du couple, de la maternité, enfant de Dieu...).

Les angoisses de mort sont massives et concernent l'enfant, la mère elle-même. Le risque de suicide et/ou d'infanticide est majeur.

4. Psychose du post-partum

La psychose du post-partum ou psychose puerpérale est un état délirant aigu associé à des troubles thymiques et des éléments confusionnels. Elle concerne 1 à 2 pour 1 000 naissances et débute le plus souvent de façon brutale, dans les 4 premières semaines après l'accouchement, avec un pic de fréquence au 10^e jour. Elle est parfois précédée de prodromes à type de crises de larmes, ruminations anxieuses, insomnie avec agitation, sentiment d'étrangeté, doutes sur la naissance et l'intégrité corporelle, désintérêt progressif à l'égard de l'enfant. À la phase d'état, le tableau est polymorphe. Les manifestations thymiques sont marquées par une alternance de phases mélancoliques et de phases maniaques avec excitation. Les idées délirantes sont de mécanisme polymorphe et leur thématique est centrée sur la maternité, l'accouchement, le nouveau-né ou encore le conjoint. La confusion associe une désorientation temporo-spatiale, des perturbations du rythme veille-sommeil. L'anxiété est importante avec un sentiment de dépersonnalisation, parfois des angoisses de mort. Toutes ces composantes psychiques sont très labiles, changeantes sur le nyctémère.

L'enfant est souvent perçu comme persécuteur. La mère est dans l'incapacité de s'occuper de son enfant. Un suicide parfois altruiste, un infanticide sont toujours à redouter : ils peuvent être brutaux et imprévisibles. La psychose puerpérale est une urgence.

Les diagnostics différentiels sont principalement la thrombophlébite cérébrale, la rétention placentaire, les infections, la prise de toxiques ou de médicaments notamment la bromocriptine utilisée en post-partum pour inhiber la lactation. Cette dernière est contre-indiquée en cas de trouble ou d'antécédent psychiatrique.

L'évolution est résolutive, sans séquelles, en quelques semaines à quelques mois, dans 70 % des cas. Une récurrence est possible lors de grossesses ultérieures, dans 20 à 30 % des cas. Cet épisode peut être le mode d'entrée vers un trouble psychiatrique d'évolution chronique, dans 10-15 % des cas (schizophrénie ou trouble de l'humeur).

5. Décompensation aiguë de troubles psychiatriques évolutifs

Le post-partum est une période à risque plus important de décompensation d'un trouble schizophrénique déjà connu ou d'un trouble de l'humeur. Ce risque augmente avec les accouchements ultérieurs. Les symptômes sont ceux habituellement décrits dans ces tableaux cliniques.





6. Dépression après interruption volontaire ou médicale de grossesse ou mort fœtale *in utero*

Les interruptions volontaires ou médicales de grossesse, une mort fœtale *in utero* au cours de la grossesse sont des événements qui peuvent prendre un caractère traumatique. Leur impact dépend de l'histoire maternelle. Il peut s'agir d'une dépression réactionnelle, souvent méconnue. Le sentiment de culpabilité maternelle est alors massif.

Le deuil d'un enfant mort avant la naissance est difficile à accomplir. Il favorise le risque de survenue d'une dépression lors d'une autre grossesse et retentit sur la façon dont est investi l'enfant à venir. Des rituels funéraires sont organisés par les équipes pour aider les familles qui le souhaitent à symboliser cette perte.

Étiopathogénie et facteurs de risque

Certains facteurs prédisposent à un trouble psychique de la grossesse et du post-partum. Il s'agit de facteurs favorisants et de situations de vulnérabilité qui ne sont pas des facteurs de causalité directe.

Facteurs liés à une vulnérabilité psychique

Ce sont :

- la fragilité de l'identité et les conflits psychiques liés à la grossesse ;
- les antécédents de carences affectives, de maltraitance, d'abus sexuels pendant l'enfance ;
- les antécédents personnels de troubles psychiatriques ;
- les antécédents familiaux de troubles psychiatriques.

