

Troubles psychiques liés à la puerpéralité

I. Introduction :

Le déroulement d'une grossesse et la naissance d'un enfant s'accompagnent chez toute femme de modifications affectives qui prennent leur origine dans les bouleversements corporels et les remaniements psychologiques inhérents à la puerpéralité, beaucoup de facteurs peuvent compromettre l'accession à une maternité réussie : facteurs liés au terrain biologique, à l'histoire individuelle et à l'organisation de la personnalité et des facteurs situationnels tenant aux relations de la femme à son environnement conjoint, famille, milieu social et culturel.

II. Epidémiologie :

Les hospitalisations psychiatriques au cours de la puerpéralité varient de 1% à 2% d'accouchements, surtout au cours des 02 premiers mois d'accouchements.

III. Pendant la grossesse :

La grossesse s'accompagne souvent de modifications psychologiques et comportementales mineures : labilité émotionnelle, périodes dysphoriques, moments d'apathie ou d'irritabilité, perturbations des conduites alimentaires à type d'envie ou de boulimie.

L'anxiété est surtout au 1^{er} trimestre (craintes envers le bébé, peur qu'il meurt ou qu'il naisse mal formé et sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.)

L'anxiété a tendance à diminuer au cours du 2^{ème} trimestre dans les semaines précédant l'accouchement l'anxiété et les troubles du sommeil sont fréquents.

Parmi les troubles psychologiques on note :

- ✓ **Vomissements et nausées** : surviennent au 1^{er} trimestre, dans 4 grossesses sur 1000 les vomissements deviennent graves entraînent un état de dénutrition ou une psychopolynévrinite carencielle type Wernicke Korsakoff.
- ✓ Certaines **hypertensions de la grossesse** : les états anxio-dépressifs seraient fréquents chez ces femmes dont la surveillance psychologique devrait accompagner la surveillance somatique.
- ✓ **Des manifestations dépressives** : (10% de grossesse) crises de larmes, asthénies, sensation d'incapacité et de dépréciation, quête affective et plaintes somatiques variées

L'état dépressif du premier trimestre peut être l'aggravation d'un état anxieux préexistant ou constitue la première manifestation pathologique chez une femme jusque là équilibrée.

On a trouvé une corrélation positive entre la survenue d'une dépression gravidique et le jeune âge de la gestante inférieur à 20 ans, l'ambivalence vis-à-vis de la grossesse, absence du couple stable, isolement affectif, situation matérielle difficile.

- ✓ **La dépression mélancolique** : (rare) survient en générale dans la 2ème moitié de la grossesse, à proximité du terme, elle prend une allure confusionnelle et délirante, peut se poursuivre lors des premières semaines du post-partum.

La grossesse semble jouer un rôle protecteur vis-à-vis des états psychiatriques moyens.

Les psychoses gravidiques seraient 5 fois moins fréquents que les psychoses du post-partum.

Les accès mélancoliques sont rares, les accès maniaques sont exceptionnels.

On observe peu de poussées schizophréniques, la gestation entraîne une rémission des troubles psychotiques.

Il faut se méfier des rechutes aiguës après l'accouchement.

Il faut signaler les résurgences anxio-délirantes sous l'effet des bêtamimétiques (salbutamol).

Un accouchement dramatique où la femme s'est sentie en danger de mort et/ou a donné naissance à un enfant mort ou handicapé point de départ d'un PTSD. (À l'occasion d'une nouvelle grossesse les symptômes traumatiques se réveillent vers le 7ème mois (anxiété, dysphorie, cauchemars, phobie d'endormissement, le risque de récurrence d'accident obstétrical est élevé.

IV. Le post partum blues :

Quelques jours après la délivrance apparaissent chez environ la moitié des accouchées (30 à 80%) des manifestations neuropsychiques mineures

« Post partum blues » « maternity blues » « syndrome du 3ème jour »

Le « post partum blues » comporte : asthénie, plaintes somatiques, crises de larmes itératives ou prolongées, des ruminations pessimistes ayant trait au nouveau né avec « craintes de ne pas savoir s'en occuper » ou « d'être débordée »

L'humeur est instable passe de la dysphorie anxieuse à la jubilation intense, difficultés de concentration, troubles mnésiques. Quelques difficultés dans les débuts de l'allaitement renforcent son sentiment d'incapacité et la plonge dans le désarroi.

