

Quand tout bascule:

Les troubles psychiques de la grossesse et du post partum

Dr Camille Rébillard , PH psychiatre/pédopsychiatre

Laura, co thérapeute

1. MOUVEMENTS PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU PP

De la préoccupation maternelle primaire au post partum blues



- **Maternité** (Racamier 1961): « *l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité* »
- renvoie à la rêverie maternelle, au désir d'enfant, aux transformations corporelles, au changement de statut social et à la réactivation des conflits infantiles chez la femme.
- véritable « crise d'identité »

Côté maternel: « c'est la crise »

- Désir d'enfant
- L'enfant imaginaire: super héros? Tout accomplir et tout réparer
- « Crise maturative »: transformation en mère, vulnérabilité+++ , recours aux référents/ identification
- Laisser une place au père/coparent...

Côté paternel: « c'est compliqué »

- Le désir peut être dénié: désir de la compagne
- Identification féminine: « la couvade »
- Grossesse et accouchement à la limite du représentable
- La naissance: fantasmes et douleurs s'estompent-> le nouvel enfant a conquis une place et une identité



Les mouvements psychiques

- Anténatal:
 - **Transparence psychique** (Monique Bydlowski)
 - **Préoccupation maternelle primaire** (Donald Woods Winnicott)



Transparence psychique

- **Monique Bydlowski:**

« abaissement des résistances habituelles de la future mère face au refoulé inconscient, également marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles » (concept d'objet interne).

- observé à partir de la seconde moitié de la grossesse.
- thématiques narcissiques autocentrées et inaccessibles pour la plupart des femmes en dehors de cette période.



Préoccupation maternelle primaire



- **Winnicott**: période durant laquelle la mère se montre spécialement capable de s'adapter aux tous premiers besoins du nouveau-né avec délicatesse et sensibilité (Winnicott, 1975).
- La mère serait en capacité de repérer, décoder et interpréter les différents signaux que lui enverrait son bébé avec une efficacité extrême
- débute qq semaines avant l'accouchement et se poursuit durant qq semaines après la naissance

Les mouvements psychiques

- Anténatal:

- **Transparence psychique** (Monique Bydlowski)
- **Préoccupation maternelle primaire** (Donald Woods Winnicott)



- Postnatal:

- **Préoccupation maternelle primaire**
- **Baby blues**



Après la naissance...

- Projections sur l'enfants des parts de l'histoire personnelle maternelle/paternelle: processus de filiation
- Renoncer à sa position d'enfant, ne plus idéaliser ses propres parents -> « catégorie des vieux »
- Nécessité de faire le « deuil développemental » (Palasio-Espasa, 1998) = renoncer à sa position d'enfant

Sinon:

- **hyper-idéalisation** de ses propres parents= « je ne suis pas à la hauteur »
- Le **bébé persécuteur**= « j'ai moi-même été un bébé difficile »

Post-partum blues



- Concerne 30 à 80% des accouchées
- Entre le 2^{ème} et 5^{ème} jour (pic du 3^{ème} jour: montée de lait), durée: 4 à 7js
- Tableau clinique: anxiété, pleurs, labilité émotionnelle, tbl sommeil, asthénie, plaintes fonctionnelles

Post-partum blues



- Prise en charge:
réassurance +++,
travail avec le conjoint...
- N'est pas pathologique
mais à surveiller !!!

