

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p.8
PARTIE I : LE BLUES DU POST-PARTUM	p.9
1. Définition	p.9
2. Epidémiologie	p.9
3. Facteurs de risque	p.9
4. Clinique	p.10
5. Prise en charge thérapeutique	p.12
6. Evolution	p.12
PARTIE II : LA DEPRESSION DU POST-PARTUM	p.14
CHAPITRE 1 : GENERALITES	p.15
1. <u>Définition</u>	p.15
2. <u>Epidémiologie</u>	p.16
3. <u>Facteurs de risque</u>	p.17
3-1. Facteurs de risque psychiatriques	p.18
3-2. Facteurs de risque psychosociaux	p.18
3-3. Facteurs de risque obstétricaux	p.20
4. <u>Clinique</u>	p.20
4-1. Dépression simple	p.21
4-2. Dépression de type mélancolique	p.23
5. <u>Conséquences sur la famille</u>	p.23
5-1. Conséquences sur l'enfant	p.23
5-1-1. Conséquences sur la relation mère-enfant	p.23
5-1-1-1. Généralités sur l'attachement mère-enfant	p.23
5-1-1-2. L'attachement mère-enfant et dépression post-partum	p.26
5-1-2. Conséquences sur le développement de l'enfant	p.28
5-1-3. L'infanticide	p.29
5-2. Conséquences sur le conjoint	p.29
5-3. Conséquences sur la mère	p.29
6. <u>Prévention et dépistage</u>	p.30
6-1. Dépistage	p.30
6-1-1. L'EPDS	p.30
6-1-2. Les autres tests utilisés dans le dépistage de la DPP	p.31
6-2. Prévention	p.32

CHAPITRE 2 : LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	p.33
1. <u>Traitements pharmacologiques</u>	p.33
1-1. Les antidépresseurs	p.34
1-1-1. Posologie	p.35
1-1-1-1. Les ATC et apparentés	p.36
1-1-1-2. Les ISRS	p.37
1-1-1-3. Les ISRSNa	p.38
1-1-1-4. Les autres antidépresseurs	p.38
1-1-2. Mécanisme d'action	p.39
1-1-2-1. Les ATC et apparentés	p.39
1-1-2-2. Les ISRS	p.39
1-1-2-3. Les ISRSNa	p.39
1-1-2-4. Les autres antidépresseurs	p.40
1-1-3. Effets indésirables	p.41
1-1-4. Contre-indications	p.43
1-1-5. Antidépresseurs et allaitement	p.43
1-2. Les anxiolytiques	p.45
1-2-1. Posologie	p.45
1-2-2. Mécanisme d'action	p.46
1-2-3. Effets indésirables	p.47
1-2-4. Contre-indications	p.47
1-2-5. Anxiolytiques et allaitement	p.48
1-3. Les hypnotiques	p.48
1-3-1. Posologie	p.49
1-3-2. Mécanisme d'action	p.49
1-3-3. Effets indésirables	p.50
1-3-4. Contre-indications	p.50
1-3-5. Hypnotiques et allaitement	p.51
2. <u>Traitements somatiques</u>	p.51
2-1. L'électroconvulsivothérapie	p.51
2-2. La stimulation magnétique transcrânienne	p.54
3. <u>Psychothérapies</u>	p.55
3-1. Psychanalyse et psychothérapie d'inspiration psychanalytique	p.57
3-1-1. Psychanalyse ou « cure-type »	p.57
3-1-2. Psychothérapie d'inspiration psychanalytique	p.58
3-1-3. Psychothérapie psychodynamique brève	p.59
3-1-3-1. Généralités	p.59
3-1-3-2. Les thérapies mère-bébé	p.59
3-2. Thérapie cognitivo-comportementale	p.61
3-2-1. Thérapie comportementale	p.61
3-2-2. Thérapie cognitive	p.62

3-3. Thérapie interpersonnelle	p.62
3-4. Guidance interactive	p.63
4. <u>Les autres traitements</u>	p.65
4-1. La luminothérapie	p.65
4-2. L'apport en micronutriments	p.66
4-3. Oestrogénothérapie	p.67
4-4. L'activité sportive	p.67
CHAPITRE 3 : EVOLUTION	p.68
PARTIE III : LA PSYCHOSE PUERPERALE	p.69
CHAPITRE 1 : GENERALITES	p.70
1. <u>Définition</u>	p.70
2. <u>Epidémiologie</u>	p.70
3. <u>Facteurs de risque</u>	p.71
3-1. Facteurs de risque psychiatriques	p.71
3-2. Facteurs de risque psychosociaux	p.72
3-3. Facteurs de risque gynéco-obstétricaux	p.72
4. <u>Clinique</u>	p.72
4-1. Les désordres thymiques francs	p.73
4-1-1. Les accès maniaques et les états mixtes	p.73
4-1-2. Les accès dépressifs majeurs	p.74
4-2. Les psychoses aiguës délirantes	p.75
4-2-1. La phase prédélirante	p.75
4-2-2. La phase d'état : stade du délire	p.75
4-3. Les états schizophréniformes	p.77
4-4. Sentiments décrits par les patientes	p.77
5. <u>Conséquences sur la famille</u>	p.78
5-1. L'infanticide	p.78
5-2. Le suicide	p.80
6. <u>Prévention et dépistage</u>	p.80
6-1. Prévention	p.80
6-2. Dépistage	p.81
CHAPITRE 2 : LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	p.82
1. <u>Traitements pharmacologiques</u>	p.82
1-1. Les antipsychotiques	p.82
1-1-1. Posologie	p.83
1-1-1-1. Les antipsychotiques typiques	p.83
1-1-1-2. Les antipsychotiques atypiques	p.84
1-1-1-3. Les antipsychotiques d'action prolongée	p.84

1-1-2. Mécanisme d'action	p.85
1-1-3. Effets indésirables	p.86
1-1-4. Contre-indications	p.87
1-1-5. Antipsychotiques et allaitement	p.88
1-2. Les thymorégulateurs	p.88
1-2-1. Posologie	p.89
1-2-2. Mécanisme d'action	p.89
1-2-2-1. Le lithium	p.89
1-2-2-2. Dépakote ^R et Dépamide ^R	p.89
1-2-2-3. La carbamazépine et la lamotrigine	p.90
1-2-3. Effets indésirables	p.90
1-2-4. Contre-indications	p.91
1-2-5. Thymorégulateurs et allaitement	p.91
1-3. Les anxiolytiques et/ou les hypnotiques	p.92
1-4. Les antidépresseurs	p.92
2. <u>Traitements somatiques</u>	p.92
3. <u>Psychothérapies</u>	p.92
 CHAPITRE 3 : EVOLUTION	p.93
1. <u>Le processus de récupération</u>	p.93
1-1. Le rôle du soutien social	p.93
1-2. Le rôle du soutien médical	p.94
2. <u>En l'absence de traitement</u>	p.94
3. <u>Avec traitement</u>	p.95
 PARTIE IV : ETIOLOGIES	p.97
1. <u>L'étiologie neuroendocrinienne</u>	p.97
1-1. Les hormones stéroïdiennes	p.97
1-1-1. L'œstrogène	p.97
1-1-2. La progestérone	p.98
1-1-3. Le cortisol	p.99
1-1-4. La prolactine	p.100
1-1-5. L'ocytocine	p.100
1-1-6. La vasopressine	p.100
1-2. Les neurotransmetteurs	p.100
1-2-1. Le tryptophane	p.100
1-2-2. La sérotonine	p.101
1-2-3. L'homocystéine	p.101
2. <u>L'étiologie immuno-inflammatoire</u>	p.101
3. <u>Le rôle de la micronutrition</u>	p.102
3-1. Les acides gras polyinsaturés	p.102

3-2. Les oligoéléments	p.103
3-2-1. Le zinc	p.103
3-2-2. Le magnésium	p.104
3-2-3. La thiamine ou vitamine B1	p.104
4. <u>La vulnérabilité génétique</u>	p.104
PARTIE V : TEMOIGNAGES	p.105
CHAPITRE 1 : LES UNITES D'HOSPITALISATION MERE-BEBE	p.106
1. <u>Historique</u>	p.106
2. <u>Les objectifs de l'hospitalisation</u>	p.107
3. <u>Les indications</u>	p.107
3-1. Les indications à visée préventive	p.107
3-2. Les indications à visée curative	p.107
4. <u>Les modalités de l'hospitalisation</u>	p.108
4-1. Les hospitalisations complètes	p.108
4-2. Les hospitalisations de jour	p.108
5. <u>Les soins dispensés</u>	p.108
CHAPITRE 2 : LES TEMOIGNAGES	p.109
1. <u>Témoignage n°1</u>	p.109
2. <u>Témoignage n°2</u>	p.109
3. <u>Témoignage n°3</u>	p.111
4. <u>Témoignage n°4</u>	p.112
5. <u>Témoignage n°5</u>	p.113
CONCLUSION	p.116
ANNEXE N°1	p.118
ANNEXE N°2	p.120
ANNEXE N°3	p.122
ANNEXE N°4	p.124
ANNEXE N°5	p.127
ANNEXE N°6	p.129
ANNEXE N°7	p.130
ANNEXE N°8	p.131
LEXIQUE	p.133
BIBLIOGRAPHIE	p.136

TABLEAUX

Tableau 1 : Symptomatologie du blues du post-partum p.10

Tableau 2 : La prévalence de la DPP et l'influence des variables démographiques p.16

Tableau 3 : Les principaux antidépresseurs de la famille des tricycliques et apparentés utilisés dans le traitement de la dépression modérée à sévère p.36

Tableau 4 : Les principaux antidépresseurs de la famille des ISRS utilisés dans le traitement de la dépression modérée à sévère p.37

Tableau 5 : Les principaux antidépresseurs de la famille des ISRN utilisés dans le traitement de la dépression modérée à sévère p.38

Tableau 6 : Les principaux antidépresseurs de la famille des autres antidépresseurs utilisés dans le traitement de la dépression modérée à sévère p.38

Tableau 7 : Les principaux effets indésirables des antidépresseurs p.41

Tableau 8 : Les principales contre-indications des antidépresseurs p.43

Tableau 9 : Les principaux anxiolytiques utilisés dans les troubles du post-partum p.46

Tableau 10 : Les principaux effets indésirables des anxiolytiques p.47

Tableau 11 : Les principales contre-indications des anxiolytiques p.47

Tableau 12 : Les principaux hypnotiques utilisés dans les troubles du post-partum p.49

<u>Tableau 13</u> : Les principaux effets indésirables des hypnotiques	p.50
<u>Tableau 14</u> : Les principales contre-indications des benzodiazépines et apparentés	p.50
<u>Tableau 15</u> : Les principaux antipsychotiques typiques utilisés dans le traitement de la psychose puerpérale	p.83
<u>Tableau 16</u> : Les principaux antipsychotiques atypiques utilisés dans le traitement de la psychose puerpérale	p.84
<u>Tableau 17</u> : Les principaux antipsychotiques d'action prolongée utilisés dans le traitement de la psychose puerpérale	p.84
<u>Tableau 18</u> : Les principaux effets indésirables des antipsychotiques	p.86
<u>Tableau 19</u> : Les principales contre-indications des antipsychotiques	p.87
<u>Tableau 20</u> : Les principaux thymorégulateurs utilisés dans le traitement de la psychose puerpérale	p.89
<u>Tableau 21</u> : Les principaux effets indésirables des thymorégulateurs	p.90
<u>Tableau 22</u> : Les principales contre-indications des thymorégulateurs	p.91

INTRODUCTION

Au cours de la période du post-partum, trois types de troubles psychiques, de fréquence et de gravité variable, peuvent être mis en évidence.

Le blues du post-partum est le plus bénin et le plus fréquent. Il touche plus d'une femme sur deux.¹

La dépression du post-partum est assez commune. Elle touche 10 à 15% des femmes.¹

La psychose puerpérale est le plus grave de ces troubles en raison du risque élevé de suicide et d'infanticide. Cependant, cette affection reste rare : elle touche une à deux femmes pour 1000 naissances.¹

La forte pression culturelle faisant de la naissance un évènement « forcément heureux » et de la mère dépressive « une mauvaise mère », obligent les femmes à réprimer l'expression de leur souffrance.

C'est pourquoi le dépistage via des auto-questionnaires, la prévention et l'information réalisée auprès de ces femmes jouent un rôle fondamental.

Dans une première partie, nous détaillerons le blues du post-partum, dans une seconde, la dépression du post-partum, et dans une troisième partie, la psychose puerpérale. Dans chaque partie, on évoquera : les facteurs de risque potentiels, la prise en charge thérapeutique, ainsi que l'évolution de chaque trouble.

Puis dans une quatrième partie, nous aborderons les étiologies communes à ces trois troubles psychiques du post-partum.

Enfin, dans une dernière partie, nous illustrerons ce travail par plusieurs témoignages issus de la littérature.