Facteurs biologiques

Ce sont essentiellement l'ampleur et la rapidité des bouleversements endocriniens autour de l'accouchement.

Facteurs gynécologiques et obstétricaux

On retient :

- la primiparité ;
- l'interruption de grossesse, volontaire ou médicale ;
- la suspicion de malformation anténatale ;
- l'accouchement prématuré ;
- l'accouchement dystocique ;
- la césarienne, surtout en urgence et/ou sous anesthésie générale.

Facteurs psychosociaux et histoire personnelle

Ce sont :

- la grossesse non désirée ;
- l'âge jeune notamment l'adolescence ;
- la mère célibataire ;
- les conflits conjugaux ;
- le décès d'un enfant ;
- le deuil périnatal d'une personne proche ;
- les événements de vie stressants pendant la grossesse ;
- l'isolement familial et social ;
- la précarité socio-économique.

Facteurs culturels

Cela touche en particulier les femmes migrantes (langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité).

Prise en charge et accompagnement de la mère et de l'enfant

Principes généraux

La santé de la mère et du bébé dans la période périnatale est une priorité de santé publique.

1. Prévention et dépistage

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum sont étroitement corrélés avec des facteurs psycho-affectifs et des facteurs obstétricaux. Aussi la prévention et le dépistage de ces troubles dépendent-ils de la façon dont est abordée la dimension psychique lors du suivi de la grossesse et du post-partum.

Lors des consultations de suivi de grossesse, il est nécessaire de prendre le temps d'informer, mais aussi d'écouter attentivement la femme enceinte, le couple, afin d'appréhender leur situation dans sa globalité, c'est-à-dire selon ses aspects médico-psycho-sociaux. Il faut être soucieux de toute situation de vulnérabilité et de toute forme d'insécurité. Il est alors possible de proposer une consultation supplémentaire, notamment en début de grossesse (consultation du 4^e mois) ou d'orienter vers une prise en charge spécifique.

Aussi, si la femme a un suivi en secteur spécialisé, la grossesse doit faire l'objet d'un projet thérapeutique, avec co-suivi régulier par des psychiatres, obstétriciens ou sages-femmes. La grossesse ne devrait être envisagée que lorsque la pathologie psychiatrique est équilibrée depuis plusieurs mois. Dans les cas spécifiques de patientes avec une addiction à un produit, elles doivent être informées sur les risques de la prise de toxiques pendant la grossesse. Les premières rencontres doivent favoriser l'alliance thérapeutique. Il faut éviter toute culpabilisation et toute stigmatisation. Le traitement de l'addiction maternelle implique l'évaluation des avantages du sevrage *versus* la substitution. L'évaluation des comorbidités psychiatriques associées doit conduire à une proposition de suivi spécialisé. À la naissance, une surveillance pédiatrique du bébé est nécessaire. Une hospitalisation en unité mère-bébé est recommandée pour la prise en charge de la mère et de l'enfant, l'accompagnement des interactions précoces et la mise en place du suivi par les centres de protection maternelle et infantile et les services sociaux.

2. Psychotropes

Au cours de la grossesse : selon la période de la grossesse, la prise de médicaments expose l'embryon, le fœtus, puis le bébé à des complications qui peuvent être malformatives (du fait de l'effet tératogène de certains médicaments au cours du premier trimestre de grossesse), néonatales (symptômes d'imprégnation et de sevrage quand la prise de médicaments a eu lieu au cours du dernier trimestre) et postnatales (symptômes psychomoteurs, comportementaux et/ou cognitifs, à plus long terme).



Ainsi, toute prescription de psychotropes pendant la grossesse implique de mettre en balance les bénéfices par rapport aux risques. Les risques sont tout autant ceux de l'exposition au traitement pour le bébé que ceux de l'abstention thérapeutique. En effet, l'évolution du trouble psychique maternel peut avoir des conséquences parfois majeures pour la mère et le bébé.

