LES PSYCHOSES DU POST-PARTUM

I - INTRODUCTION

La grossesse et la 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.

II - CLINIQUE

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

1. Les états psychotiques aigus confuso-délirant

Ils sont en général à début brutal, dans les trois premières semaines après l'accouchement avec un pic de fréquence au 10^e jour.

□ la **phase prodromique est brève** et associe pleurs, plaintes somatiques (hypochondriaques), asthénie, rumination anxieuse, agitation nocturne et insomnie progressive.

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.

A ces symptômes s'ajoute un désintérêt croissant pour l'enfant et un rejet progressif du contact physique avec celui-ci.

□ à la **phase d'état, le tableau est polymorphe**, correspondant à l'explosion délirante avec illusions perceptives, hallucinations auditives et visuelles associées à des moments de perturbation de la conscience (confusion). Le délire est mal structuré, avec recrudescence vespérale et fluctuant dans son intensité et dans son expression. Il est généralement persécutoire et terrifiant.

Si la symptomatologie psychiatrique n'est en rien spécifique par rapport à celle d'une bouffée délirante aiguë, les **thèmes délirants centrés sur la relation de la mère à son enfant et/ou sur le conjoint** : thèmes mystiques ou mégalomaniacs, 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... La patiente est en proie à des 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.

L'évolution de ces états confuso-délirants se fait dans la majorité des cas de façon favorable et sans séquelle en quelques semaines à quelques mois.

Mais ils peuvent parfois représenter un 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. Les états schizophréniques

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.

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

III - Les facteurs de risque des troubles psychiques 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.

IV - 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.

4.2 – Les bébés et leurs mères présentant une psychose chronique de type schizophrénique

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 les besoins ni plus tard les désirs de celui-ci et où elle ne se le représente pas séparé d'elle. Cela ne l'empêche pas d'aimer son enfant et de le dire.

V - CONDUITES THÉRAPEUTIQUES

Elles sont centrées sur la mère d'une part et sur les relations mère–enfant d'autre part, voire même sur les relations père – mère – bébé.

Elles ont pour but de soigner la pathologie maternelle et d'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.

5.1 Les conduites thérapeutiques durant la grossesse

Elles sont dans la plupart des cas de type ambulatoire et peuvent nécessiter un double axe psychothérapeutique et/ou chimiothérapeutique.

5.1.1.- « Ecouter les femmes enceintes »

5.1.2.- Les 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 propres sur la mère et l'enfant.

Les connaissances sur les risques potentiels des psychotropes sont incomplètes.

Il est fortement souhaitable de ne pas prescrire de psychotropes à une femme enceinte au cours du premier trimestre

5.2 – les conduites thérapeutiques dans le post-partum :

- prise en charge ambulatoire dans le cadre de consultations mère – bébé.
- hospitalisation conjointe en unité mère-nourrisson essentiellement préconisée dans les décompensations psychotiques aiguës, les dépressions graves et les décompensations psychotiques chroniques.

5.2 1. - Les traitements médicamenteux

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,
- mais aussi 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 prescription de neuroleptiques et d'antidépresseurs

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.

5.2 2.- Le travail psychothérapeutique

5.2 3.- 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. 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.

VI - Evolution

L'évolution (sous traitement) est variable :

Dans 70% des cas, on assiste à une guérison définitive en quelques semaines ou mois.

Dans 20 à 30 % des cas, des rechutes surviennent 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 montrent que le quart d'entre elles a présenté le premier accident thymique en période de post-partum).

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 6.- Les soins en réseaux

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

De nos jours, on parle de plus en plus de l'intérêt de réseaux de soins qui permettent à des équipes médicales et / ou médicosociales d'intervenir auprès d'une mère et de son bébé à des temps particuliers.