<u>PARTIE I :</u> LE BLUES DU POST-PARTUM

1. Définition

C'est un syndrome dysphorique transitoire, aigu et bénin. ^{1, 2}

Le blues du post-partum débute dans les trois à quatre premiers jours du post-partum et il dure en moyenne de un à sept jours. Généralement, il disparaît dans les deux premières semaines après l'accouchement. ¹ Dans sa forme la plus typique, il cède en 24h. ²

Si les symptômes persistent après la première semaine ou s'intensifient, on entre alors dans le cadre différent des dépressions post-partum. Il est donc important de dépister le blues du post-partum (BPP) et de le surveiller. ³

2. Epidémiologie

Le taux de prévalence se situe entre 20 et 85%. ¹

Sa fréquence est de 40 à 60%. ²

3. Facteurs de risque

(4)

- Les troubles anxio-dépressifs en fin de grossesse
- Les antécédents personnels ou familiaux de : dépression, syndrome prémenstruel*, dépression gravidique, trouble uni- ou bipolaire
- Les facteurs culturels : ils exercent une influence modérée
- Les troubles du sommeil

4. Clinique

(2) – (4)

Symptômes principaux	Fréquence estimée
Pleurs	50 à 70%
Humeur dépressive	20 à 54%
Exaltation de l'humeur	8 à 40%
Labilité de l'humeur	50%
Confusion	36%

Tableau 1 : La symptomatologie du blues du post-partum d'après Stein (1982)²

Les pleurs sont les symptômes les plus constants, qui se distinguent par une survenue en deux temps. Un premier pic très précoce correspondant aux larmes de joie concomitantes à la naissance. Un second pic survient entre le troisième et le dixième jour et parfois plus tardivement, où les crises de larmes, expression d'une **hyperesthésie transitoire***, sont déclenchées par des désagréments mineurs ou par des événements tout à fait étrangers à l'histoire de la parturiente. Quelques femmes font état du caractère apparemment immotivé de l'émotion qui les bouleverse. Les mères, pour se justifier de leurs larmes, invoquent les problèmes que pourraient rencontrer l'enfant né ou ceux restés à la maison.

L'humeur dépressive est caractérisée par un sentiment de lassitude ou d'abattement, et plus rarement par des variations de l'humeur, discrètes et transitoires, alternant tristesse et exaltation.

L'exaltation de l'humeur* est un symptôme précoce. Parfois, le trouble est intense, marqué par des accès de rire peu motivés, une logorrhée* et une surexcitation. Le tableau peut alors évoquer un état hypomaniaque, voire une psychose puerpérale débutante, mais s'en distingue notamment par son caractère rapidement résolutif.

La labilité de l'humeur se caractérise par la concomitance de crises de larmes et d'excitation, ou bien le passage rapide d'un état à l'autre.

La confusion s'accompagne de troubles mnésiques discrets : trouble de la mémoire immédiate ou de l'attention (distractibilité).

Le sentiment de dépersonnalisation survient en deux temps : un pic précoce durant le premier jour, peu de temps après la naissance, et un pic plus tardif entre le quatrième et le septième jour du post-partum. Ce second pic est généralement associé à un blues sévère. Les femmes se sentent étrangement détachées de leur bébé et manifestent de la culpabilité en cas d'humeur dépressive ou de crises de rires motivées par leurs sentiments bizarres en cas d'humeur expansive. Les mères expriment l'impression d'étrangeté qu'elles ressentent vis-à-vis de leur propre corps ou de celui du bébé. Ce symptôme est souvent caché à l'entourage.

Les troubles du sommeil sont difficiles à mettre en évidence car le sommeil est régulièrement perturbé en post-partum. Le réveil par le bébé, les douleurs de l'épisiotomie, l'hypervigilance, le stress, les modifications hormonales, et éventuellement les prescriptions médicamenteuses (antalgiques, anesthésiques) peuvent être incriminés.

Les enregistrements électroencéphalographiques (EEG) ont montré que, indépendamment de tout trouble affectif, le stade des mouvements oculaires rapides (REM) correspondant à la phase de rêve était considérablement diminué en fin de grossesse, ainsi que le stade 4 (sommeil lent profond). Ce dernier connaît un rebond durant le deuxième et le troisième jour du post-partum. Dans les jours qui suivent la naissance, les mères séparées la nuit de leur bébé dorment en moyenne 6h, en sa présence 5h. Une femme aux mêmes âges dort environ 7h40 min.

Les femmes présentant un blues auraient un temps de sommeil réduit et/ou une asthénie plus fréquemment que les autres femmes.

Des rêves aux affects particulièrement intenses surviennent fréquemment de la quatrième à la sixième nuit du post-partum.

20% des parturientes font des cauchemars qui les éveillent et parfois troublent leur sentiment de réalité. Des distorsions perceptives* essentiellement hypnopompiques*, confinant parfois à l'hallucination, surviennent chez près de 10% des femmes entre le quatrième et le sixième jour du post-partum. Les cauchemars et les hallucinations semblent plus fréquents en présence de modifications de l'humeur.

D'autres symptômes peuvent être mis en évidence tels que :

- L'irritabilité : présente dans environ 1/3 des cas. Ce signe s'associe à la tendance dépressive.
- L'agitation : elle accompagne les états d'exaltation ou les états « mixtes ».
- L'épuisement : il est maximal le premier jour du post-partum puis décroît ensuite. Son maintien peut s'associer à une dépression de l'humeur.
- L'anorexie : elle suit la même évolution.
- L'angoisse : elle peut accompagner la dépersonnalisation, les cauchemars ou être isolée.
- Les céphalées, la soif, l'hypochondrie.
- La tendance à l'oubli : elle est souvent associée à la confusion.

5. Prise en charge thérapeutique

Le blues du post-partum ne nécessite pas de traitement médicamenteux. La relation avec les soignants, la mobilisation de l'entourage, l'information, une attitude chaleureuse et compréhensive suffisent le plus souvent pour passer sans encombre une phase considérée comme une « variation de la normale ». ³

6. Evolution

Il est important de s'assurer de la résolution de ce trouble. ²

Si celui-ci persiste au-delà d'un mois, c'est le signe d'installation d'une dépression post-partum, observée dans 10 à 20% des cas. ²

L'existence d'une corrélation entre l'intensité du BPP et la dépression du post-partum (DPP) demeure controversée. ² Cependant, chez les femmes à haut risque, le BPP peut prédire le développement d'une DPP. ¹

Le blues sévère marqué par l'existence de bizarreries dans le comportement, de cauchemars entraînant une altération du sentiment de réalité ou une angoisse massive, des sentiments de déréalisation, justifie une appréciation urgente du risque évolutif (psychose puerpérale débutante). ⁴

Pendant les deux premières semaines du post-partum, si les femmes ont des humeurs dépressives qui augmentent dans la gravité plutôt que de diminuer, alors elles peuvent éprouver une DPP.¹

En conclusion, la brièveté de ce trouble, la labilité de l'humeur et la fluctuation symptomatique sont les caractéristiques essentielles du BPP. Typiquement bénin, il incite seulement à proposer écoute et soutien à la parturiente et à évaluer le risque évolutif. Celles qui quittent la maternité avant l'apparition de ce syndrome doivent être informées des manifestations qui pourraient survenir.⁴

PARTIE II :

LA DEPRESSION DU POST-PARTUM

CHAPITRE 1 :

GENERALITES

1. Définition

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSM-IV) définit la dépression post-partum comme une dépression majeure, selon les mêmes critères de diagnostic, mais avec apparition des symptômes dépressifs **dans les quatre semaines suivant l'accouchement**. Cependant, les chercheurs élargissent souvent cette fenêtre temporelle à un an après l'accouchement pour identifier la DPP. ^{5, 6, 7, 8, annexe n°1}

La DPP est un épisode dépressif non psychotique qui commence ou se prolonge durant le post-partum. ⁹ C'est un état transitoire de la réactivité émotionnelle exacerbée. ⁵

On distingue, en fonction de l'intensité des symptômes, trois types de dépressions majeures : ^{10, 11}

- La dépression majeure légère
- La dépression majeure modérée
- La dépression majeure sévère

Selon le DSM-IV, le diagnostic d'épisode dépressif nécessite la présence quotidienne, pendant au moins deux semaines consécutives, d'une humeur triste ou de la perte (ou réduction significative) du plaisir normalement associé aux activités quotidiennes – en pratique, les soins prodigués au bébé. Cinq autres critères au moins doivent être présents pour porter le diagnostic de dépression majeure, deux au moins pour celui de dépression mineure. ^{4, annexe n°2}

La DPP doit être évoquée devant tout blues du post-partum qui dure, avec intensification des symptômes et phobies d'impulsion. La DPP peut donc survenir après le BPP ou apparaître durant les premières semaines suivant l'accouchement et durer pendant au moins 14 mois. ⁹

Les taux de symptomatologie dépressive sont les plus élevés autour de la 12^{ème} semaine du post-partum. ¹²

2. Epidémiologie

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la DPP est parmi les sept premières causes d'invalidité. ¹³ Daley et al. (2012) estiment que la DPP sera la deuxième cause d'invalidité dans le monde d'ici 2020. ¹⁴

L'incidence de la DPP est de 7,6%. Certaines données suggèrent que la dépression au cours de la période du post-partum est plus fréquente qu'à n'importe quel autre période de la vie d'une femme. ⁸ L'incidence de la DPP est trois fois plus élevée dans les cinq premières semaines du post-partum. ¹⁵

La prévalence de la DPP est de 5,6% dans les quatre à huit semaines suivant l'accouchement. ¹⁶ D'après le tableau 2, certaines variables démographiques peuvent influencer sur la prévalence de la DPP :

- L'âge, le niveau d'éducation et la parité n'ont pas d'influence.
- Le statut marital : La prévalence de la DPP est supérieure chez les femmes seules, à la fois avant et après l'accouchement.

Variables	Echantillon total n=107	Sans symptômes dépressifs n=90	Les symptômes de dépression			
			A un certain point n=17	Seulement avant l'accouchement n=5	Avant et après l'accouchement n=6	Seulement après l'accouchement n=6
Prévalence de la dépression (%)	15,8	—	15,8	4,7	5,6	5,6
Age	31,6 +- 5,1	31,6 +- 5,6	31,6 +- 5,3	32,2 +- 4,1	31,8 +- 3,4	31,3 +- 5,1
<u>Niveau d'éducation :</u>						
▪ Moins que le collège	25	22	3	0	2	1
▪ Collège ou après le diplôme	82	68	14	5	4	5
<u>Parité :</u>						
▪ Nullipare	60	53	7	2	2	3
▪ 1 ou plus	47	37	10	3	4	3
<u>Statut marital :</u>						
▪ Marié	93	81	12	4	2	6
▪ Seule	14	9	5	1	4	0

Tableau 2 : La prévalence de la DPP et l'influence des variables démographiques
(D'après 16)

La DPP touche environ 10 à 15% des femmes.¹⁴ On atteint des taux supérieurs chez les femmes ayant souffert de dépression pendant leur grossesse.^{15, 17} Selon les études, 20 à 40% des dépressions post-natales débutent pendant la grossesse⁴; et 20% des femmes présentent des symptômes dépressifs pendant leur grossesse, contre 12 à 16% après l'accouchement.^{10, 18} La dépression pendant la grossesse a une sensibilité (75%) et une spécificité (81%) élevée pour prédire la survenue d'une DPP.¹⁶ Les femmes souffrant de dépression pendant la grossesse sont plus à risque de persistance ou d'aggravation de la dépression dans le post-partum.¹³

Les femmes avec des antécédents de DPP ont 25 à 50% de chances de récides lors d'une prochaine grossesse.^{13, 17}

Les femmes ayant eu une DPP ont deux fois plus de risque d'éprouver des épisodes de dépression à l'âge adulte.¹⁴

Seulement 30% environ des dépressions post-natales sont des dépressions majeures ; la plupart (70% environ) se présentent sous la forme de dépressions mineures, voire de troubles de l'adaptation à la période normalement stressante que constitue l'accès à la maternité.⁴

Plus de 60% des patientes déprimées rapportent un début des troubles au cours des six premières semaines du post-partum.¹⁷

Enfin, il semblerait que les femmes pour qui le premier épisode dépressif est post-natal présentent un risque de récive plus élevé en post-partum que celles ayant connu un premier épisode dépressif à une autre période de la vie.⁴

3. Facteurs de risque

(1)-(5)-(7)-(8)-(9)-(10)-(12)-(17)-(19)-(20)-(21)

Les principaux facteurs de risque sont psychiatriques (antécédents dépressifs, anxiété de la grossesse) et relationnels (soutien social, conjugalité). Les facteurs socio-économiques ainsi que les facteurs obstétricaux jouent un rôle moindre.

3-1. Facteurs de risque psychiatriques

- Antécédents de dépression, post-natale ou à tout autre période de la vie.
- Existence de manifestations anxieuses ou dépressives durant la période prénatale. L'intensité des manifestations anxieuses durant la grossesse apparaît corrélée avec l'intensité des manifestations dépressives du post-partum.²² Les symptômes dépressifs du deuxième ou troisième trimestre ont une forte corrélation avec la survenue d'une DPP six semaines après la naissance.²³

Ce sont les facteurs de risque majeurs.