Si un traitement psychotrope est indiqué, il convient d'évaluer le rapport bénéfice-risque devant la pathologie de la mère et les effets tératogènes de chaque molécule, en sachant que tous les psychotropes traversent la barrière placentaire.

De façon générale, il est fortement recommandé de ne pas prescrire de psychotropes à une femme enceinte au cours du premier trimestre et de diminuer voire d'arrêter tout traitement juste avant l'accouchement. Si un traitement est indispensable, il faut privilégier un médicament bien connu, à demi-vie courte, en mono-thérapie et pendant une courte durée.

Quelques règles de prescription sont à respecter : le traitement doit être prescrit à posologie efficace, les modifications pharmacocinétiques en cours de grossesse peuvent amener à augmenter la posologie, l'arrêt brutal d'un traitement lors de la découverte d'une grossesse peut entraîner un sevrage ou la décompensation du trouble sous-jacent, avec un retentissement sur le déroulement de la grossesse. Enfin, si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, la survenue éventuelle de troubles néonataux transitoires sera prise en compte lors de l'examen du nouveau-né, les pédiatres devant être prévenus de l'arrivée de l'enfant.

Au cours de l'allaitement : il est fortement recommandé de ne pas prescrire de psychotropes à une femme qui allaite ou d'arrêter l'allaitement. Lorsqu'une prescription médicamenteuse est requise chez une femme qui allaite, il faut tenir compte de l'exposition de l'enfant au médicament. Celle-ci dépend tout d'abord de la quantité de médicament présente dans le lait. Elle varie aussi selon les concentrations plasmatiques maternelles, les capacités de passage de chaque molécule dans le lait et le moment de la tétée par rapport au pic de concentration du médicament dans le lait.

L'exposition du bébé au médicament dépend aussi de ses capacités d'élimination (hépatique et rénale). Pendant l'allaitement, certains antidépresseurs passent à faible taux dans le lait et les concentrations sanguines chez les enfants allaités sont faibles ou indétectables : les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS), tels que la paroxétine (Deroxat) et la sertraline (Zoloft) et les tricycliques tels que la clomipramine (Anafranil).

3. Organisation des soins

Pendant les périodes de la grossesse et du post-partum, du fait de l'état de « perméabilité psychique », l'abord psychothérapeutique tant préventif que curatif est d'une particulière efficacité. Les soins concernent d'une part la mère, d'autre part le lien mère-bébé et les relations père-mère-bébé. Ils ont pour objectif de traiter la pathologie maternelle mais aussi d'éviter que celle-ci ne se répercute sur le développement psycho-affectif de l'enfant par l'intermédiaire de dysfonctionnements interactifs.

L'abord de la situation dans sa globalité implique des professionnels multiples dont la concertation et la coordination sont fondamentales. Il s'agit de soins organisés en réseau. Les équipes concernées sont celles de la maternité, de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie, de la protection médicale infantile, du secteur social et parfois les services judiciaires (juge pour enfants).

Pendant la grossesse

Les conduites thérapeutiques pendant la grossesse sont essentiellement ambulatoires. Elles se font selon deux axes, psychothérapeutique et chimiothérapeutique. Lorsqu'elles nécessitent une hospitalisation, celle-ci se fera soit en service de gynécologie obstétrique, soit en service de psychiatrie.

1. Vomissements gravidiques

Les vomissements gravidiques nécessitent des soins spécifiques en hospitalisation quand ils sont sévères. Les désordres hydro-électrolytiques sont corrigés. La future mère, à distance de son environnement, peut aborder ses questionnements lors de séances de psychothérapie. En cas d'échec, un traitement chimiothérapeutique est introduit, notamment anxiolytique.

