

## Post-partum

# Les troubles psychiatriques du *post-partum*

**RÉSUMÉ :** Les troubles psychiatriques du *post-partum* sont des décompensations psychiques liées au processus du devenir parent et spécifiques de la première année postnatale. Très fréquents, ils touchent 20 % des jeunes parents. Nous décrivons les troubles de l'humeur, du *baby-blues* à la dépression plus ou moins sévère, jusqu'à l'état mixte ou la manie délirante, mais aussi les troubles anxieux et post-traumatiques. Ils ont en commun leurs facteurs de risque : vulnérabilité psychiatrique antérieure, précarité psychosociale et facteurs obstétricaux (grossesse ou accouchement compliqués). Leur principale complication évolutive concerne l'enfant car ces troubles parentaux peuvent affecter les interactions parents-bébé et influencer de manière néfaste sur tous les domaines de son développement. Savoir les reconnaître, les rechercher et les prendre en charge constitue donc un enjeu majeur en périnatalité.



**L. FRANCHITTO**

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), Hôpital la Grave, TOULOUSE.

Classiquement, les troubles psychiatriques du *post-partum* comptent trois catégories diagnostiques : *baby-blues*, dépression et psychose puerpérale, se définissant pour la CIM-10 et le DSM-5 par une décompensation psychique survenant dans les 4 à 6 semaines du *post-partum*. À l'heure actuelle, les psychiatres et pédopsychiatres en périnatalité ont une vision plus large de ces troubles. Il existerait plutôt un *continuum* entre la grossesse et le *post-partum* et entre le normal et le pathologique dans les bouleversements psychiques induits par la parentalité : du *baby-blues* à la dépression plus ou moins grave et délirante, en passant par les troubles anxieux et traumatiques [1]. De plus, on considère pour leur délai de survenue l'ensemble de la première année postnatale en raison des conséquences possibles sur le bébé, dont la vulnérabilité au niveau neuro-développemental et psycho-affectif est maximale durant cette période [2].

Il faut également différencier les troubles spécifiques de la parentalité survenant

chez une femme ou un homme sans antécédents de ceux survenant en périnatalité chez une patiente avec une pathologie psychiatrique chronique connue et/ou un trouble addictif. Ces situations, que nous n'aborderons pas ici, posent des problèmes spécifiques d'accompagnement, de traitement médicamenteux avec la grossesse et l'allaitement, et de protection de l'enfance.

Enfin, notre propos n'exclura pas les troubles psychiques paternels, qui sont étroitement interdépendants avec les troubles maternels, avec des effets négatifs qui se potentialisent sur l'équilibre familial et le développement de l'enfant [3].

### Facteurs de risque de troubles psychiques périnataux

Ils sont à rechercher dès le début de la grossesse grâce à la réalisation de l'entretien prénatal précoce et tout au long du suivi périnatal. Leur présence indique un suivi pluridisciplinaire médico-psycho-social et la proposition rapide

## I Post-partum

du soutien par la PMI. Ils peuvent être classés en trois grandes catégories [1] :

– psychopathologiques : antécédents de vulnérabilité psychique individuelle (maladie psychiatrique chronique, troubles anxio-dépressifs préexistants, troubles de la personnalité *borderline*, troubles du comportement alimentaire, addictions...) ou familiale ;

– gynécologiques et obstétricaux : antécédent de perte fœtale, grossesse non désirée, grossesse pathologique, déni de grossesse, vomissements incoercibles, diagnostic anténatal de malformation, prématurité, accouchement traumatique, césarienne en urgence, hospitalisation du bébé en réanimation néonatale... ;

– environnementaux : jeune âge maternel ou grossesse tardive, femme isolée, conflits et violences conjugales, manque de support social et familial, précarité, contexte de migration, difficultés socio-économiques, deuil d'un proche, antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance.

### ■ Baby-blues

Le *baby-blues* n'est pas considéré comme un trouble mais comme une variante de la normale, réaction émotionnelle adaptative à l'arrivée d'un enfant. Il touche entre 50 et 80 % des accouchées et se caractérise par une labilité émotionnelle et des émotions contrastées. Il survient entre 2 et 5 jours après la naissance et dure moins d'une semaine. Il s'explique par l'intensité des bouleversements physiques, émotionnels et hormonaux au décours de l'accouchement et par la prise de conscience de la réalité du bébé avec la responsabilité parentale qui en découle. La jeune mère exprime des doutes bien légitimes concernant sa capacité à s'occuper de son enfant, mais ils n'inhibent pas les soins au bébé ni l'envie de les prodiguer. Ils cohabitent avec une sensibilité exacerbée et une préoccupation parentale intense, indispensables au nouveau-né [4].