- Antécédents personnels de DPP : Selon Hannah en 1992, l'association d'un trouble de l'humeur survenu après un précédent accouchement et d'un score au moins égal à trois à l'EPDS dans le post-partum immédiat majore de cinq fois le risque de survenue d'une dépression majeure.²
- Antécédents personnels de dépression ou de désordres affectifs non puerpéraux : Les femmes avec des antécédents de troubles affectifs ont rapporté davantage de détresse de la 24^{ème} semaine de grossesse au 1^{er} mois du post-partum, et de symptômes somatiques jusqu'au quatrième mois du post-partum.²
- Antécédents familiaux de dépression : Des antécédents de DPP chez la mère de la parturiente pourraient être à l'origine d'un risque de survenue plus fréquent chez la fille.
- Antécédents de troubles anxieux généralisés²⁴

3-2. Facteurs de risque psychosociaux

- Le faible soutien social^{1, 20, 25} : L'exclusion et l'isolement social.²²
- Le faible niveau d'éducation²⁶
- Les troubles de l'alimentation¹
- La privation de sommeil¹⁹ : Le sommeil est essentiel. La privation de sommeil entraîne une diminution du rendement cognitif et l'apparition d'une mauvaise humeur. Par conséquent, des troubles du sommeil non traités peuvent conduire à la dépression. Les patientes souffrant d'insomnie ont dix fois plus de chance de développer une dépression. D'ailleurs, une intervention visant à améliorer les habitudes de sommeil du nourrisson ont tendance à voir s'améliorer la santé mentale de la mère. En conclusion, une

intervention psycho-éducative, développée par une sage femme et un psychologue, peut avoir un effet préventif sur les troubles du sommeil et les troubles de l'humeur du post-partum.²⁷

- L'absence d'emploi ou un emploi peu valorisant²²
- Les événements stressants de la vie pendant et après la grossesse²⁵
- Le manque de soutien affectif
- Les violences et les abus sexuels dans l'enfance²⁴
- Les relations difficiles avec la mère de la parturiente
- Les âges extrêmes de la vie^{12, 26}
- Etre mère célibataire^{25, 26} ; car elles sont souvent plus anxieuses^{16, 22}
- Une grossesse non désirée^{22, 26}
- Les troubles dysphoriques prémenstruels^{1, 5, 18} : Bloch et al. ont trouvé une association entre la DPP et les troubles de l'humeur hormono-induits tels que les troubles dysphoriques prémenstruels ou les sautes d'humeur en prenant des contraceptifs oraux.¹⁰
- Un faible statut économique : Les faibles revenus augmentent le risque de survenue d'une DPP.^{9, 17, 22, 26}
- Les relations avec le partenaire : La pauvreté des communications à l'intérieur du couple, l'absence de soutien moral et matériel de la part de l'entourage, l'isolement affectif, sont corrélées à la survenue d'une DPP.²
- La violence du partenaire intime (VPI) : C'est l'une des séquelles les plus communes de la dépression.²⁸ Ludermir et al. (2012) soulignent l'intérêt d'une relation intacte avec le partenaire : la violence psychologique du partenaire augmente le risque absolu de 6%.^{10, 22}
- La violence interpersonnelle : C'est une violence intentionnelle d'un membre de la famille ou d'un membre extérieur. Cette violence peut être d'ordre psychologique ou émotionnel, sexuel, et physique. 29,7% des femmes ont subi au moins un incident de violence interpersonnelle à un certain moment de leur vie.²⁹

3-3. Facteurs de risque obstétricaux

Les complications obstétricales sont des facteurs de risque mineurs.⁴

Rojas et al. ont montré une corrélation statistiquement significative entre la DPP et les complications suivantes :¹²

- Pathologies en cours de travail (hémorragie, hyperthermie, embolie, souffrance fœtale ...)
- Anomalie de la délivrance (artificielle, révision utérine isolée)
- Anesthésie générale
- Césarienne

En revanche, n'apparaissent pas liées à la DPP : les anomalies du travail, la pré-éclampsie, les complications de suites de couches.²

Les accidents néonataux sont des facteurs de risque des dépressions modérées.⁴

Les hémorragies sévères de la délivrance peuvent entraîner un état de stress aigu et plus rarement un état de stress post-traumatique*.⁴

4. Clinique

Longtemps appelées « dépressions souriantes », leur sémiologie est probablement faussée par la forte pression culturelle faisant de la naissance un évènement « forcément heureux », et de la mère dépressive une « mauvaise mère » ou bien une femme qui prête trop d'attention à des désagréments mineurs, obligeant la mère à réprimer l'expression de sa souffrance.⁴

Le début est insidieux, parfois sous la forme d'un BPP qui se prolonge ou après un blues évalué comme sévère, mais le plus souvent après une latence de durée variable. Deux pics de fréquence ont été signalés : vers la sixième semaine puis entre le 9^{ème} et le 15^{ème} mois du post-partum.⁴

La phase d'état est dominée par des manifestations d'allure névrotique.²

C'est une dysthymie asthénique et irritable affectant centralement la relation avec l'enfant et les soins.²

4-1. La dépression simple

(1)-(5)-(9)-(10)-(12)-(14)-(17)-(20)-(30)

Les symptômes qui différencient la dépression du post-partum de la dépression classique sont :²

- Aggravation symptomatique le soir
- Difficultés d'endormissement
- Labilité émotionnelle
- Rares idées suicidaires : elles reflètent un fort sentiment de désespoir. « C'est mieux de mettre fin à ma vie, les choses vont si mal ». ²³
- Perte d'estime de soi et une confiance réduite en ses capacités maternelles
- Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé
- Rareté du ralentissement psychomoteur
- Risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure augmenté

Les signes principaux sont :²

- Les pleurs : ils sont quasi quotidiens et ordinairement cachés. « Je me sens si triste que je finis par pleurer, et parfois je pleure sans raison valable ». ²³
- Labilité de l'humeur : plus altérée le soir.
- Un sentiment d'épuisement : il domine souvent le tableau.
- Fatigue : elle est secondaire aux soins précoces se doublant d'une asthénie, corrélative de l'état dépressif.
- Lassitude physique et intellectuelle
- Découragement
- Perte des intérêts habituels
- Trouble de la libido
- Insomnie d'endormissement avec cauchemars
- Plaintes somatiques
- Craintes hypochondriaques
- Troubles de la concentration et de la mémoire : « quand je cuisine, je me brûle la main sans même m'en rendre compte », « je ne parviens même plus à faire les gestes ou les activités de la vie quotidienne ». ²³

Les éléments les plus caractéristiques sont : ²

- L'impression d'être incapable de répondre aux besoins de l'enfant
- La perte de plaisir à prodiguer les soins au bébé, sentiment d'inadaptation aux besoins du bébé.
- Perte d'intérêt ou de plaisir pour trois activités majeures : ²³
 - Passer du temps avec la famille ou les amis
 - La relation émotionnelle et physique avec leur conjoint
 - S'investir et prendre part aux activités sociales
- Les **pensées égodystoniques*** d'agression de l'enfant, avec maintien du jugement rationnel et de l'épreuve de réalité. Ces pensées peuvent même par leur récurrence au quotidien prendre la forme de **phobies d'impulsion**. Les phobies d'impulsion sont des craintes obsédantes de commettre impulsivement des gestes qui pourraient conduire à la mort du nourrisson. ^{31, 32}
- Irritabilité voire parfois une franche agressivité généralement dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie.

Quelques particularités : ⁴

- La disparition du sentiment d'être utile à l'enfant doit immédiatement alerter le professionnel de santé. « Je me sens inutile, c'est comme ci je n'avais d'importance pour personne » ; « Je ne me sens plus la même, j'ai honte de moi ». ²³
- Des doléances répétées concernant le bébé, voire l'émergence de troubles avérés chez le nourrisson peuvent révéler la dépression maternelle (exemple : trouble du sommeil, balancements, difficultés alimentaires, etc...).

Par ailleurs, la DPP peut constituer le premier épisode d'une pathologie bipolaire. ¹

Dans 19,8% des cas, la DPP peut être associée à des troubles de l'anxiété du post-partum tel que les troubles anxieux généralisés (TAG), les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), ou les troubles paniques. ¹

En conclusion, les symptômes dépressifs sont fortement influencés par les préoccupations au sujet de l'enfant et les exigences de la maternité. Elles se voient comme de « mauvaises mères » qui ne réussissent pas à répondre aux besoins de leur enfant. Le comportement d'évitement de l'enfant confirme leur échec, renforçant le cercle vicieux et leur épuisement croissant.¹⁰ Le manque d'énergie de la mère et une incapacité à faire face efficacement aux besoins de l'enfant constitue une menace grave pour le bien être de l'enfant.⁷

4-2. La dépression de type mélancolique

Les formes sévères mélancoliformes débutent précocement, dans les deux à trois semaines qui suivent l'accouchement.³² Les signes cliniques sont ceux d'un épisode mélancolique délirant ou confusionnel.³² Elle comporte un risque suicidaire élevé, éventuellement avec des projets suicidaires dits altruistes impliquant le nouveau-né et les autres enfants de la patiente. Une hospitalisation en milieu spécialisé, de préférence dans une unité d'hospitalisation mère-bébé, doit être imposée.³²

Ces formes sévères à début précoce sont fréquemment associées à des troubles bipolaires. Pour un trouble dépressif, un début précoce dans le post-partum est un facteur prédictif important de bipolarité.³²

Certaines de ces patientes referont ultérieurement des accès dépressifs. Pour un certain nombre d'entre elles, cette dépression du post-partum est la première manifestation d'une maladie maniaco-dépressive qui ultérieurement évoluera et justifiera donc une prophylaxie spécifique.³

5. Conséquences sur la famille

La DPP peut avoir des conséquences néfastes sur la mère, le nourrisson et la famille.¹⁶

5-1. Conséquences sur l'enfant

5-1-1. Conséquences sur la relation mère-enfant

5-1-1-1. Généralités sur l'attachement mère-enfant

(33)-(34)

L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. Dans la théorie de l'attachement développée par Bowlby*, à partir de travaux

d'observation, « la propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existe dès la naissance et se maintient tout au long de la vie ». Le besoin d'attachement est un besoin primaire, inné chez l'homme.

Cet attachement se développe à partir de comportements innés : pleurs, succion, agrippement, qui permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée qui est le plus souvent représentée par la mère.

Si les réponses de l'entourage sont adéquates au besoin d'attachement de l'enfant, il développera une base de sécurité et une image de lui-même positive. A partir de cette base de sécurité, de nouvelles compétences apparaissent : capacité de se séparer pour explorer l'environnement, d'attendre une réponse et plus tard de répondre à son tour aux besoins d'attachement d'un plus petit ou d'un plus faible. Ceci caractérise un **attachement sûr**.

Quand les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement ne sont pas adéquates : la base de sécurité de l'enfant, l'image de lui-même, sa confiance en lui et en l'autre ne seront pas satisfaisantes. Il va se développer un **attachement évitant**.

Chez tout enfant se déroule un processus d'individualisation et de séparation (psychique) qui permet le développement du sentiment de conscience de soi. Ce concept, introduit par M. Mahler, distingue la naissance biologique de la « naissance psychologique ». Si la coupure du cordon ombilical amène une distanciation physique du bébé par rapport à sa mère, le sentiment d'exister comme être individualisé apparaît progressivement. Ce processus de séparation-individualisation évolue au gré des différentes acquisitions de l'enfant :

- Utilisation d'un objet transitionnel (objet matériel tel qu'un coin de couverture ou une serviette qu'il garde contre lui et qui a une valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment lors de l'endormissement)
- Déplacement autonome avec éloignement, grâce à la marche
- Exploration de l'espace et des objets
- Utilisation du langage
- Jeu symbiotique
- Découverte de la différence des sexes ...

L'évolution du processus d'individualisation est bien sûr liée aux réponses de l'entourage et à la qualité de l'attachement mis en place.

Il est indispensable « de bien s'attacher » pour devenir capable de « bien se détacher », ce qui est la voie normale de l'individualisation.

Parce que la mère est un partenaire privilégié, on décrit classiquement les interactions entre un nourrisson et sa mère. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'un nourrisson est en interaction avec d'autres partenaires qui vont influencer son développement affectif.

On distingue trois niveaux d'interactions :

- **Les interactions comportementales** : elles se caractérisent par la manière dont le comportement de l'enfant et de sa mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. La situation du repas est une excellente occasion d'observer les interactions entre une mère et son bébé. Elles fourniront des informations sur la qualité de leurs échanges affectifs. Ces interactions peuvent s'exprimer par divers canaux : les interactions visuelles (le regard mutuel : le regard du bébé a des effets importants sur la mère, il fait monter les premiers sentiments d'amour), vocales (cris, pleurs), corporelles et cutanées, ou par le sourire.
- **Les interactions affectives** : elles se caractérisent par l'influence de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Les interactions comportementales servent de support aux interactions affectives. Par ailleurs, les mères parlent à leur bébé de leurs émotions et de leurs sentiments. La mère regarde son bébé et grâce à ses capacités d'empathie, elle perçoit ce qu'il ressent et lui en propose une interprétation par des mots, des gestes ... : « tu es content », « tu es fâché » ...
- **Les interactions imaginaires et fantasmatiques** : la vie imaginaire et fantasmatique des parents est très liée à leur vie affective, mais aussi plus profondément à leur propre histoire et à leur relation avec leurs propres images parentales. La vie imaginaire et fantasmatique du bébé se construit progressivement à partir de celle de ses parents.