2. Troubles anxieux

Leur approche ne se limite pas aux seuls spécialistes de la psyché. Les méthodes de préparation à l'accouchement non seulement donnent une meilleure connaissance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, mais sont aussi l'occasion d'appréhender les préoccupations de la femme enceinte et du couple. Elles se font en individuel ou en groupe et reposent sur la parole ou sur des techniques corporelles visant principalement la relaxation. Elles permettent d'améliorer certains troubles anxieux.

Un abord psychothérapeutique peut être indiqué lors de troubles graves.

Un traitement anxiolytique tel que l'hydroxyzine (Atarax) ou l'oxazépam (Seresta) est proposé en dernier recours avec une surveillance mixte rapprochée, médicale et psychologique.

3. Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur nécessitent une consultation spécialisée. Les soins se font le plus souvent en ambulatoire et consistent en un suivi psychothérapeutique. Celui-ci sera associé à un traitement antidépresseur de type inhibiteur de recapture de la sérotonine (IRS) : fluoxétine (Prozac), sertraline (Zoloft), citalopram (Seropram) ou escitalopram (Seroplex) ou à un traitement inhibiteur de recapture de la sérotonine/noradrénaline tel que la venlafaxine (Effexor) ou encore à des antidépresseurs tricycliques, en choisissant si possible la clomipramine (Anafranil) en fonction de la gravité de la dépression et de la balance bénéfice-risque. Il convient de ne pas prescrire de paroxétine (Deroxat) pendant le 1^{er} trimestre.

Dans les troubles bipolaires, les thymorégulateurs les plus documentés et pouvant être prescrits chez la femme enceinte sont : la lamotrigine (Lamictal) et l'olanzapine (Zyprexa). Toutes les mesures doivent être mises en œuvre pour éviter une grossesse





sous lithium et sous acide valproïque, divalproate de sodium ou valpromide (Dépakine, Dépakote, Dépamide). Il faut cependant noter que des études actuelles envisagent la poursuite d'un traitement par lithium durant la grossesse pour des situations bien spécifiques avec une surveillance rapprochée de patientes souffrant de troubles bipolaires sévères équilibrés et dont l'arrêt induirait une décompensation marquée et délétère. En l'absence de données supplémentaires, il convient toutefois d'envisager une autre molécule.

Une hospitalisation est nécessaire, en service de gynécologie-obstétrique ou de psychiatrie dans les tableaux sévères et en cas de risque suicidaire.

Dans tous les cas, le suivi psychiatrique se poursuivra dans la période postnatale.

4. Troubles psychotiques

Lorsqu'un suivi thérapeutique au long cours existe, l'alliance thérapeutique entre la parturiente et les soignants permet une préparation à la naissance et à la maternité, réduisant ainsi de nombreux risques. Une articulation entre les équipes d'obstétrique, de psychiatrie et de pédopsychiatrie est indispensable. Néanmoins, la patiente peut échapper aux soins du fait même de ses troubles qui l'amènent à se marginaliser.

Les neuroleptiques seront au mieux arrêtés, sinon leur posologie doit être adaptée à l'état clinique et au risque de décompensation psychique franche.

Une hospitalisation en psychiatrie est indiquée en cas de recrudescence de la symptomatologie pendant la grossesse.

L'éducation à la contraception à condition de la répéter assez régulièrement est indispensable mais peu pratiquée. L'usage de contraceptifs à longue durée d'action (implant...) peut être préconisé.

Les traitements par halopéridol (Haldol), chlorpromazine (Largactil) ou olanzapine (Zyprexa) sont les plus documentés et seront utilisés préférentiellement. En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance, l'utilisation de l'amisulpride (Solian) peut être envisagée.

5. Alcoolisme et toxicomanies

Toute femme enceinte doit être informée sur les risques de la prise de toxique pendant la grossesse. Les premiers contacts soignants avec une patiente toxicomane doivent avant tout privilégier l'alliance thérapeutique. Pour cela, toute culpabilisation, toute stigmatisation sont à éviter.

Le traitement de l'addiction maternelle implique d'évaluer les avantages du sevrage *versus* la substitution. L'existence de comorbidités psychiatriques doit amener à proposer des consultations spécialisées.