2. UNE MATERNALITÉ ENTRAVÉE:

TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE LA GROSSESSE ET DU PP



Les troubles psychiques

Décompensation trouble
psychiatrique connu

Accouchement

Anténatal

Postnatal

Anxiété

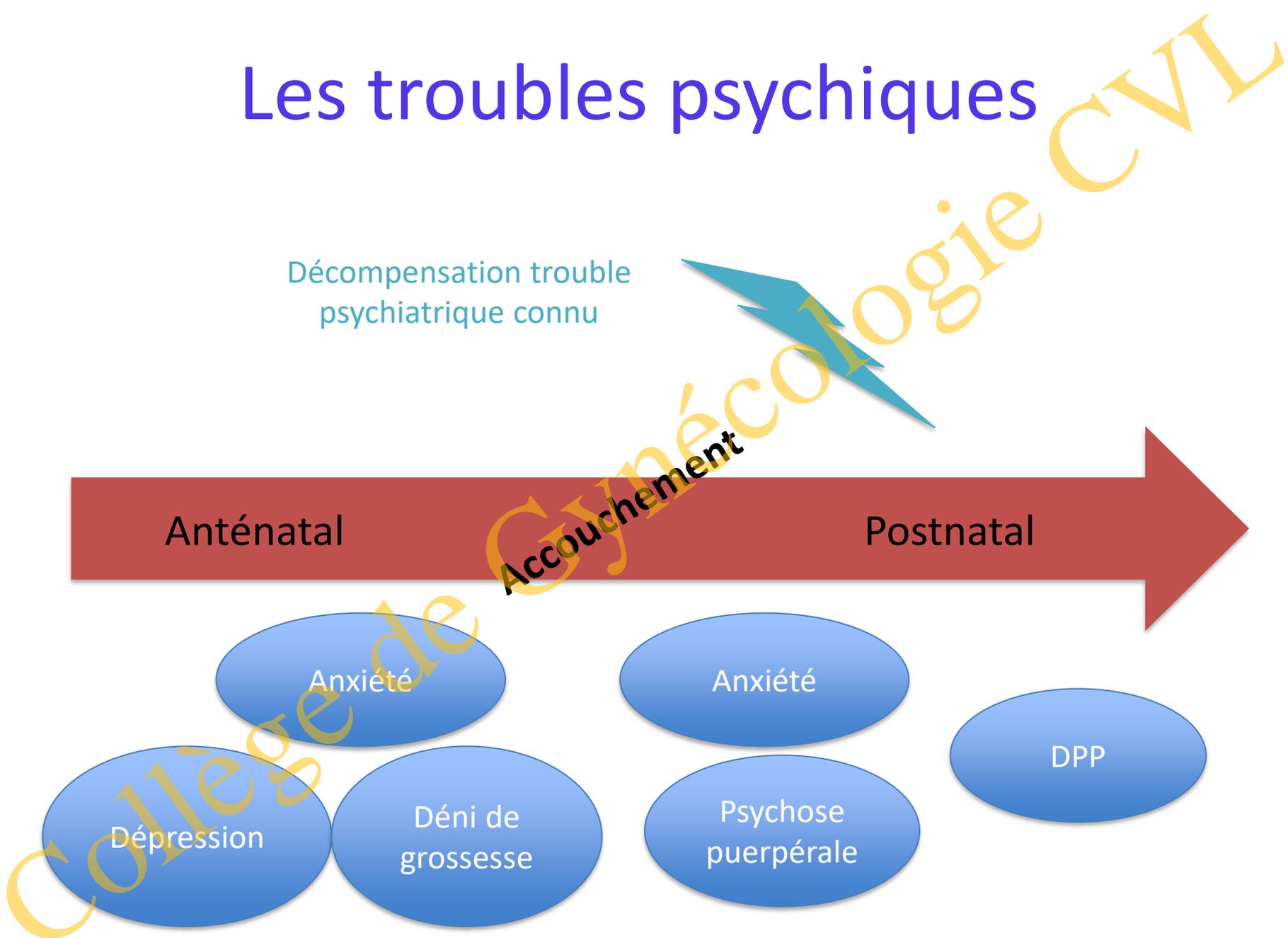
Anxiété

Dépression

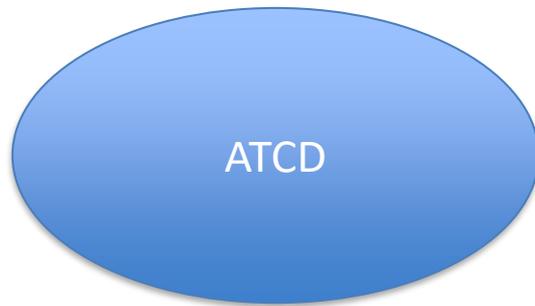
Déni de
grossesse

Psychose
puerpérale

DPP



Les troubles psychiques



- ATCD psychiatrique personnels, familiaux
- ATCD abus, maltraitance dans l'enfance