Le seul traitement du *baby-blues* réside dans la bienveillance et la qualité humaine des soins en suites de couche ainsi que dans la justesse des conseils prodigués aux jeunes parents qui doivent être non jugeants, adaptés à chaque famille et dans le respect des différences individuelles et culturelles. Cependant, les *baby-blues* sévères, c'est-à-dire intenses, prolongés ou avec hypomanie (excitation, troubles du sommeil) doivent amener à proposer une consultation psychologique du fait de leur risque évolutif vers un trouble de l'humeur.

### ■ Vécu traumatique de l'accouchement et syndromes de stress traumatiques

Le PTSD (*Post-traumatic stress disorder*) est rare après un accouchement, 1 % des cas environ [5]. Son diagnostic est précis et compte 4 critères selon le DSM-5 : évitement, reviviscences, troubles cognitifs et de l'humeur, hyperréactivité. Il fait suite à un événement traumatique d'intensité sévère, menaçant l'intégrité de la personne, avec un intervalle libre de 1 mois.

Le stress aigu, lui, survient dans les heures suivant le traumatisme et se caractérise par un état de choc émotionnel, d'hébétude, avec ruminations anxieuses et reviviscence de l'événement, parfois un sentiment de rêve éveillé. Il cède le plus souvent en quelques jours mais peut, dans de rares cas, évoluer vers un état psychotique bref du *post-partum* : il faut surveiller son évolution, les tableaux intenses nécessitant une consultation spécialisée et un traitement anxiolytique ponctuel par benzodiazépines. L'oxazépam, à demi-vie très courte, est le seul toléré en cas d'allaitement [6], sous surveillance pédiatrique (**tableau I**).

Le vécu traumatique de l'accouchement est, lui, très fréquent : 20 % des parturientes [7]. Il constitue un tableau clinique plus incomplet que le PTSD et n'est pas en lien avec la réalité médicale de l'accouchement, qui a pu être dystocique ou non. C'est un ressenti de la patiente.

Ces trois syndromes prédisposent tous aux troubles anxio-dépressifs post-nataux, aux troubles de la relation mère-bébé et, dans le couple, aux troubles

Classes thérapeutiques	Indications	Médicaments autorisés	Conditions
Benzodiazépines	Anxiété sans désorganisation Stress aigu traumatique Insomnie rebelle postnatale	Oxazépam	Utilisation ponctuelle À distance de la tétée suivante Durée de quelques jours maximum
Neuroleptiques classiques	Anxiété et insomnie massives Délire et agitation	Chlorpromazine Halopéridol	La dose doit rester modérée Surveillance du risque de troubles extrapyramidaux du bébé
Neuroleptiques atypiques (antipsychotiques)	État délirant du <i>post-partum</i> Manie ou état mixte	Olanzapine	L'allaitement ne peut être maintenu que si le lien mère-enfant n'est pas dangereux
Antidépresseurs sérotoninergiques	Troubles anxieux sévères Épisodes dépressifs sévères	Sertraline Paroxétine	La psychothérapie parents-bébé reste indispensable

Tableau I : Psychotropes compatibles avec l'allaitement maternel : indications et précautions.

de la sexualité. Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière en suites de couche, avec une reprise des événements de l'accouchement par l'obstétricien référent, ainsi que d'une vigilance lors de la consultation postnatale. La bonne attitude est l'écoute bienveillante et la validation du vécu émotionnel de la patiente quelle que soit la réalité obstétricale. Les explications techniques sont à donner de manière compréhensible, si le couple les demande. Une consultation psychologique peut être proposée mais uniquement après cette phase d'écoute. Une consultation psychiatrique est indiquée en cas de PTSD ou de symptômes dépressifs présents à la consultation postnatale.

### Troubles anxieux du post-partum

Troubles obsessionnels compulsifs et trouble d'anxiété généralisée ne sont pas différents après un accouchement mais peuvent flamber en période périnatale [1, 8] et posent des questions thérapeutiques du fait de l'allaitement. Le traitement de fond de ces troubles étant constitué d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, on privilégiera la paroxétine et la sertraline qui sont compatibles car elles passent très peu dans le lait maternel (**tableau 1**) [6].

Moins caractérisée et à tort banalisée, l'anxiété parentale touche environ 15 % des jeunes parents [8]. Elle peut être envahissante et entraver les interactions précoces (angoisses concernant l'enfant : de mort, de séparation, hypocondriaques). Les bébés, soumis à des stimulations excessives par ces parents en hypervigilance, peuvent développer des troubles psychosomatiques, une irritabilité, des troubles du sommeil ou de l'alimentation, qui à leur tour aggravent l'anxiété parentale.