Chez un nourrisson en bonne santé, les interactions qui vont faciliter un développement affectif harmonieux sont caractérisées par :

- Une disponibilité affective de l'adulte
- Une souplesse des réponses de l'adulte
- De la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les interactions seront perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. Ainsi, on verra apparaître des symptômes cliniques chez le nourrisson (troubles psychologiques à expression somatique, dépression du nourrisson ...) pouvant signifier :

- Soit une insuffisance dans l'attachement avec une carence affective
- Soit un défaut de protection avec envahissement de la relation par les angoisses de l'adulte

5-1-1-2. L'attachement mère-enfant et DPP

La DPP nuit aux interactions mère-enfant entraînant une réactivité maternelle pauvre.^{13, 35, 36}

Les mères déprimées sont plus irritables, quelquefois brutales, ou au contraire asthéniques et abouliques. Elles stimulent insuffisamment le nourrisson, apportent peu d'émotions gratifiantes, et peuvent se montrer négligentes. Elles tendent aussi à minimiser les contacts, à utiliser le langage de façon plus intrusive et moins congruente et à se montrer mal à l'aise en relation directe de corps à corps.⁴

Un protocole expérimental de **still face** démontre l'effet désorganisateur sur le nourrisson de brèves périodes de visage immobile. Le nourrisson répond par un **comportement de détresse** (expression fermée du visage, affaissement du corps, repli sur soi) et une **réaction de retrait** (détournement du regard, de la tête).⁴

Les études ont suggéré que ces difficultés dans les interactions mère-enfant pourraient être dues, en partie, au fait que les mères déprimées perçoivent le comportement de leurs enfants de façon plus négative. Étant donné que le développement d'une relation solide mère-enfant dépend de la capacité de la mère à répondre de façon appropriée aux signaux du nourrisson, et comme la communication du nourrisson dérive des expressions faciales, ils supposent que les mères avec une DPP sont touchées différemment et sont moins sensibles aux expressions faciales de leurs enfants, les évaluant donc de façons plus négatives.^{35, 37}

Des études utilisant « la tâche de morphings* » ont examiné les réponses des mères aux expressions faciales du nourrisson dans le contexte de la dépression. Elles ont montré que la dépression se caractérise par des difficultés dans le traitement des affects positifs, peut-être plus encore que par le biais de la transformation de l'affect négatif.^{35, 37} Ainsi, les

mères déprimées ont plus de difficultés à identifier les visages heureux de leur nourrisson et elles ont tendance à avoir des enfants au visage plus triste.^{35, 37} Ceci est particulièrement important parce que si les mères souffrant de dépression ont des difficultés à identifier les visages heureux de leurs nourrissons, ceci peut rendre leur réponse à leurs nourrissons moins positive et plus négative. Cette constatation soulève un mécanisme possible par lequel la dépression mène à une réactivité maternelle négative et, par conséquent, à des difficultés ultérieures dans le développement de l'enfant.³⁷

Elles prennent peu de plaisir aux soins et aux interactions et s'en rendent souvent responsables. Vite ennuyées et irritées par leurs bébés, elles ont tendance à commenter négativement ce que fait leur enfant et à exprimer à son sujet moins d'affects positifs. Elles se révèlent moins stimulantes dans le jeu, dans les interactions verbales et dans leur capacité à fournir à l'enfant un environnement stimulant, à la fois matériel (amener des objets, favoriser l'exploration d'une nouvelle situation) et relationnel (l'isolement et la dépression maternelle ne favorisent pas les contacts avec des figures non familières). Elles peinent à transmettre à leur enfant les stratégies de socialisation. Elles utilisent moins les explications, les suggestions et leur langage semble moins complexe et plus pauvre en interrogations. Face à une situation d'apprentissage, elles stimulent moins et encouragent moins leur enfant à la réussite. Les mères déprimées ont une réaction particulière aux mouvements d'individualisation de leur enfant.⁴

Elles saisissent moins la différence entre les comportements appropriés de leur enfant et ceux qui sont inadéquats. De ce fait, elles peuvent se montrer incohérentes dans leur attitude parentale. Rapidement débordées par toute situation de stress, elles sont désorganisées par les expressions de malaise de leur enfant, aggravant leur désarroi. Indécises face à leur bébé en détresse, elles réagissent plus tardivement aux pleurs et aux geignements.⁴

Certaines femmes perçoivent douloureusement l'absence d'intérêt pour le nourrisson, et souvent n'osent pas s'en plaindre tant l'entourage idéalise le fait d'être mère. Réciproquement, le comportement de leur bébé peut accroître leur inquiétude : interprétant à l'égale d'un rejet le nourrisson qui se détourne d'elles, elles sont confortées dans l'idée qu'elles sont de mauvaises mères. Un cercle vicieux alimente le sentiment de mésestime d'elles-mêmes, renforçant leur attitude de repli et/ou leur agressivité.⁴

A plus long terme, la DPP constitue un facteur de risque pour le développement de l'enfant, augmentant le risque de survenue de modifications affectives, comportementales ou cognitives, toutefois souvent discrètes. Il est souvent suggéré que des distorsions interactives précoces persistantes induisent des modifications sur le développement de l'enfant.^{4, 7}

5-1-2. Conséquences sur le développement de l'enfant

La DPP augmente le risque de conséquences néfastes sur le développement de l'enfant.⁸

La DPP nuit au développement neurologique de l'enfant :¹³

- Moins bon résultat sur les tâches cognitives
- Diminution des compétences linguistiques et des tâches sur le concept d'objets de Piaget*
- Inattention, comportement antisocial et névrotique, à l'école et à la maison

Les mères souffrant de DPP ont des difficultés à répondre adéquatement aux besoins de leur enfant. Ces difficultés influent négativement sur le développement de l'enfant :¹⁵

- Difficultés d'apprentissage
- Trouble de l'attention et du langage
- Trouble dans la régulation émotionnelle

A l'âge de 6 mois, les enfants de mères atteintes de DPP présentent :³⁰

- Une communication verbale et visuelle réduite
- Des troubles du sommeil
- Des troubles de l'alimentation
- Un comportement d'évitement (aversion du regard, tournant le corps à distance)
- Une diminution de la régulation de l'affect
- Un retard staturo-pondéral.

A court et à long terme, la DPP aura des conséquences sur le développement cognitif, affectif, social, et comportemental de l'enfant, ainsi que sur l'attachement sécurisé.^{15, 22, 38}

A long terme, l'état de santé de l'enfant peut être affecté avec risque accru de : ³⁰

- Trouble du développement neurologique
- Difficultés motrices
- Troubles émotionnels et comportementaux (par exemple des comportements violents)
- Dépression ou troubles anxieux (dont les troubles paniques) dans l'enfance ou à l'adolescence ^{6, 30}

Ainsi, à long terme, les aptitudes cognitives, psychologiques, verbales et sociales seront réduites. Ceci pouvant perdurer jusqu'à la puberté. Pawlby et al. ont constaté qu'à l'âge de 16 ans, ils ont quatre fois plus de chance de développer des troubles affectifs. ^{10, 21}

5-1-3. Infanticide

La DPP augmente le risque d'infanticide. ⁸

Chandra et al. (2012) ont montré que 60,7% des femmes qui avaient des pensées infanticides avaient une DPP grave, et 27,6% avaient une psychose puerpérale ou des troubles bipolaires. ¹⁰

Ce sont les nourrissons dans leur première année de vie qui sont le plus à risque. ¹⁰

5-2. Conséquences sur le conjoint

La DPP augmente le risque de conséquences néfastes sur la relation conjugale. ⁸

La DPP peut provoquer la dépression du conjoint ^{14, 30, 36}, causer ou aggraver les problèmes conjugaux ^{14, 30, 36}, et même conduire à la séparation ou le divorce. ³⁶

Le risque chez les conjoints de développer une dépression est de 40 à 50%. ³⁰

5-3. Conséquences sur la mère

La DPP augmente le risque de chronicité de la dépression et le risque de suicide. ⁸

La morbidité psychiatrique augmente pendant la grossesse et le post-partum. ³⁹ C'est pourquoi le suicide est l'une des principales causes de décès maternels dans la période périnatale. ^{39, 40}

20% des décès en post-partum sont attribués à des suicides suite à une DPP. ¹

Les suicides correspondent le plus souvent à des automutilations : utilisation de paraffine ou de poison, noyade, pendaison, brûlure, ou elle se jette sous une voiture. Ces actes reflètent un fort sentiment de désespoir.²³

Les pensées suicidaires sont des marqueurs de risque accru de suicide. Par conséquent, elles doivent être un sujet d'inquiétude pour le professionnel de santé lors du dépistage de la dépression post-partum. A cet effet, la question 10 de l'EPDS évoque la présence potentielle d'idées suicidaires. Si la réponse est « oui, assez souvent », un traitement doit immédiatement être mis en place avec une thérapie cognitivo-comportementale et un antidépresseur.⁴⁰

4% des femmes ont des pensées suicidaires autour de la sixième semaine du post-partum.⁴⁰ Dans l'ensemble, les suicides et les tentatives de suicides sont rares car les réseaux de soutien, les contacts plus étroits avec le système de santé, et le souci de l'enfant semblent exercer des effets protecteurs.¹⁰

Selon Appleby et al. (2012), les femmes souffrant de troubles psychiatriques sont particulièrement à risque de suicide en post-partum : 72 fois plus de risque dans la première année du post-partum.¹⁰

6. Prévention et dépistage

6-1. Dépistage

6-1-1. L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

L'EPDS est l'outil le plus employé pour le dépistage de la DPP.^{1, 36} Il a été conçu par Cox et al. en 1987.^{36, annexe n°3}

L'EPDS est un outil validé pour une utilisation pendant la grossesse et la période du post-partum. L'EPDS est un questionnaire d'auto-évaluation composé de dix questions auxquelles le patient attribue une note allant de zéro (aucun symptôme) à trois (symptômes graves), de sorte qu'un score final de 0 à 30 points peut être obtenu.^{16, 17} Un score seuil est défini : le plus souvent on considère que la patiente est atteinte de DPP quand le score est supérieur ou égal à 12.^{1, 16, 36}

Pour déterminer le score seuil, trois caractéristiques entrent en compte : ⁴¹

- La sensibilité du test : c'est le reflet de la capacité du test à repérer les états dépressifs.
- La spécificité du test : c'est la capacité de discrimination des sujets non déprimés.
- La valeur prédictive positive du test : c'est le risque, pour un sujet donné, qu'avec un score supérieur à la note seuil, le sujet soit déprimé.

L'EPDS nécessite généralement au moins cinq minutes pour être rempli et même plus à être interprété. S'il y avait des instruments de dépistage simplifiés, les professionnels de santé obstétricaux seraient en mesure d'identifier plus facilement les femmes ayant des symptômes dépressifs. Les EPDS simplifiés peuvent avoir une précision suffisante pour identifier les femmes à risque de dépression. ⁴²

6-1-2. Les autres tests utilisés dans le dépistage de la DPP

Tous les instruments de dépistage de la dépression peuvent être utilisés pendant la grossesse et la période post-partum. ⁴²

SF-36 est une échelle d'auto-évaluation sur la qualité de vie, issue de la « Medical outcomes Study » (Ware and Sherborne 1992). Elle se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 36 questions, qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Elle évalue huit dimensions de la santé. Pour chacune des dimensions, on obtient un score variant de 0 à 100, les scores tendant vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie. A partir de ces 8 échelles, il est possible de calculer deux scores synthétiques qui ont été identifiés par analyse factorielle : un score agrégé de santé publique et un score agrégé de santé mentale. ^{36, 43} Ainsi, le SF-36 évalue la qualité de vie et les symptômes dépressifs associés à une incapacité dans les activités quotidiennes, montrant une corrélation linéaire entre le degré de dépressivité et un handicap physique et mental. ^{12, annexe n°4}

SF-12 est une échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie. Elle correspond à une version raccourcie de l'échelle SF-36, et comporte donc 12 questions au lieu de 36. Elle permet d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie mental et social, ainsi qu'un score de qualité de vie physique. ^{26, 43, 44, annexe n°5}

PHQ-9 est une échelle de mesure de la dépression. C'est un questionnaire sur la santé du patient (QSP) à neuf items. C'est un outil précieux pour le dépistage de la dépression au niveau des soins primaires.^{45, 46} Pour poser le diagnostic de dépression majeure, il faut au moins cinq réponses avec un score supérieur ou égal à deux, dont nécessairement la réponse un et deux (score ≥ 2).^{47, annexe n°6}

PHQ-2 s'intéresse à la fréquence de l'humeur dépressive et de l'anhédonie* au cours des deux dernières semaines. Le PHQ-2 est composé des deux premières questions du PHQ-9. Réduire l'évaluation de la dépression à deux questions de dépistage améliore l'enquête de routine dans les soins primaires.^{45, 48} Le but de ce test n'est pas d'établir un diagnostic définitif, ni de surveiller la gravité de la dépression, mais plutôt de dépister la dépression dans une démarche de première étape. Les patientes, pour lesquelles le dépistage s'avère positif, devraient être évaluées avec le PHQ-9 afin de déterminer si elles répondent aux critères d'un trouble dépressif.⁴⁸ Le score varie de zéro à six. Le score seuil optimal est de trois donc pour un score supérieur ou égal à trois, on parle de dépression.^{48, annexe n°7}

6-2. Prévention

Une prévention psychosociale et psychothérapeutique est conseillée.¹⁰

Le risque diminue chez les femmes ayant reçues un soutien intensif d'une sage-femme après l'accouchement. Le but est de réduire les facteurs de risque, augmenter la compétence des parents, résoudre les problèmes, et faciliter le traitement des symptômes existants.¹

CHAPITRE 2 :

LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

La dépression majeure légère ne nécessite pas de traitement antidépresseur, seul un soutien psychologique et une surveillance sont recommandés. Cependant, toutes les patientes répondant à la définition de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée ou sévère doivent être traitées par des antidépresseurs, en association à une psychothérapie.¹¹

Pour les dépressions majeures sévères, l'hospitalisation en psychiatrie est recommandée lorsque le risque suicidaire est élevé, en cas de retentissement somatique marqué (anorexie notamment), en présence de symptômes psychotiques, ou lorsque l'entourage familial ou social de la patiente est insuffisant. Lorsque c'est possible, cette hospitalisation s'effectue dans une unité d'hospitalisation mère-bébé (UHMB). Ceci afin de ne pas aggraver, par une séparation, la culpabilité de la mère et pour permettre de développer les liens mère/enfant le plus rapidement possible. Bien entendu, cette hospitalisation n'est possible que lorsque toutes les conditions de sécurité sont réunies. Quand la mère est hospitalisée seule, des rencontres régulières avec l'enfant doivent être organisées dans le but de préserver la relation entre la mère et son bébé.¹¹

En présence de dépression avec une agitation importante et une insomnie marquée, il est préférable d'utiliser une substance à activité sédatrice. On ajoutera si nécessaire un anxiolytique et/ou un hypnotique qui sera cependant progressivement diminué et arrêté dès que l'état dépressif s'améliorera.³²

Pour les dépressions majeures avec des caractéristiques psychotiques, les antidépresseurs seront utilisés en association avec des antipsychotiques. Dans ce cas, on utilisera en première intention les antidépresseurs tricycliques.¹¹

1. Traitements pharmacologiques

La mise en place du traitement doit être précédée d'une analyse minutieuse des avantages et des risques, et les souhaits de la mère à l'égard de l'allaitement doivent être respectés.¹⁰

1-1. Les Antidépresseurs

(11)-(32)

On distingue quatre grandes classes d'antidépresseurs :

- Les antidépresseurs tricycliques (ATC) et apparentés
- Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN)
- Les autres antidépresseurs

Dans tous les cas, le traitement antidépresseur s'articule autour de trois étapes :

- Le traitement de la crise dépressive : Il vise à obtenir une rémission partielle puis une rémission complète en raccourcissant la durée de l'épisode. L'amélioration des symptômes ne survient qu'après deux à quatre semaines de traitement, et la rémission complète n'est obtenue qu'au bout de 6 à 12 semaines de traitement.
- Le traitement de consolidation : Il vise à prévenir les rechutes. Il dure de 4 à 12 mois.
- Le traitement de prévention : Il vise à prévenir les récurrences.

L'efficacité du traitement ne peut être évaluée qu'au bout de la quatrième à la huitième semaine de traitement.

La durée du traitement est donc d'au moins six mois, et souvent de un an afin de minimiser les risques de rechutes.

Le traitement idéal repose toujours sur une monothérapie.¹⁰ L'association de deux antidépresseurs n'est pas recommandée sans avis spécialisé.

Les substances avec un métabolisme faible, une capacité de liaison aux protéines élevée, et un faible potentiel d'interaction doivent généralement être préférées.¹⁰

Il est recommandé de prescrire en première intention un ISRS ou un ISRN.

En cas d'échec du traitement par ISRS ou ISRN ou par un médicament de la classe des autres antidépresseurs, on prescrira en deuxième ou troisième intention des antidépresseurs tricycliques.

Pour les patientes résistantes à tous les traitements pharmacologiques, on passe à l'électroconvulsivothérapie (ECT).

Les consultations doivent être nombreuses en début de traitement et le prescripteur doit veiller à ne pas offrir aux patientes la possibilité de disposer de quantités importantes de psychotropes (risque d'intoxication volontaire).

1-1-1. Posologie

Le traitement est institué de façon progressive, par paliers de deux ou trois jours, avec une surveillance étroite des effets indésirables somatiques, de la levée de l'inhibition psychomotrice (passage à l'acte suicidaire) et d'une éventuelle inversion de l'humeur avec virage maniaque (patiente bipolaire).^{11, 49}

Il est possible d'augmenter les doses jusqu'à la posologie maximale recommandée par l'AMM.^{11, 49}

En raison de la longue demi-vie de ces substances, il est de plus en plus conseillé de donner la dose journalière non pas en plusieurs fois mais, autant que possible en une seule prise. Les antidépresseurs à activité sédatrice seront pris de préférence avant le dîner ou le coucher, en avertissant la patiente que la prise unique vespérale n'a pas pour but de la faire dormir mais qu'elle vise seulement à son confort vis-à-vis des effets secondaires et à faciliter la régularité de la prise.^{11, 49}

L'arrêt du traitement doit toujours être progressif et programmé avec la patiente. La période de diminution est généralement comprise entre un et six mois :^{11, 49}

- En cas de traitement d'une durée inférieure à un an : l'arrêt se fait en quelques semaines, en diminuant par exemple de ¼ toutes les semaines la dose journalière.
- En cas de traitement d'une durée supérieure à un an : l'arrêt se fait en quelques mois, en diminuant par exemple de ¼ tous les mois la dose journalière.

Cette période d'arrêt doit s'accompagner d'une augmentation de la fréquence des consultations, du fait du risque de réapparition des symptômes qui ont nécessité la mise en place du traitement.¹¹

Des symptômes sévères peuvent apparaître à l'arrêt du traitement : anxiété, culpabilité, cauchemars, insomnies, vertiges, syndrome pseudo grippal. On parle du « **syndrome de discontinuation** ». Ils sont prévenus par un sevrage très progressif.⁴⁹

1-1-1-1. Les ATC et apparentés

<u>Dénomination commune internationale (DCI)</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Posologie usuelle en mg/jour</u>	<u>Nombre de prises/jour</u>
Amitriptyline	Elavil ^R	75 à 150	Prise fractionnée
Amitriptyline	Laroxyl ^R	75 à 150	Prise fractionnée
Amoxapine	Défanyl ^R	100 à 400	1 prise vespérale à 3 prises
Clomipramine	Anafranil ^R	75 à 150	Une prise quotidienne
Dosulépine	Prothiaden ^R	75 à 150	Une prise quotidienne
Doxépine	Quitaxon ^R	10 à 300	Une prise quotidienne vespérale
Imipramine	Tofranil ^R	75 à 150	Une prise quotidienne avant 16H (risque d'insomnie)
Maprotiline	Ludiomil ^R	75 à 150	Une prise quotidienne de préférence vespérale
Trimipramine	Surmontil ^R	75 à 150	Une prise quotidienne de préférence vespérale

**Tableau 3 : Principaux antidépresseurs de la famille des tricycliques et apparentés utilisés
dans le traitement de la dépression modérée à sévère** ^{11, 32, 49, 50}

1-1-1-2. Les ISRS

<u>Dénomination commune internationale</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Posologie usuelle en mg/jour</u>	<u>Nombre de prises/jour</u>
Citalopram	Séropram ^R	20 à 60	Une prise quotidienne
Escitalopram	Séroxal ^R	10 à 20	Une prise quotidienne
Fluoxétine	Prozac ^R	20 à 60	Une ou plusieurs prises quotidiennes
Fluvoxamine	Floxyfral ^R	50 à 100	Une prise vespérale
Paroxétine	Déroxat ^R	20 à 50	Une prise quotidienne
Paroxétine	Divarius ^R	20 à 50	Une prise quotidienne
Sertraline	Zoloft ^R	50 à 200	Une prise quotidienne

**Tableau 4 : Principaux antidépresseurs de la famille des ISRS utilisés dans le traitement de la
dépression modérée à sévère** ^{11, 32, 49, 50}

1-1-1-3. Les ISRN

<u>Dénomination commune internationale</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Posologie usuelle en mg/jour</u>	<u>Nombre de prises/jour</u>
Duloxétine	Cymbalta ^R	60 à 120	Une prise quotidienne
Milnacipran	Ixel ^R	75 à 100	Deux prises par jour
Venlafaxine	Effexor ^R	75 à 225	2 ou 3 prises quotidiennes

***Tableau 5 : Principaux antidépresseurs de la famille des ISRN utilisés dans le traitement de
la dépression modérée à sévère*** ^{11, 32, 49, 50}

1-1-1-4. Les autres antidépresseurs

<u>Dénomination commune internationale</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Posologie usuelle en mg/jour</u>	<u>Nombre de prises/jour</u>
Mirtazapine	Norset ^R	15 à 45	Une prise vespérale
Miansérine	Athymil ^R	30 à 90	Plusieurs prises quotidiennes ou une prise vespérale unique
Tianeptine	Stablon ^R	37,5	Trois prises quotidiennes
Agomélatine	Valdoxan ^R	25 à 50	Une prise unique vespérale

***Tableau 6 : Principaux antidépresseurs de la famille des autres antidépresseurs utilisés dans
le traitement de la dépression modérée à sévère*** ^{11, 32, 49, 50}

1-1-2. Mécanisme d'action

(32)-(51)

La dépression correspond à un déficit en neurotransmetteurs monoaminergiques : noradrénaline, sérotonine et dopamine. Le but de la thérapeutique est de restaurer les taux en neurotransmetteurs monoaminergiques.

1-1-2-1. Les ATC et apparentés

Ils inhibent la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Mais ils ont une action non spécifique, entraînant une inhibition de la recapture de d'autres monoamines par liaison à certains récepteurs post-synaptiques (histaminique de type 1 soit H1, alpha-adrénergiques, muscariniques, dopaminergiques) d'où de nombreux effets indésirables.

Par conséquent, les ATC sont les médicaments les plus puissants dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs mais ils ont un profil de tolérance médiocre de part leur action non spécifique.

1-1-2-2. Les ISRS

Ils inhibent la recapture de la sérotonine par le neurone pré-synaptique en se fixant au transporteur de la sérotonine.

Ils ont une action beaucoup plus spécifique les ATC, d'où une meilleure tolérance que les ATC, améliorant ainsi l'observance du traitement. De plus, leur efficacité est comparable à celle des ATC chez les patientes suivies en ambulatoire.

1-1-2-3. Les ISRN

Ce sont des antidépresseurs d'action duale. Ils inhibent la recapture pré-synaptique de deux neuromédiateurs : la sérotonine et la noradrénaline, et ils sont dépourvus d'action post-synaptique directe. D'où une diminution des effets indésirables par rapport aux ATC.

1-1-2-4. Les autres antidépresseurs

- **La mirtazapine (NORSET^R) et la miansérine (ATHYMIL^R) :**

Ce sont deux molécules chimiquement proches qui agissent en augmentant simultanément le tonus noradrénergique et sérotoninergique.

Même si elles sont bien dotées d'une « double » activité, elles n'inhibent pas la recapture des neurotransmetteurs.

La mirtazapine a une affinité réduite pour les récepteurs α_1 , contrairement à la miansérine qui a une action α_1/α_2 équilibrée.

La miansérine est dépourvue d'activité anticholinergique.

- **La tianeptine (STABLON^R) :**

Elle accélère la recapture de la sérotonine au niveau du cortex et de l'hippocampe. Elle bénéficie d'une bonne tolérance (dépourvue d'action anticholinergique et de toxicité cardiovasculaire).

- **L'agomélatine (VALDOXAN^R) :**

Elle agit simultanément sur les récepteurs à la mélatonine situés dans les noyaux suprachiasmatiques et sur certains récepteurs sérotoninergiques : il s'agit d'un agoniste mélatoninergique MT₁ et MT₂ et d'un antagoniste 5-HT_{2c}. En plus d'être un antidépresseur efficace, l'agomélatine améliore la structure du sommeil perturbée chez les patientes déprimées. Elle permet donc d'améliorer la prise en charge des patientes résistantes aux traitements classiques.