- G1,
- découverte pathologie fœtale,
- déroulement de l'accouchement



Facteurs de risque



- Âge de la mère (ado ou grossesse tardive)
- Contexte de vie: couple? Désir de grossesse? Précarité?
- Femmes migrantes

3. UNE MATERNALITÉ ENTRAVÉE:

A) TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE LA GROSSESSE

Une réalité douloureuse...



Collège de Gynécologie CVL

A- Anxiété prénatale (1)

- 5 à 15% des femmes (1^{er} T et 3^{ème} T)
- Clinique:

Anxiété de fond permanente,
trouble du sommeil,
crises d'angoisse,
conduites d'évitement,
obsessions/rituels...



A- Anxiété prénatale (1)

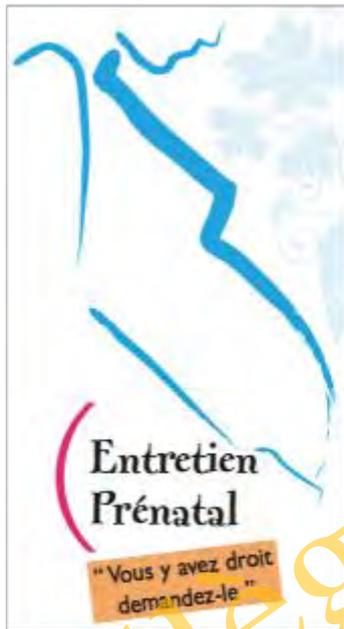
- Thèmes:
 - 1^{er} T: Modifications corporelles, risque malformatif
 - 3^{ème} T: accouchement, capacités maternelles
- Risque d'aggravation dans le PP et DPP



A- Anxiété prénatale (2)

- Prise en charge:
 - Nécessité d'un diagnostic précoce: entretien prénatal, suivi SF/ SF PMI
 - Cours de préparation à l'accouchement
 - Psychothérapie
 - Ttt anxiolytique dernier recours (Oxazépam SERESTA ou Hydroxyzine ATARAX)

Entretien Prénatal Précoce



■ Qu'est-ce que l'entretien prénatal ?

- Ce n'est pas une consultation médicale,
- C'est un **temps d'écoute et d'échange** confidentiel avec un professionnel de santé.

■ A quoi sert-il ?

- à aborder les questions qui vous préoccupent,
- à exprimer vos besoins, vos attentes,
- à évoquer d'éventuelles difficultés (psychologiques, administratives, sociales, familiales, ...) et à réfléchir ensemble à des solutions,
- à traiter toute autre question à votre convenance.

■ Quand ?

- Idéalement après votre déclaration de grossesse ou...
- plus tardivement,
 - à une date de votre choix.

■ Comment ?

- Il dure en moyenne 45 minutes,
- Il est pris en charge à 100 % par les Caisses d'Assurance Maladie.

■ Avec qui ?

- Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :
- d'une sage-femme de la maternité,
 - d'une sage-femme de PMI,
 - d'une sage-femme libérale ou d'un médecin.

B- Dépression anténatale (1)

- 10 à 20 %
- Tableau clinique:
 - comparable à EDM mais...
 - inquiétudes centrées sur le fœtus
 - Sentiment d'incapacité maternelle



B- Dépression anténatale (2)

- Prise en charge:
- Psychothérapie
- Ttt antidépresseur +/-
anxiolytique:

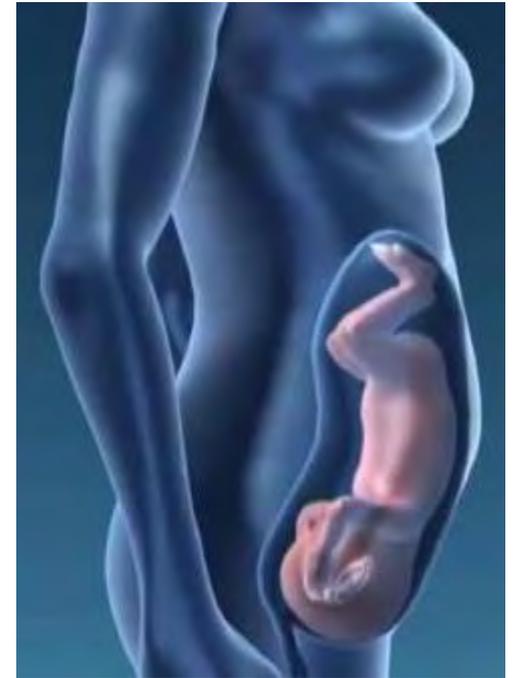
type ISRS (Sertraline ZOLOFT,
Paroxetine DEROXAT)

ou tricyclique (2^{ème} intention,
Clomipramine ANAFRANIL)



C- Le Déni de Grossesse

- Refus inconscient de reconnaître l'état de grossesse
- 3 femmes enceintes sur 1000
- Tout le monde est concerné!!!
- Complet ou incomplet (levé du déni pendant la grossesse)
- Risques pour le fœtus, impact sur interactions mère bébé.



3. Une maternalité entravée:

B) Troubles psychiatriques du post partum

Quand tout bascule....



Collège de Gynécologie CVL

A- Trouble anxieux du PP

- ATCD? (trouble anxieux, TOC...)
- Tableau clinique:
 - Phobies d'impulsion (PAL vs du bébé)
 - Etat de stress aigu/ Etat de stress post traumatique (acct traumatique)

A- Trouble anxieux du PP

- Prise en charge:

Souvent psychothérapie + suivi psychiatrique ttt

B- La dépression du post-partum (DPP)

- 10 à 20 % des accouchées

- Temporalité:

Post partum blues > 7js,
de 0 à M+12
(pic entre 3 et 6 semaines PP)



B- La dépression du post-partum (DPP)

- Tableau clinique:

- tristesse de l'humeur,
- sentiment découragement et d'incapacité maternelle
- phobie d'impulsion



D'après « psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité » Dayan et al.

DPP	Dépression non périnatale
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Réveil précoce
Labilité émotionnelle	Constance de l'humeur
IS rares	IS fréquentes
Perte d'estime de ses capacités maternelles	Perte d'estime de soi
Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé	Anxiété moins fréquente
RPM rare	RPM fréquent
Risque de récurrence lors d'une future grossesse augmenté	Pas de majoration du risque en PP

IS: idées suicidaires, RPM: ralentissement psychomoteur, PP: post partum

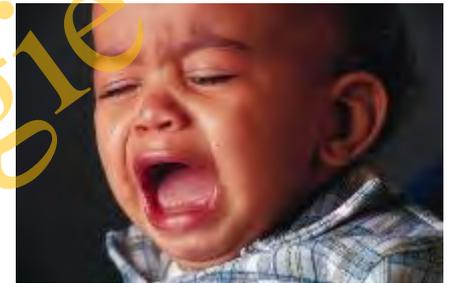
B- La dépression du post-partum

- Evaluer le retentissement sur le bébé et les interactions+++
- Souffrance psychique du bébé
- Rechercher des idées délirantes associées, risque d'infanticide ou de PAL auto-agressif/suicide maternel+++

B- La dépression du post-partum

- Souffrance physique/ psychique du bébé:

- Prématurité
- Augmentation de la mortalité infantile
- tbl du contact, du cptmt,
- retard dev psychomoteur, tbl acquisitions
- signes d'inconfort (régurgitations, coliques...),
- désorganisation rythme veille/sommeil...