Les phobies d'impulsion concernant le bébé sont un symptôme spécifique de cette période et pathognomonique des troubles anxio-dépressifs parentaux. Il

s'agit de la peur panique de faire du mal à son bébé. Elles doivent être recherchées activement lors des consultations, nommées et expliquées à la patiente, puis évaluées en psychiatrie périnatale afin de les différencier d'un risque impulsif réel de maltraitance et de proposer une prise en charge adaptée.

Le traitement de première intention de l'anxiété parentale est la psychothérapie mère-père-bébé et le soutien par la PMI. Mais le fait de l'aborder en consultation par le praticien de première ligne, sans la stigmatiser ni la banaliser, est déjà thérapeutique pour les parents.

### Dépression postnatale

On la définit dans les classifications internationales comme un "épisode dépressif caractérisé" débutant dans les 4 ou

## POINTS FORTS

- Les troubles psychiatriques du *post-partum* touchent 20 % des jeunes parents et sont en grande majorité des troubles de l'humeur, favorisés par une vie difficile, une vulnérabilité psychosociale, des complications de la grossesse ou de l'accouchement.
- L'insomnie maternelle en suites de couche se recherche par l'impossibilité de se rendormir après les réveils dus au bébé. Elle doit absolument être traitée si elle excède 48 heures, car elle signe un risque de décompensation grave du *post-partum*, dont elle est à la fois le premier symptôme et le plus grand facteur de risque.
- Les traitements psychotropes compatibles avec l'allaitement le plus souvent utilisés sont la sertraline, la paroxétine, l'oxazépam, la chlorpromazine et l'olanzapine. Ils nécessitent une surveillance pédiatrique du bébé et un accord des deux parents.
- Les troubles délirants du *post-partum* exposent au risque d'infanticide. Une instabilité psychomotrice, une agitation, un délire de persécution et un délire centré sur le bébé sont des critères de dangerosité absolus qui nécessitent une séparation en urgence.
- Les risques d'un trouble psychiatrique parental périnatal peuvent être sévères sur les interactions parents-bébé et sur le développement de l'enfant jusqu'à l'âge adulte. Ils indiquent prévention, dépistage précoce et approche pluridisciplinaire.

6 semaines du *post-partum*, avec un cortège précis de symptômes : humeur triste, perte d'envie et de plaisir, réduction des activités, asthénie, troubles cognitifs, et une modification du rythme nyctéméral, du sommeil, de l'appétit et de la libido, pendant plus de 15 jours. Mais cette définition n'est pas spécifique des particularités de la période périnatale ni des risques pour le développement de l'enfant.

Les psychiatres en périnatalité s'accordent à définir des signes spécifiques de dépression postnatale : sentiment d'incompétence maternelle (ou paternelle), humeur plus labile que triste, anxiété maximale le soir, fatigue intense avec des difficultés à se rendormir la nuit après les tétées, irritabilité importante exercée vis-à-vis du conjoint et des autres enfants, absence de plaisir dans les soins de pouponnage, phobies d'impulsion. L'échelle de dépistage la plus couramment utilisée

## I Post-partum

est l'EPDS (échelle postnatale d'Edinbourg) (**tableau II**) [9, 10], avec une prévalence dans les méta-analyses de 13 % chez les mères [1, 10] et de 7 % chez les pères, mais atteignant jusqu'à 25-50 % des pères en cas de dépression maternelle, avec des effets cumulatifs chez le bébé [3].

Le dépistage précoce est essentiel par les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes lors des consultations postnatales et même dès la grossesse, car cette pathologie culpabilisante est

souvent masquée chez les jeunes parents et commence pendant la grossesse dans 1/3 des cas [1]. Il faut poser la question de manière ouverte et systématique, et repérer les points d'appel que sont les troubles du "rendormissement", les plaintes somatiques répétées, le manque d'entrain et de plaisir, le sentiment d'avoir un bébé difficile.

Le traitement repose avant tout sur le repos et le soutien aux parents par la mobilisation de la famille et du sec-

teur médico-social (PMI, assistantes sociales, sages-femmes libérales, lieux d'accueil parents-enfants, mode de garde à temps partiel). Une psychothérapie parents-bébé est recommandée en première intention [1] et les formes plus sévères nécessitent un traitement antidépresseur compatible avec l'allaitement (**tableau I**) [6]. Dans les cas les plus graves, une hospitalisation conjointe mère-bébé en unité spécialisée peut être indiquée, en prenant garde à ne pas exclure le père. Le risque suicidaire existe et doit être prévenu.