1-1-3. Les effets indésirables

Tous les antidépresseurs entraînent un risque d'inversion de l'humeur, avec menace de passage à l'acte suicidaire dans les 15 à 20 premiers jours de traitement.^{11, 32}

Des contrôles sont nécessaires avant l'instauration de certains antidépresseurs : réalisation d'un ECG avant l'instauration d'antidépresseurs tricycliques et contrôle du taux de transaminases avant l'instauration du Valdoxan^R puis périodiquement.^{11, 32}

	ATC et apparentés	ISRS	IMAO	ISRN	Norset^R	Athymil^R	Stablon^R	Valdoxan^R
Manifestations générales	Asthénie	Asthénie Fièvre		Asthénie	Asthénie	Asthénie	Asthénie	Asthénie
Effets psychiatriques	Trouble du sommeil Somnolence diurne Excitation Insomnies Cauchemars	Excitation Insomnies Cauchemars Céphalées Migraines Dépendance psychique	Excitation Insomnies Cauchemars Dépendance psychique	Excitation Insomnies Cauchemars	Excitation Insomnies Cauchemars	Excitation Insomnies Cauchemars	Excitation Insomnies Cauchemars	Excitation Insomnies Cauchemars
Effets neurologiques	Sédation Troubles mnésiques Dysarthrie Convulsions Tremblements	Akathisie Dystonie Signes extra-pyramidaux	Polynévrite					Céphalées Vertige
Effets musculaires		Arthralgie Myalgie			Arthralgie Myalgie	Arthralgie Myalgie	Myalgie Lombalgie	Dorsalgie
Effets anticholinergiques	<u>Centraux</u> : Confusion mentale <u>Périphériques</u> : Xérostomie Constipation Troubles urinaires (rétention, dysurie) Trouble de l'accommodation mydriase	Rares		Rares	Rares	Rares	Rares	
Trouble du système nerveux autonome		Hypersudation	Constipation Rétention urinaire Bouche sèche Sueurs	Hypersudation				Hypersudation
Effets cardiovasculaires	Hypotension orthostatique Sensation de fatigue intense, vertige Tachycardie Trouble du rythme et de la conduction		Hypotension Crise hypertensive (attention aux aliments riches en tyramine)					

Troubles digestifs	Nausées Vomissements Gastralgies	Nausées Vomissements Gastralgies		Nausées Vomissements Constipation	Nausées Vomissements Diarrhées	Nausées Vomissements Diarrhées	Gastralgies Nausées Vomissements Douleurs abdominales	Nausées Vomissements Constipation Diarrhée Douleurs abdominales
Effets hépatiques			Risque d'hépatites cytolytiques	Hépatites cytolytiques ou cholestatiques (Duloxétine)		Hépatites cytolytiques ou cholestatiques		Hépatites cytolytiques ou cholestatiques
Troubles endocriniens	Prise de poids Troubles sexuels (troubles éjaculatoires et/ou dysérection chez l'homme, anorgasmie chez la femme)	Prise ou perte de poids Trouble de la libido / impuissance		Prise de poids Trouble de la libido	Prise de poids	Prise de poids		
Manifestations pulmonaires		Bâillements		Bâillements				
Troubles métaboliques		Hyponatrémie		Hyponatrémie	Hausse de l'appétit	Hausse de l'appétit		
Troubles hématologiques	Thrombopénie Leucopénie Agranulocytose Hyperéosinophilies isolées				Aplasie médullaire (risque d' agranulocytose)	Aplasie médullaire (risque d' agranulocytose)		
Organes des sens	Altération du goût Acouphènes							Vision floue

Tableau 7 : Principaux effets indésirables des antidépresseurs ^{11, 32, 49, 50}

1-1-4. Les contre-indications

	ATC et apparentés	IMAO	ISRS/ISRNa/Norset^R/ Athymil^R/Stablon^R	Valdoxan^R
CI de terrain	Hypersensibilité à l'un des constituants	Hypersensibilité à l'un des constituants	Hypersensibilité à l'un des constituants	Hypersensibilité à l'un des constituants
CI médicamenteuses	IMAO sélectifs et non sélectifs (risque de syndrome sérotoninergique) Sultopride (risque de torsade de pointe)	Bupropion (risque de crise hypertensive) Dextrométorphan Tous les autres antidépresseurs Les triptans métabolisés par la MAO (risque d'hypertension)	IMAO (risque de syndrome sérotoninergique)	Association aux inhibiteurs puissants du CYP1A2 tel que la fluvoxamine ou la ciprofloxacine
CI alimentaires	Alcool (majoration de l'effet sédatif)	Tous les aliments riches en tyramine et tryptophane (fromages fermentés, bière, viande et poisson séché...) car risque de crise hypertensive Alcool	Alcool	Alcool

Tableau 8 : Principales contre-indications des antidépresseurs ^{11, 32, 49, 50}

1-1-5. Antidépresseurs et allaitement

(4)-(49)-(52)-(53)-(54)

L'allaitement ne constitue plus une contre-indication absolue à la prescription de psychotropes.

L'arrêt de l'allaitement est une précaution pour éviter tout risque iatrogène chez le nourrisson, mais en cas de nécessité, on utilisera les molécules les plus sûres, si leurs indications apparaissent justifiées, avec des conditions strictes de surveillance.

La principale spécificité du post-partum concerne les effets potentiels sur le nouveau-né des médicaments administrés à la mère allaitante.

En effet, tous les psychotropes sont susceptibles de passer dans le lait maternel. Leur transfert dans le lait maternel s'effectue sous la dépendance de la liposolubilité et du gradient de concentration, qui permet la diffusion passive des molécules non ionisées et non liées. Les molécules ionisées, liées à des protéines de haut poids moléculaire et peu liposolubles, tendent à être moins concentrées dans le lait maternel.

Par conséquent, un équilibre délicat doit être maintenu entre le risque iatrogène pour le bébé et le bénéfice thérapeutique espéré pour la mère. C'est la balance bénéfice-
-risque.

Le bénéfice de l'allaitement en terme d'interactions, d'attachement et même de santé mentale pour la mère et l'enfant devrait, à plus long terme, infléchir les modalités de prescription dans le sens d'une extension prudente des indications.

En conclusion, éviter un retentissement délétère des psychotropes sur le bébé lorsque la mère allaite impose des contraintes :

- Privilégier les médicaments passant le moins possible dans le lait maternel
- Préférer les substances non transformées en métabolites actifs
- Privilégier les médicaments à demi-vie courte
- Utiliser les psychotropes de préférence sous forme de prise unique

Au cours de l'allaitement, on préférera les antidépresseurs suivants :

- Paroxétine et sertraline (ISRS)
- Clomipramine, amitriptyline, et imipramine (ATC)

En effet, leur passage dans le lait est faible, et leurs concentrations chez les enfants allaités sont faibles ou indétectables.

Parmi les autres antidépresseurs, les données sont beaucoup moins nombreuses et la décision d'allaiter sera prise au cas par cas (balance bénéfice-
-risque).

1-2. Les Anxiolytiques ou tranquillisants

Ils sont destinés à traiter, parfois prévenir, les troubles anxieux.^{11, 32}

Une famille unique recouvre la presque totalité des médicaments anxiolytiques prescrits aujourd'hui : celle des benzodiazépines (BZD).^{11, 32}

Les BZD sont indiquées en première intention. Elles agissent sur les symptômes physiques et sur les troubles du sommeil.^{11, 32}

L'évaluation de l'efficacité du traitement a lieu au bout de quatre à six semaines.^{11, 32} En cas d'efficacité insuffisante et de bonne tolérance, la posologie sera augmentée par paliers jusqu'à une dose maximale, variable selon la molécule utilisée.^{11, 32}

Les anxiolytiques doivent toujours être prescrits dans le strict respect des conditions fixées par la commission d'AMM : respect des indications, des posologies, et des durées de prescription (la durée maximale réglementaire ne peut excéder 12 semaines).^{11, 32}

L'arrêt du traitement sera toujours progressif afin d'éviter l'apparition d'un syndrome de sevrage ou d'un effet rebond, même après une prescription de courte durée. L'arrêt doit s'étaler de plusieurs semaines à plusieurs mois et la diminution s'effectue par paliers de 10 à 25% de la dose.^{11, 32}

La recherche d'une efficacité rapide peut conduire à la coprescription initiale et pour une courte durée d'une BZD et d'un antidépresseur type ISRS (paroxétine) ou ISRNA (venlafaxine). Mais cette coprescription n'est pas recommandée.^{11, 32}

Il ne faut pas associer deux anxiolytiques, et il ne faut pas reconduire systématiquement et sans réévaluation préalable une prescription d'anxiolytiques.^{11, 32}

1-2-1. Les posologies

Le schéma posologique des anxiolytiques est adapté au terrain, à la puissance relative de la molécule et à la symptomatologie.^{11, 32}

Il faut toujours débiter le traitement par la posologie la plus faible.^{11, 32}

L'administration des anxiolytiques est répartie sur la journée, en trois à quatre prises par jour selon les besoins.^{11, 32}

Familles	DCI	Spécialités	Posologie en mg/j
Benzodiazépines	Alprazolam	Xanax ^R	0,5-4
	Bromazépam	Lexomil ^R	3-12
	Clobazam	Urbanyl ^R	10-60
	Clorazépate	Tranxène ^R	5-100
	Lorazépam	Témesta ^R	2-5
	Nordazépam	Nordaz ^R	7,5-15
	Oxazépam	Séresta ^R	30-60
	Prazépam	Lysanxia ^R	20-40
	Etifoxine	Stresam ^R	150

Tableau 9 : Principaux anxiolytiques utilisés dans les troubles du post-partum ^{11, 32, 49, 50}

1-2-2. Mécanisme d'action

(32)-(51)

Ce sont des agonistes allostériques des récepteurs GABAérgiques de type A. Ainsi, elles se fixent sur un site des récepteurs GABA-A, distinct de celui du GABA, augmentant l'affinité du GABA pour son propre site de fixation. On parle d'**effet allostérique positif**.

La fixation des benzodiazépines sur le récepteur GABA-A augmente la fréquence d'ouverture du canal chlorure, induisant un afflux d'ions chlorures qui hyperpolarise la membrane du neurone. Par conséquent, on aura une inhibition plus forte au niveau du système nerveux central.

Cette action sur la transmission GABAérgique leur confère les propriétés suivantes :

- Une action anxiolytique
- Une action sédatrice
- Une action myorelaxante
- Une action anticonvulsivante
- Une action amnésiante
- Une action orexigène

1-2-3. Les effets indésirables

Manifestations générales	Hypotonie musculaire
Effets neuropsychiatriques	Somnolence résiduelle Diminution de la vigilance et des réflexes Diminution des performances psychomotrices Amnésie antérograde Réactions paradoxales (irritabilité, agressivité, confusion, excitation) Dépendance psychique et physique
Effets respiratoires	Dépression respiratoire
Effets cardiovasculaires	Palpitations Ralentissement du rythme cardiaque Hypotension ...
Effets endocriniens	Trouble de la libido
Effets cutanés	Réactions allergiques Photosensibilisation

Tableau 10 : Principaux effets indésirables des anxiolytiques ^{11, 32, 49, 50}

1-2-4. Les contre-indications (CI)

CI de terrain	Hypersensibilité à l'un des constituants Insuffisance respiratoire sévère Apnée du sommeil Myasthénie
CI médicamenteuses	Dépresseurs du SNC (potentialisation de l'action centrale des BZD)
CI alimentaires	Alcool (majoration de l'effet sédatif)

Tableau 11 : Principales contre-indications des anxiolytiques ^{11, 32, 49, 50}

1-2-5. Anxiolytique et allaitement

(4)-(49)-(53)-(54)

L'anxiolytique de choix au cours de l'allaitement est l'oxazépam, avec si possible une posologie de 10 mg trois fois par jour.

Chez les enfants allaités, on surveillera par précaution l'apparition de signes de sédation (sommeil prolongé, diminution de la succion, mauvaise prise de poids ...).

En ce qui concerne les autres anxiolytiques, il est préférable de ne pas les utiliser en cours d'allaitement ou de ne pas allaiter si leur usage s'avère nécessaire car :

- Soit leur passage dans le lait n'est pas négligeable, avec parfois des effets indésirables signalés chez des enfants allaités.
- Soit leur passage dans le lait n'est pas évalué, et leurs caractéristiques pharmacologiques ne permettent pas d'écarter un risque pour l'enfant allaité.

1-3. Les hypnotiques

Ils sont indiqués dans les troubles du sommeil pour leur capacité à induire ou à maintenir le sommeil.^{11, 32}

Un traitement de l'insomnie doit toujours intégrer des mesures d'hygiène de vie et prendre en compte l'étiologie des troubles. Un traitement spécifique de la cause de l'insomnie est nécessaire lorsque l'étiologie est psychiatrique (dépression, psychose ...).^{11, 32}

Leur durée de prescription est limitée à quatre semaines.^{11, 32}

L'arrêt doit s'effectuer de manière progressive afin d'éviter un syndrome de sevrage ou un effet rebond (sensation de mauvais sommeil pendant une ou plusieurs nuits). Cet arrêt devant être effectué durant les 4 semaines de traitement.^{11, 32}

En première intention, on prescrit les benzodiazépines ou ses apparentés. Mais récemment, la mélatonine a été proposée dans le traitement de la dépression post-partum et de la psychose puerpérale, car auparavant elle était réservée aux personnes de plus de 55 ans.²¹

1-3-1. Les posologies

L'administration des hypnotiques se fait toujours par voie orale et en une **prise unique** le soir **au coucher**.^{11, 32}

La mélatonine doit être prise 1 à 2H avant le coucher.^{11, 32}

Familles	DCI	Spécialités	Posologie en mg/j
Benzodiazépines	Loprazolam	Havlane ^R	0,5-1
	Lormétazépam	Noctamide ^R	0,5-2
Imidazopyridines	Zolpidem	Stilnox ^R	10-20
Cyclopyrrolones	Zopiclone	Imovane ^R	7,5
Mélatoninergiques	Mélatonine de synthèse	Circadin ^R	2

Tableau 12 : Principaux hypnotiques utilisés dans les troubles du post-partum^{11, 32, 49, 50}

1-3-2. Le mécanisme d'action

Les Benzodiazépines et apparentés : Ce sont des agonistes des récepteurs GABA-A. Les apparentés aux benzodiazépines sont mieux tolérés car ils se fixent plus spécifiquement aux récepteurs.^{32, 51}

La Mélatonine de synthèse : C'est une hormone sécrétée par l'épiphyse, de structure voisine de celle de la sérotonine. Elle est impliquée dans la régulation du rythme circadien. Son action hypnotique est induite par sa liaison aux récepteurs mélatoninergiques centraux MT1, MT2. Elle est indiquée dans le traitement court de l'insomnie primaire.^{32, 51}

1-3-3. Les effets indésirables

	BZD	Apparentés aux BZD
Manifestations générales	Hypotonie musculaire	Hypotonie musculaire
Effets neuropsychiatriques	• Somnolence résiduelle • Diminution de la vigilance et des réflexes • Diminution des performances psychomotrices • Amnésie antérograde • Réactions paradoxales (irritabilité, agressivité, confusion, excitation) • Dépendance psychique et physique	
Effets digestifs		Nausées Vomissements Diarrhées
Effets hépatiques		Hausse des transaminases

Tableau 13 : Principaux effets indésirables des hypnotiques ^{11, 32, 49, 50}

1-3-4. Les contre-indications

CI de terrain	Insuffisance respiratoire Apnée du sommeil Myasthénie
CI médicamenteuses	Dépresseurs du SNC Rifampicine (apparentés aux BZD)
CI alimentaires	Alcool

Tableau 14 : Principales contre-indications des benzodiazépines et apparentés ^{11, 32, 49, 50}

1-3-5. Hypnotiques et allaitement

(4)-(49)-(53)-(54)

A ce jour, les deux hypnotiques dont l'utilisation est possible pendant l'allaitement (dans le respect des indications) sont :

- Zolpidem
- Zopiclone

La quantité ingérée par l'enfant via le lait est très faible (moins de 1% de la dose maternelle pour zolpidem et 1,2% pour zopiclone). De plus, aucun évènement particulier n'a été signalé à ce jour chez les enfants allaités par des mères sous zolpidem ou sous zopiclone. Au vu de ces éléments, l'utilisation de zolpidem et de zopiclone en une prise unique le soir est possible chez une femme allaitante. La prise aura lieu juste après la dernière tétée du soir et la durée du traitement sera la plus brève possible.