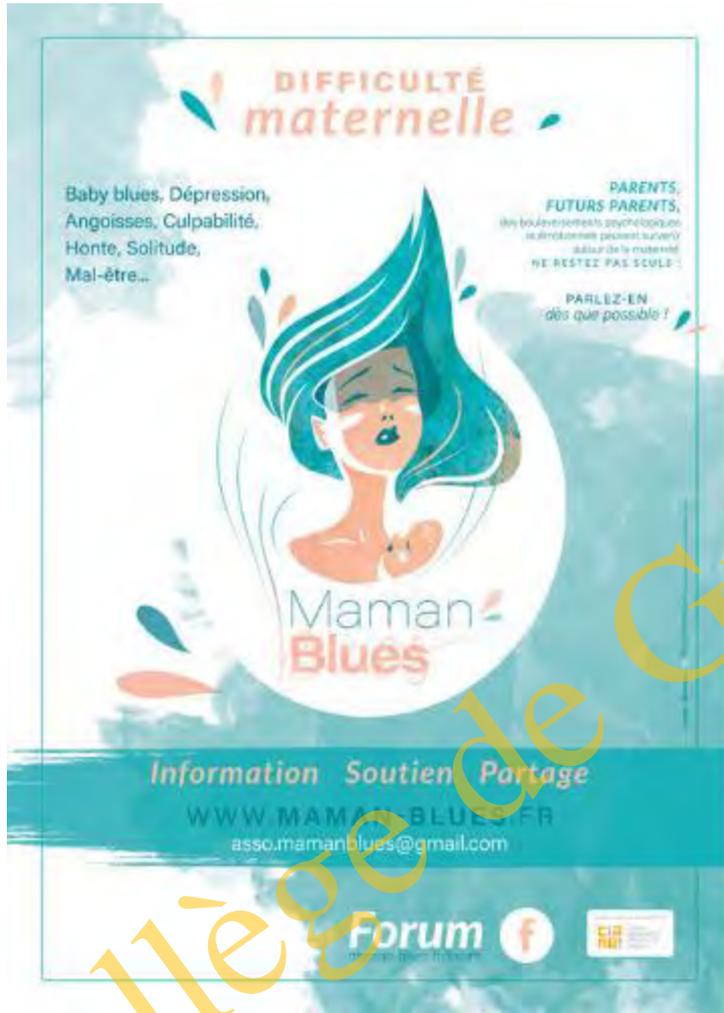


À l'adolescence: trouble des conduites, dépression

B- La dépression du post-partum

- Prise en charge:
 - Prévention +++: SF, gynéco, pédiatre, MT, PMI, entourage...
 - Psychothérapie individuelle, espace mère bébé, ttt ATD
 - Hospitalisation mère-bébé
 - Suivi ambulatoire pluridisciplinaire
 - Mesures de protection





C- Trouble psychiatrique connu

- Trouble bipolaire
- Schizophrénie
- Addictions
 - Surveillance+++ car risque de décompensation dans le PP
 - Adaptation thérapeutique

D- La psychose puerpérale

Épisode psychotique bref du PP

Psychose du PP

D- La psychose puerpérale

- Tableau clinique:
 - Début brutal, 4 semaines PP (pic J10)
 - Baby blues sévère avec idées délirantes, hallucinations, discours et comportement désorganisés
 - Labilité émotionnelle
 - Syndrome confusionnel

Risque suicidaire et d'infanticide+++



D- La psychose puerpérale

- Évolution:
 - 70% accès isolé
 - 20- 30% récurrence grossesse ultérieure
 - 10% évolution tbi chronique (schizophrénie, TB)

...LES SOINS PROPOSÉS à l'UDP...

- Consultations ambulatoires avec un ou plusieurs professionnels (thérapies parents/bébé, médication, EMDR...)
- Suivis en psychomotricité
- Groupes
- Soins à domicile
- Consultations de liaison dans les services de l'EPSM



Les consultations ambulatoires ont lieu :

du lundi au vendredi de 9h à 17h, uniquement sur rendez-vous

...LES SOINS PROPOSÉS à l'UDP...

- Perspectives 2023/2024:

Ouverture d'un **HDJ**

Activité de liaison dans les services du PFME du CHM





MERCI DE VOTRE ATTENTION

Collège de Gynécologie CVL