Une évaluation et un suivi des interactions et du développement du bébé sont indispensables car le traitement de la dépression seule ne protège pas la relation au bébé [11]. Les interactions peuvent être carencielles dans les cas les plus graves, mais sont plus souvent altérées de manière qualitative : manque d'ajustement et de souplesse dans la relation, pauvreté des échanges affectifs, de la parole, des sourires et des regards au bébé.

### Troubles délirants aigus du post-partum (ancienne "psychose puerpérale")

Leur prévalence est de 2 à 3/1000 [12]. Dans la majorité des cas, il s'agit de troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, épisodes inauguraux d'une maladie bipolaire : dépressions sévères ou, au contraire, états maniaques (agitation psychomotrice, euphorie et/ou agressivité, insomnie, mégalomanie) ou états mixtes (mélange de symptômes dépressifs et maniaques). Parfois, il s'agit d'un épisode psychotique bref, autrefois nommé "bouffée délirante aiguë".

Dans les deux cas, le délire survient quelques jours voire quelques semaines après l'accouchement, avec un pic à J10, après une phase prodromique caractérisée par une insomnie, des angoisses paroxysmiques massives et des idées obsédantes concernant en général l'accouchement

#### Je viens d'avoir un bébé. Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

##### 1- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

- Aussi souvent que d'habitude.
- Pas tout à fait autant.
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci.
- Absolument pas.

##### 2- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

- Autant que d'habitude.
- Plutôt moins que d'habitude.
- Vraiment moins que d'habitude.
- Pratiquement pas.

##### 3- Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal :

- Non, pas du tout.
- Presque jamais.
- Oui, parfois.
- Oui, très souvent.

##### 4- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :

- Non, pas du tout.
- Presque jamais.
- Oui, parfois.
- Oui, très souvent.

##### 5- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :

- Oui, vraiment souvent.
- Oui, parfois.
- Non, pas très souvent.
- Non, pas du tout.

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0. Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3. Un score supérieur ou égal à 11 est fortement évocateur d'une dépression postnatale et nécessite une consultation spécialisée.

##### 6- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.

##### 7- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, parfois.
- Pas très souvent.
- Non, pas du tout.

##### 8- Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, très souvent.
- Pas très souvent.
- Non, pas du tout.

##### 9- Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, très souvent.
- Seulement de temps en temps.
- Non, jamais.

##### 10- Il m'est arrivé de penser à me faire mal :

- Oui, très souvent.
- Parfois.
- Presque jamais.
- Jamais.

Tableau II : EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, traduite par Guedeney, 1998).

et/ou le bébé. Une confusion est toujours présente et doit faire éliminer une complication somatique (thrombophlébite cérébrale, infection, troubles hydroélectrolytiques, intoxication ou sevrage). Une instabilité psychomotrice avec imprévisibilité, un délire centré sur le bébé, un sentiment de persécution ou de fin du monde imminente sont des critères de dangerosité et doivent amener à protéger en urgence le bébé d'un risque infanticide.

Le traitement repose sur une hospitalisation avec le bébé si les conditions de sécurité le permettent ou sans lui dans le cas contraire, avec ou sans le consentement de la patiente en cas de dangerosité. On privilégie les antipsychotiques ayant l'AMM dans les troubles de l'humeur (olanzapine) mais il faut, dès la phase prodromique et de manière préventive, aider au sommeil voire sédativer les parturientes insomniaques en suites de couche. On utilisera pour ce faire des neuroleptiques plus classiques (chlorpromazine, halopéridol) ou des benzodiazépines compatibles avec l'allaitement (**tableau I**) [6] ou en jetant le lait de manière très ponctuelle.

Il est indispensable d'évaluer la capacité du père et de la famille à prendre le relai pour les soins au bébé, et de solliciter la cellule compétente du conseil départemental pour leur proposer soutien et aide, voire un accueil provisoire de l'enfant. L'information et les soins coordonnés du pédiatre, du pédopsychiatre et/ou psychologue de périnatalité et de la PMI permettront la plupart du temps de réintroduire les contacts mère-bébé rapidement, avec une évolution favorable des interactions et pour l'enfant. La guérison de l'épisode survient en quelques jours à quelques semaines. Le traitement psychiatrique de la mère devra, en revanche, être poursuivi plusieurs mois pour limiter les rechutes et améliorer le pronostic évolutif.