À la naissance, le bébé est surveillé sur le plan pédiatrique : l'hospitalisation a lieu au mieux en unité mère-bébé de la maternité, avec une prise en charge à la fois du bébé et de la mère, sinon en néonatalogie. La mise en place des interactions précoces mère-bébé nécessite d'être accompagnée. Un suivi par les services de la protection maternelle et infantile sera instauré en lien avec le secteur social afin d'aménager les conditions de vie.

Après l'accouchement

1. Blues du post-partum

Lors du blues du post-partum, il s'agit essentiellement de créer un climat affectif rassurant autour de la mère et de son bébé. Ainsi, on favorise la présence de l'entourage et tout particulièrement du père. L'équipe doit avoir une attitude de soutien des capacités maternelles, en évitant de la culpabiliser. L'hospitalisation en suites de couches doit pouvoir être prolongée si nécessaire ou si la patiente le demande.

2. Troubles anxieux

La prise en charge des troubles anxieux se fait en ambulatoire le plus souvent. Une hospitalisation est indiquée, au mieux en unité mère-bébé, en cas de complications dépressives et/ou suicidaires ou d'un retentissement important sur la relation mère-bébé. Des mesures hygiéno-diététiques sont préconisées. Le traitement psychothérapeutique se fait selon différentes modalités qui peuvent être associées : techniques de relaxation, psychothérapie de soutien, thérapie cognitivo-comportementale ou d'inspiration analytique. Le traitement chimiothérapeutique comprend un anxiolytique de type benzodiazépine : oxazépam (Seresta 10-50 mg/j) lors des crises d'angoisse aiguës, pour une durée limitée.

3. Dépression du post-partum

Il est primordial de repérer la dépression du post-partum le plus tôt possible. En cas de tableau sévère, de risque de suicide et/ou d'infanticide, une hospitalisation est indiquée, au mieux dans une unité mère-bébé. Celle-ci contient les symptômes de la mère, soutient la fonction maternelle et accompagne la mise en place du lien mère-bébé.

Néanmoins, dans certains cas, la mère devra être séparée de son bébé : en cas de défaillance maternelle grave, en cas de majoration des symptômes en présence du bébé ou en cas de danger immédiat pour ce dernier. Les contacts avec le bébé sont réinstaurés dès que possible et avec la médiation des soignants.

Le travail de psychothérapie se déploie selon deux axes : psychothérapie individuelle pour la mère et consultations thérapeutiques mère-bébé.

La chimiothérapie associe un anxiolytique et un antidépresseur de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine : sertraline (Zoloft 50-200 mg/j). Ce dernier est prescrit pendant plusieurs mois. Il est conseillé d'arrêter l'allaitement. L'électroconvulsivothérapie est indiquée en cas de risque majeur de suicide et d'infanticide, du fait de son efficacité rapide.

Le suivi ambulatoire est pluridisciplinaire, associant psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste et services de la protection maternelle et infantile.

4. Psychose du post-partum

La psychose du post-partum est une urgence thérapeutique. Il existe un risque majeur de suicide et d'infanticide. Il faut assurer la sécurité du bébé avant tout. La patiente doit être hospitalisée en urgence en milieu psychiatrique, en hospitalisation libre ou sur demande d'un tiers.



Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

CAS CLINIQUE

Mme J., 24 ans, est amenée à votre consultation d'urgence par son mari. Elle apparaît anxieuse et agitée. Mme J. a accouché d'une petite fille il y a 7 jours, c'est le premier enfant du couple. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problème. Le mari évoque toutefois que depuis quelques jours : « elle paraissait abattue, un peu perdue, que ça lui arrive parfois, que oui, peut être, elle est un peu changeante dans son humeur, mais que là, ça dépasse tout ce que j'ai déjà vu ! ».