2. Traitements somatiques

L'efficacité et la tolérance des traitements pharmacologiques ont réduit la place des traitements somatiques en psychiatrie. Il reste cependant des affections résistantes et certaines formes cliniques sont tellement sensibles aux traitements somatiques, qu'elles constituent pour ces traitements des indications privilégiées.⁵⁵

2-1. L'Électroconvulsivothérapie (ECT)

(55)

On appelle électroconvulsivothérapie ou sismothérapie une technique de soins dans laquelle une crise d'épilepsie généralisée est déclenchée par le passage du courant électrique à travers la boîte crânienne sur laquelle on pose deux électrodes.

Le traitement par ECT utilise plusieurs techniques. Les appareils se différencient par le type de courant délivré (sa forme) ainsi que par le choix d'un courant constant, d'un voltage constant ou d'un niveau d'énergie délivré constant : le courant peut être sinusoïdal ou bref pulsé. Cette dernière forme de courant, d'usage plus récent, a l'avantage de requérir moins d'énergie, donc d'induire moins d'effets délétères sur le plan cognitif.

La place des électrodes détermine l'efficacité du traitement mais aussi l'intensité des effets secondaires cognitifs. Les électrodes peuvent être placées unilatéralement sur l'hémisphère non dominant (généralement l'hémisphère droit, une électrode en position

fronto-temporale et l'autre en position pariétale) ou de manière bilatérale (bifrontotemporale). Le placement unilatéral induit moins de confusion et de dysmnésie, mais il est moins efficace lorsque la stimulation est trop proche du seuil convulsif, ce qui oblige à délivrer des niveaux d'énergie plus élevés. Le placement bilatéral, plus efficace, est le plus souvent adopté, parfois en cours de cure lorsque la réponse à l'ECT unilatérale semble insuffisante.

La quantité d'énergie à délivrer est déterminée selon divers algorithmes (en particulier selon l'âge et le sexe) qui ont en commun de dépasser significativement le seuil épileptogène de chaque patient. La méthode recommandée consiste à évaluer ce seuil empiriquement au début de la cure pour stimuler à une fois et demie (ECT bilatérale) ou 3 fois (ECT unilatérale) cette valeur afin de réduire le risque d'effets cognitifs. Le seuil augmente au cours de la cure et la quantité d'énergie doit être progressivement ajustée.

Avant l'ECT, un bilan clinique et paraclinique doit être réalisé. Il vise à confirmer l'indication du traitement et à dépister les contre-indications éventuelles.

La consultation de l'anesthésiste et du cardiologue a lieu 48H avant la séance. Les médicaments connus pour leur neurotoxicité avec l'ECT comme le lithium, ou augmentant le seuil épileptogène comme les Benzodiazépines et les thymorégulateurs, sont pris en compte.

Un consentement aux soins est demandé au patient, dûment informé, ou si nécessaire à un tiers (famille, curateur/tuteur).

Le malade doit être à jeun au moins 6H avant la séance.

En prémédication, le patient reçoit, en présence de l'anesthésiste :

- Un anesthésique d'action rapide et brève
- Un myorelaxant (généralement la succinylcholine) qui masque les manifestations tonico-convulsives.
- Un anticholinergique qui s'oppose à la bradycardie vagale initialement induite par la stimulation.
- Un curare afin de téjaniser les muscles.

Avant l'application du stimulis, insérer un protège-dents pour protéger les dents et la langue pendant les convulsions et s'assurer que le lit est électriquement isolé.

Seul le psychiatre est habilité à envoyer la décharge électrique.

Pendant la crise, un ECG, un monitoring de la pression artérielle, une oxymétrie de pouls permettent de surveiller le patient, et une ventilation est prévue jusqu'au retour de la respiration spontanée.

La durée de la crise est monitorée par un tracé EEG continu. La durée de la crise et sa forme sont analysées car elles sont déterminantes dans l'efficacité du traitement.

Une crise dont la durée dépasse trois minutes est considérée comme prolongée et doit être interrompue pharmacologiquement (benzodiazépines).

Le malade est ensuite surveillé en salle de réveil.

L'ECT est indiquée en cas d'échec du traitement pharmacologique.^{5, 31} Mais elle peut être proposée en première intention lorsqu'il y a nécessité d'une réponse thérapeutique rapide, des traitements alternatifs non tolérés, et des antécédents de réponse favorable à l'ECT. Un recours rapide à l'ECT dans les choix thérapeutiques successifs peut éviter aux patients des traitements longs, pénibles et inefficaces.

Le nombre de séances est variable : en moyenne de 6 à 12 semaines, à raison de deux à trois séances par semaine. Le rythme de trois séances par semaine entraîne une amélioration plus rapide, au prix d'effets secondaires cognitifs plus marqués.

L'ECT ne guérit aucune maladie, mais peut induire une rémission en cas d'épisode aigu. Ainsi, il est indispensable d'organiser un relai par antidépresseur, n'ayant pas échoué précédemment, avant la fin des séances d'ECT afin de prévenir les rechutes. Chez les patientes résistantes aux traitements pharmacologiques, on poursuit les séances d'ECT, en les espaçant. Sans traitement de relais, près de 50% des patientes rechutent, généralement dans les six mois qui suivent (c'est-à-dire au cours de la période de consolidation).

Les effets secondaires vont d'incidents bénins (myalgies) jusqu'à des incidents graves, qui restent très rares. Le risque de décès (0,5/10 000) équivaut au risque encouru lors d'une intervention chirurgicale mineure.

Les effets secondaires sont de deux types :

- Cardiaques : Ils vont de la tachycardie sinusale à l'arythmie ventriculaire sévère. On n'observe jamais de lésions myocardiques. L'hypertension artérielle transitoire est l'effet le plus fréquent.
- Nerveux : Une confusion transitoire suit la crise, et une dysmnésie (antérograde et rétrograde) est également fréquente. Ces troubles cognitifs sont de fréquences variables et dépendent des paramètres techniques (placement des électrodes, quantité d'énergie délivrée, fréquence des traitements, etc...). La mémoire autobiographique et les autres types de mémoires sont également touchés. Après l'ECT, les troubles mnésiques disparaissent en quelques semaines ou quelques mois.

Les contre-indications absolues à l'ECT sont : l'hypertension intracrânienne et l'insuffisance cardiaque.

2-2. La stimulation magnétique transcrânienne

L'option traditionnelle est l'ECT, qui est perçue comme étant agressive, surtout parce qu'elle conduit à des troubles cognitifs transitoires, et qui peut aussi s'avérer particulièrement contre-productive dans ce contexte.⁶

Ainsi, une alternative potentiellement intéressante est proposée : **la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr)**. Elle donne des effets d'intensité similaire à l'ECT, mais elle est plus sûre (faible risque de convulsions et de troubles cognitifs) et beaucoup moins agressive.⁶

La stimulation magnétique transcrânienne consiste à diriger un champ magnétique sur une région précise du cerveau, avec une énergie un millions de fois moindre que dans l'ECT chez une patiente éveillée, sans anesthésie ni effets secondaires notables.^{5, 6, 32, 56}

Elle est dite répétée car ce traitement est délivré par trains de stimulations de hautes (> 5Hz) ou basses (≤ 1 Hz) fréquences.^{5, 32, 56}

Ces champs électriques augmentent l'efficacité de la neurotransmission, augmentent les taux métaboliques dans les tissus neuronaux concernés, et induisent l'expression des gènes prolongeant la durée des effets.⁶

Une étude a montré qu'elle améliore la fonction cognitive chez les personnes souffrant de dépression majeure. Cet effet est probablement lié au fait qu'elle module la bande d'oscillations gamma (30-50 Hz) dans le cortex préfrontal (mesurée par électroencéphalographie) grâce à la stimulation rapide des neurones GABAergiques. En ce sens, il a fait valoir que la SMTr peut produire une amélioration cognitive dans l'exécution des tâches normales, en association avec une augmentation de l'efficacité des neurones.⁶

C'est une technique de stimulation cérébrale non invasive.^{5, 32, 56}

Les stimulateurs actuellement disponibles produisent deux types de courants : biphasique et monophasique. Une stimulation corticale biphasique produit un effet plus puissant que la stimulation monophasique.^{5, 32, 56}

Les contre-indications absolues sont : les pacemakers, pompes ou autres matériels électroniques implantés, les affections cardiaques sévères, et l'hypertension intracrânienne.^{5, 32, 56}

En conclusion, parmi les traitements somatiques, l'ECT garde toute sa place dans des indications précises, surtout les troubles de l'humeur les plus sévères, et accessoirement dans d'autres pathologies psychiatriques. Le monitoring de la crise a permis de réduire les effets secondaires les plus gênants pour le patient, notamment les effets secondaires cognitifs. L'existence de formes résistantes, en particulier de dépression, continue à stimuler le développement de nouveaux traitements somatiques, dont certains, comme la STM_R, sont en passe de devenir des alternatives crédibles à l'ECT et aux traitements pharmacologiques. Cependant, l'utilisation de ces techniques reste exceptionnelle.^{5, 32, 56}

3. Psychothérapies

J. Laplanche et J.B. Pontalis définissent la psychothérapie comme « **toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade** ». ³²

Les techniques de psychothérapies sont essentiellement fondées sur l'utilisation de la parole, associée ou complétée par des médiations corporelles.⁵⁷

Les psychothérapies se déroulent dans un cadre précis défini par le thérapeute : lieu, durée des séances, fréquence et modalités techniques.⁵⁷

Elles peuvent bénéficier à toute personne ayant une souffrance psychique, exprimée par des symptômes tels que : angoisse, tristesse, crise de panique, phobies, obsession, dépression, idées suicidaires, perte de confiance en soi, isolement, inhibition, difficultés relationnelles, ou trouble du sommeil. Cette souffrance psychique peut être soulagée, quelquefois guérie, par une psychothérapie.⁵⁷

Dans ce cadre, on peut distinguer trois formes de procédures thérapeutiques : ³²

- Les procédures d'expression, dont l'objectif est de permettre au sujet d'exprimer les pensées et les émotions habituellement contenues ou réprimées ;
- Les procédures de prescription dont l'objectif est de donner des informations ou des conseils ; elles indiquent une manière d'agir, de penser ou de se conduire ;
- Les procédures d'insight dont l'objectif est de développer la capacité du sujet à la connaissance de soi, en particulier des souvenirs, des pensées, des affects méconnus ou refoulés.

L'engagement dans une psychothérapie nécessite de prendre en considération trois facteurs : ³²

- Les attentes du patient ;
- La création de l'alliance thérapeutique entre patient et thérapeute ;
- Et la place de la pratique psychothérapique par rapport aux interventions sociales et aux prescriptions médicamenteuses.

Le choix de la psychothérapie est réalisé en fonction de : ³²

- La gravité et de l'intensité des symptômes ;
- La notion d'accessibilité aux soins ; selon la situation géographique, il n'est pas toujours aisé d'obtenir un rendez-vous avec un psychothérapeute qualifié dans telle ou telle méthode ;
- La connaissance ou l'expérience préalable que le patient peut avoir d'une méthode ou d'un traitement, et donc sa préférence.

Il faut prendre en compte trois types d'objectifs : ³²

- Les buts de sa vie, c'est-à-dire ce que la patiente souhaite voir changer dans sa vie (symptômes, difficultés sociales, souffrance intérieure, etc...) ;
- Les buts de traitement, c'est-à-dire les traits de personnalité qui devraient pouvoir être modifiés pour répondre à ces buts de vie ;
- Les buts techniques, c'est-à-dire la capacité du patient à bénéficier de la méthode proposée et à suivre les procédures de cadre et d'interventions requises.