Une prévention est essentielle lors des accouchements ultérieurs du fait d'un risque très élevé de rechutes (25 à 50 % des cas) surtout en cas de diagnostic

de trouble bipolaire [13]. Au CHU de Toulouse, on propose après concertation pluridisciplinaire une hospitalisation mère-bébé prolongée de 10-15 jours en suites de couche en présence d'un accompagnant familial de confiance et avec passages quotidiens de l'équipe de périnatalité. On discute une réintroduction du traitement antipsychotique en systématique à J1 ou au moindre symptôme. On essaye ainsi d'éviter la répétition d'une séparation mère-enfant et du traumatisme d'une hospitalisation en psychiatrie, mais l'alliance thérapeutique et familiale doit être excellente.

### Conséquences possibles de ces troubles sur la parentalité et sur l'enfant

Les troubles psychiatriques du *post-partum* sont induits par le processus même du devenir parent et sont le principal facteur de risque des troubles des interactions parents-bébé, qui eux-mêmes prédisposent à des troubles psychosomatiques du bébé, de l'attachement, et dans les différents domaines du développement de l'enfant. On retrouve dans la littérature des différences significatives dans le développement de ces enfants jusqu'à l'adolescence dans les domaines cognitifs, de la régulation émotionnelle, des troubles dépressifs et du comportement [14]. Mais, contrairement à d'autres facteurs congénitaux, les troubles psychiatriques postnatals sont accessibles à des soins et à des traitements efficaces. L'enjeu de santé publique est donc majeur, en faveur d'un dépistage plus précoce ainsi que d'un adressage plus rapide et ciblé vers les psychologues et psychiatres de périnatalité. Le but est de permettre un soin rapide et de prévenir les troubles graves des interactions avec le bébé.

### Conclusion

Les troubles psychiatriques du *post-partum* ont en commun leurs facteurs de risque et leur origine psychopathologique

dans le processus même de la parentalité. Ils comptent parmi les complications les plus fréquentes du *post-partum* et sont encore banalisés, voire ignorés, malgré les risques importants concernant la relation au bébé et la santé de ce dernier.

Les obstétriciens et sages-femmes sont en première ligne pour en dépister les facteurs de risque et les symptômes précoces lors de leurs consultations et en maternité. Bien connaître ces troubles, les rechercher systématiquement et sans jugement, réaliser un entretien prénatal précoce et être en capacité d'activer un réseau pluridisciplinaire de confiance détermineront l'accès à une prévention et à des soins psychiques pour ces familles à risque, encore actuellement très insuffisant même en France, en particulier pour les plus vulnérables [15].

### BIBLIOGRAPHIE

1. HOWARD LM, MOLYNEAUX E, DENNIS CL *et al.* Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 2014;384:1775-1788.
2. O'CONNOR TG, MONK C, BURKE AS. Maternal Affective Illness in the Perinatal Period and Child Development: Findings on Developmental Timing, Mechanisms, and Intervention. *Curr Psychiatry Rep*, 2016;18:24.
3. GOODMAN JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*, 2004;45:26-35.
4. WINNICOTT DW. La préoccupation maternelle primaire. 1956, Dans « De la pédiatrie à la psychanalyse ». Payot, 1969, Paris
5. ALCORN KL, O'DONOVAN A, PATRICK JC *et al.* A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from child-birth events. *Psychol Med*, 2010;40:1849-1859.
6. BASCOUL C, FRANCHITTO L, PARANT O *et al.* Psychotropes pendant la grossesse et l'allaitement : mise au point pratique. *Presse Med*, 2015;44:271-283.
7. SORENSON DS, TSCHETTER L. Prevalence of negative birth perception among postpartum women. *Perspect Psychiatr Care*, 2010;46:14-25.

## Post-partum

8. DENNIS CL, FALAH-HASSANI K, SHIRI R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 2017;210:315-323.
9. COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. Detection of postnatal depression Development of the 10-items Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 1987;150:782-786.
10. GUEDENEY N, FERMANIAN J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*, 1998;13:83-89.
11. FORMAN DR, O'HARA MW, STUART S *et al.* Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol*, 2007;19:585-602.
12. BERGINK V, RASGON N, WISNER KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry*, 2016;173:1179-1188.
13. WESSELOO R, KAMPERMAN AM, MUNK-OLSEN T *et al.* Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 2016;173:117-127.
14. STEIN A, PEARSON RM, GOODMAN SH. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 2014;384:1800-1819.
15. BARANDON S, BALÈS M, MELCHIOR M *et al.* Early prenatal interview and antenatal education for childbirth and parenthood: Associated psychosocial and obstetric characteristics in women of the ELFE cohort. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2016;45:599-607.

---

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.