Lorsque vous la rencontrez Mme J., elle a un débit verbal accéléré. Elle vous dit, exaltée : « Mon bébé n'est pas mon bébé, on l'a échangé à la maternité, j'ai eu un petit garçon, pas une fille ! Je sais bien ce que je dis enfin ! ». Elle s'interrompt puis reprend, en pleurant « ... Il est mort, il va mourir... On veut tuer mon bébé ! » Elle a arrêté de l'allaiter et ne lui donne pas le biberon de façon régulière ; elle ne connaît pas la date de ce jour et n'a pas une idée très précise de l'endroit où elle se trouve.

QUESTION 1

Quel est votre diagnostic ?

QUESTION 2

Décrivez la sémiologie de l'observation.

QUESTION 3

Quels sont les diagnostics différentiels ?

QUESTION 4

Quelle est votre attitude ?

QUESTION 5

Quels sont les principes du traitement immédiat ?

QUESTION 6

Quelles sont les évolutions possibles de ce trouble ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur

www.etudiants.larevuedupraticien.fr

OK

Le traitement chimiothérapeutique associe un antipsychotique de type olanzapine (Zyprexa 10-20 mg/j) et un anxiolytique de type benzodiazépine : oxazépam (Seresta 10-50 mg/j). L'allaitement est dès lors arrêté. L'électroconvulsivothérapie est indiquée dans les cas sévères avec risques de suicide ou d'infanticide importants. Elle nécessite néanmoins la prévention systématique d'une menace d'accouchement prématuré par tocolyse après 6 mois de grossesse. La mère et le bébé sont le plus souvent séparés. Le lien entre eux est rétabli au plus tôt. Le traitement psychothérapeutique concerne d'une part la mère et d'autre part le lien mère-bébé, en incluant le père si possible. Les soins ne s'arrêtent pas après l'hospitalisation, mais se poursuivent en ambulatoire : le suivi pluridisciplinaire conjugue soins à domicile et consultations, voire temps d'hôpital de jour. L'accompagnement et le soutien de la mise en place d'interactions précoces satisfaisantes pour les deux partenaires sont indispensables. Cela nécessite parfois une mesure judiciaire d'encadrement éducatif ou, en cas d'échec, de placement de l'enfant.

5. Épisode aigu de troubles évolutifs

Une décompensation aiguë de troubles psychiatriques chroniques nécessite une hospitalisation en psychiatrie, si possible en unité mère-bébé. Le traitement psychotrope est adapté en tenant compte d'un allaitement éventuel et du retentissement des effets secondaires sur la mise en place des premières interactions. Les consultations psychothérapeutiques individuelles se font en parallèle de consultations mère-bébé. Il s'agit de prévenir de pos-

sibles dysfonctionnements des interactions. Dans la suite de l'hospitalisation, les soins ambulatoires se font en réseau auprès de cette patiente et de son bébé. Un signalement administratif ou judiciaire convoque le juge des enfants autour de cette situation quand il existe un risque grave pour le bébé. •

E. Riquin, A.-S. Chocard, P. Descamps et P. Duverger déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.
K. Faure, M. Legras et P. Gillard n'ont pas fourni de déclaration de lien d'intérêts ».

POUR EN SAVOIR +

Hardy P, Letranchant A, Gressier F. Psychose du post-partum. Rev Prat 2015;65:232-4

Psychopathologie de la périnatalité. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Paris, Masson, collection « Les âges de la vie », 1999.

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. CNUP. Danion-Grilliat A, Sibertin-Blanc D, Moro M-R, Zimmermann M-A : www.univ-rouen.fr

Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour la pratique clinique, 2005 : www.has-sante.fr

Référentiel de psychiatrie. CNUP/AESP. Riquin E et al. Tours, Presses universitaires François-Rabelais, 67 (2014) 58-67.

Le lithium et la grossesse. Sutter-Dallay A-L. Annales médico-psychologiques 172 (2014) 229-33.

Centre de référence sur les agents tératogènes. www.lecrat.org