Contemporain de la montée laiteuse « le post partum blues » est attribué au bouleversement hormonal des suites de couches.

La déflation brutale en œstrogènes et progestérones dans les 1ers jours entraîne une déstabilisation du métabolisme neuronal.

V. Psychoses du post-partum :

L'école française parle de « psychose puerpurale » qui présente les caractéristiques suivantes :

- Début dans les premières semaines du post-partum
 - Clinique d'une bouffée délirante polymorphe avec éléments confusionnels et thymiques (délire centré sur la négation du mariage, de la maternité)
 - Symptomatologie changeante
 - Evolution fluctuante
 - Pronostic favorable
- Un geste infanticide et / ou suicidaire est toujours possible.

D'autres tableaux peuvent se voir :

- Accès maniaque : se caractérise par :
 - Début brutal
 - Apparition précoce (2 semaines qui suivent l'accouchement)
 - L'intensité de l'agitation et de la désorganisation psychotique
 - La fréquence des productions hallucinatoires et délirantes (idée de toute puissance, de mission divine, thèmes érotomaniaques ou persécutifs).
- Les états mixtes sont fréquents
- Accès dépressif majeur :
 - Début précoce
 - Allure stuporeuse, confusionnelle ou mixte
 - La plupart ont une allure de mélancolies délirantes (sur le nourrisson) avec risque de raptus suicidaire et /ou infanticide
 - Parfois tableau d'allure hypocondriaque avec asthénie intense, insomnie, amaigrissement, épuisement physique et intellectuel, plaintes somatiques variées, des manifestations d'allure névrotique.
 - Phobies d'impulsion ou ruminations obsédantes.
- Etats schizophréniques :
 - Parfois la puerpéralité paraît avoir précipité l'affection chez les femmes de personnalité rigide et schizoïde jusque la bien adaptée.
 - 10 à 15 % des psychoses du post-partum peuvent évoluer vers une schizophrénie.

VI. Dépression mineure du post-partum :

- Etat dépressif mineur qui survient dans l'année qui suit l'accouchement.
- La prévalence est de 10 à 20 %.
- Age < 20 ans ou primipare au-delà de 30 ans.

- Difficultés familiales majeures dans l'enfance de la mère et les séparations précoces avec les parents.
- Troubles psychiatriques préexistants à la grossesse.
- Troubles psychologiques au cours de la grossesse.
- L'attitude négative vis-à-vis de la grossesse (grossesse non désirée).
- Tensions affectives et isolement.
- Sévérité du post-partum blues.
- Événements défavorables vécus pendant le temps de la puerpéralité .

La dépression de la mère retentit sur l'enfant peut entraîner des comportements de maltraitance graves.

VII. Dépression du post-abortum :

- Les avortements spontanés sont suivis dans les 2/3 des cas d'une réaction dépressive (déception, regret, sentiment douloureux de perte) d'une durée inférieure à une semaine.
- Dans les interruptions volontaires de grossesse : on constate dans 5 à 10 % des cas un « bref post-abortum blues » marqué par l'asthénie, tristesse, regrets, crises de larmes, hostilité vis-à-vis du partenaire.
- Avortements thérapeutiques exceptionnels.

Les psychoses et les dépressions majeures du post-abortum sont plus rares que les psychoses du post-partum probablement parce que les bouleversements neuro-hormonaux sont moindres.

VIII. Traitement :

- Psychothérapie de soutien.
- Thérapie du couple.
- Thérapie familiale.
- Antidépresseurs dans les dépressions graves.
- Prise en charge de la relation mère-enfant.
- Psychotropes en fonction de la clinique.
- Sismothérapie parfois plus efficace que la chimiothérapie.
- A titre préventif : méthodes de préparation à l'accouchement (groupe de discussion ou d'information collective).