3-1. Psychanalyse et psychothérapie d'inspiration psychanalytique

Ces deux approches thérapeutiques sont basées sur les théories de Sigmund Freud de l'existence d'une dynamique psychologique inconsciente. Elles ont pour objectif principal de permettre au patient de prendre conscience des conflits inconscients, qui s'expriment symboliquement sous forme de symptômes et de permettre un fonctionnement plus mature. ⁵⁵

3-1-1. Psychanalyse ou « cure type »

La « cure type » représente l'approche la plus rigoureuse et la plus intensive. ⁵⁵

Elle tend à modifier la structure de la personnalité, à permettre à l'analysant de connaître la signification de ses pensées et de ses comportements et à résoudre ses conflits inconscients. ³²

La patiente est allongée sur un divan et l'analyste est derrière elle, en dehors de son champ de vision. Il est demandé à la patiente d'exprimer sans réserve et censure ce qui lui vient à l'esprit selon le jeu des associations libres, afin d'essayer de repérer les racines inconscientes des conflits. ³²

La psychanalyse nécessite un véritable engagement de la part de la patiente, qui doit être particulièrement motivée. La patiente doit aussi être capable de tolérer la frustration, l'anxiété, provoquée par le travail analytique sans régression trop intense, décompensations ou passages à l'acte impulsifs. ⁵⁵

Les séances ont lieu trois à cinq fois par semaine. Chaque séance doit être suffisamment longue pour donner le temps au travail psychique de s'élaborer. Elles sont généralement de 45 min. Il est important que la durée des séances soit fixe et que les horaires soient stables. ^{32, 65}

C'est un traitement à long terme, qui dure habituellement de trois à cinq ans, voire plus.³²

3-1-2. Psychothérapie d'inspiration psychanalytique

Elle se réfère aux mêmes principes et techniques que la psychanalyse classique, mais permet des aménagements plus souples par rapport à la cure type.⁵⁵

On en distingue deux types :⁵⁵

- La psychothérapie orientée vers l'insight ou d'expression
- La psychothérapie de soutien ou relationnelle

Les séances ont lieu une à deux fois par semaine, en face à face.⁵⁵

L'objectif reste la résolution des conflits inconscients, mais cette approche centre les échanges sur la réalité quotidienne de la patiente et limite le transfert.⁵⁵

Les indications sont plus larges que celles de la psychanalyse ; elles s'étendent aux troubles du caractère ainsi qu'aux troubles de la personnalité.⁵⁵

Dans la psychothérapie de soutien, l'élément essentiel est le soutien plutôt que l'introspection. Cette approche représente le traitement de choix chez les sujets vulnérables (surtout chez les patients psychotiques).⁵⁵

Les psychothérapies généralistes de soutien sont indiquées pour tous types de personnalités sans exception. Elles aident dans les situations difficiles de la vie, apaisent les symptômes, renforcent les capacités d'autonomie et d'adaptation, évitent les décisions inopportunes et contraires à l'intérêt de la patiente.⁵⁸

Une psychothérapie de soutien est utile lors de phases critiques de la vie. Elle permet de surmonter des circonstances difficiles (décès, accidents, changement de vie, rupture sentimentale). Elle est indiquée dans les cas où les personnes souhaitent un suivi, mais ne sont pas demandeuses d'une psychothérapie dynamique.⁵⁸

Ce type de psychothérapie généraliste est indiqué lors des hospitalisations, car le temps est limité et il n'est donc pas souhaitable d'instaurer une dynamique pour l'interrompre brusquement. Ce serait une grave erreur, car cet arrêt brusque pourrait occasionner une décompensation.⁵⁸

La psychothérapie généraliste de soutien est indiquée dans les cas de maladies multifactorielles (schizophrénie ou maniaco-dépressif) pour lesquelles la guidance est

essentielle. Il a été démontré que c'était l'association entre psychothérapie de soutien et traitement médicamenteux qui était le plus efficace.⁵⁸

Très utiles et couramment pratiquées, les psychothérapies de soutien accompagnent la patiente et, dans les cas graves évitent, par des conseils, les actions catastrophiques mettant en péril sa santé et son insertion sociale.⁵⁸

3-1-3. Psychothérapie psychodynamique brève

3-1-3-1. Généralités

(58)

L'objectif, se référant aux théories freudiennes, est de développer la prise de conscience des conflits intrapsychiques sous-jacents, ce qui permet alors des remaniements psychologiques et comportementaux.

Cette approche diffère des autres psychothérapies d'inspiration analytique : le thérapeute est actif, il intervient souvent en interprétant les associations et le discours de la patiente par rapport aux zones conflictuelles.

Le nombre de séances est déterminé avant de débiter le traitement et, thérapeute et patient précisent les objectifs du traitement qui portent sur des conflits définis, circonscrits.

Elle est indiquée chez les patientes très motivées, capables :

- De définir un objectif thérapeutique ;
- D'aborder leurs problèmes en termes psychologiques ;
- De tolérer une anxiété et/ou une tristesse, exacerbées par le processus thérapeutique.

La thérapie est contre-indiquée chez les patientes au « Moi fragile », et chez celles qui présentent un trouble du contrôle des impulsions.

3-1-3-2. Les thérapies mère-bébé

La thérapie parent-enfant favorise la formation de la famille.¹⁰

Dans le cadre des troubles post-nataux, il peut être indiqué d'intervenir en présence du nourrisson, parfois dans le service de maternité, voire à domicile.⁵⁵

La présence de l'enfant au cours des séances est primordiale, il va agir comme un véritable « catalyseur » en provoquant des changements parfois spectaculaires.⁵⁵

« En discutant de vos problèmes et de ceux de l'enfant, le thérapeute vous aidera à mieux les comprendre et tentera de les résoudre avec vous. Il vous demandera de parler aussi librement que possible de vous-même, de votre famille et de votre enfant. Sur la base de ces discussions, le thérapeute cherchera à vous livrer des éclaircissements sur les liens entre les problèmes de l'enfant et votre histoire. » ⁴

Sur le plan technique, c'est l'interprétation du conflit non résolu que le parent projette à son insu sur le bébé, qui permet de désintriquer celui-ci de la problématique parentale. Le bébé peut dès lors être reconnu et investi pour ce qu'il est. La période du post-partum, qui est élargit au moins aux deux premières années de vie de l'enfant, est particulièrement favorable à ce type de travail thérapeutique. D'une part, les bouleversements physiologiques et psychologiques qui caractérisent la grossesse et l'accouchement s'accompagnent d'une diminution des défenses, diminution qui facilite l'accès au monde interne de la mère, la rapproche de sa propre enfance et favorise un rapport empathique avec le nourrisson. D'autre part, la naissance d'un enfant, particulièrement celle d'un premier enfant, correspond à une transition développementale que la mère doit franchir. En résumé, « on peut parler de cette période comme imposant aux parents une tâche considérable de redistribution de ses investissements ». ⁵⁵

L'intervention se doit d'être précoce, car elle utilise les exceptionnelles capacités de la mère au travail psychologique en relation avec les modifications psychologiques sous le terme de préoccupation maternelle primaire qui s'étend de la fin de la grossesse au début du post-partum. La temporalité de l'intervention tient également compte de l'accélération du développement qui caractérise le nourrisson en regard d'un processus beaucoup plus lent chez l'adulte. ⁵⁵

L'essentiel est la mise en place d'un processus de changement, bénéfique à la parturiente, à l'occasion de la crise que représente l'accès au statut maternel. ⁵⁵

C'est un traitement à court terme, de 10 à 40 séances sur une période de moins d'un an. Mais la durée de ces prises en charge est extrêmement variable. Pour certaines, c'est quand il y a une disparition de la souffrance dépressive et apparition d'une satisfaction du nouveau rôle de maman. Et d'autres souhaitent continuer en raison d'une persistance des troubles ou pour continuer une démarche significative à leurs yeux. ⁵⁵

En conclusion, les thérapies brèves mère-bébé ne constituent pas un traitement de la mère, mais un traitement de la relation mère-enfant. ⁵⁵

Les traitements ont entraîné un changement important des symptômes du bébé, particulièrement pour le sommeil, l'alimentation, la digestion et la séparation. Alors que, de manière générale, les problèmes de comportement augmentent en fonction de l'âge de l'enfant : les enfants traités pour un problème de comportement montrent une diminution importante des crises de colère, de l'opposition et des comportements agressifs. A la fin du traitement, les mères ont également augmenté leur sensibilité aux signaux de l'enfant durant les interactions, et le contrôle et l'intrusion ont diminué. De leur côté, les enfants se montrent plus coopératifs, moins compulsivo-compliants, et les expressions affectives positives ont augmenté.⁵⁵

Ces résultats s'accompagnent d'une augmentation très significative de l'estime de soi des mères et d'une perception plus positive de l'enfant (plus calme, plus affectueux, plus indépendant et moins agressif). La mère elle-même se juge plus gaie, plus active, plus intelligente et plus belle. Les affects négatifs, comme la tristesse, l'anxiété, la culpabilité et la colère éprouvés à l'égard de l'enfant, ont diminué de manière significative. Tous ces changements observés à la fin du traitement sont stables et maintenus six mois plus tard, sans que d'autres symptômes viennent remplacer ceux qui avaient disparu.⁵⁵

3-2. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

3-2-1. Thérapie comportementale

La règle de base de la thérapie comportementale est qu'un comportement inadapté peut disparaître sans pour autant s'attacher à comprendre les causes sous-jacentes. Les symptômes comportementaux sont pris en tant que tels et non comme l'expression d'un problème plus profond.⁵⁵

La théorie comportementale se réfère aux théories de l'apprentissage, notamment le conditionnement classique et opérant.⁵⁵

Le conditionnement opérant repose sur le principe que le comportement se façonne en fonction des réponses.⁵⁵

Le conditionnement classique est un conditionnement par association ou non avec des stimuli anxiogènes.⁵⁵

La théorie comportementale semble être la plus efficace dans le traitement des comportements inadaptés, circonscrits, et clairement délimités.⁵⁵

3-2-2. Thérapie cognitive

Elle est basée sur le modèle théorique selon lequel les affects et le comportement d'un individu sont largement déterminés par la façon dont il conçoit le monde. Les comportements inadaptés sont secondaires à des schémas ou des systèmes cognitifs appris, qui peuvent conduire à des **distorsions cognitives**.⁵⁵

La thérapie cognitive s'attache à corriger ces distorsions cognitives (c'est-à-dire permettre à la patiente de prendre conscience que ses sentiments et leurs conséquences comportementales sont plus en relation avec ses pensées qu'avec la réalité) et les comportements d'échec qui en résultent.⁵⁵

La patiente doit effectuer des exercices chez elle, et déterminer les hypothèses, souvent inconscientes, qui sous-tendent ces cognitions négatives. Ce procédé est appelé « reconnaissance et correction des pensées automatiques ». ⁵⁵

Elle est de courte durée, en général 15 à 20 séances pendant 12 semaines.⁵⁵

La thérapie cognitive est particulièrement efficace dans le traitement des dépressions légères à moyennes, non psychotiques.⁵⁵

Les TCC associées ou non aux médicaments sont donc efficaces pour la plupart des troubles rencontrés en psychiatrie.³²

D'après l'étude menée par Laura J. Miller, la TCC a démontré son efficacité pour traiter la dépression post-partum.⁵

3-3. Thérapie interpersonnelle (TIP)

(5)-(32)-(55)-(59)

C'est une psychothérapie de courte durée, sur 12 à 16 semaines, mise en place spécifiquement pour le traitement des dépressions non bipolaires, non psychotiques.

Un traitement par antidépresseurs est souvent associé, car l'association psychotropes et TIP s'est avérée plus efficace qu'une monothérapie dans les cas de dépressions sévères :

- Amélioration des symptômes cognitifs avec la TIP :
 - L'humeur dépressive
 - Les idées suicidaires
 - La perte d'intérêt
 - La culpabilité

- Amélioration des symptômes neurovégétatifs avec la médication :

- La perte ou le gain de poids
- L'insomnie ou l'hypersomnie
- L'agitation ou le ralentissement psychomoteur
- La perte d'énergie
- Les difficultés de concentration

Elle n'intervient pas sur les conflits intrapsychiques, mais agit sur les relations interpersonnelles et l'amélioration de l'adaptation du sujet au milieu extérieur.

Le thérapeute est actif en aidant la patiente à exprimer ses principales difficultés existentielles, sur lesquelles s'oriente le traitement.

La TIP a démontré toute son efficacité dans le traitement de la DPP.⁵ Dans le cas de la DPP, la TIP se concentre sur : ¹⁰

- L'évolution du rôle de la femme
- Les exigences et les attentes associées au rôle de la mère
- Les relations interpersonnelles, les conflits familiaux

3-4. Guidance interactive

(4)

« Le thérapeute vous invitera à jouer avec votre enfant. Ces moments seront visionnés pendant la séance. Ils vont vous permettre, avec des discussions, d'avoir un regard nouveau sur les différents comportements de votre enfant et la façon dont vous y répondez. Nous tenterons alors d'établir des liens avec les difficultés qui vous ont amené à consulter. » Cette thérapie a pour but de permettre aux parents d'abord de prendre conscience de leurs compétences et ensuite d'augmenter progressivement leur sensibilité aux signaux de l'enfant. Cette approche qui se centre sur l'observation des interactions parents-enfant intègre une série d'approches théoriques, de travaux empiriques et d'orientations cliniques récentes, qui ont été synthétisés par le courant de psychopathologie développementale.

L'observation des interactions de l'enfant avec ses partenaires est en effet importante dans la prévention et l'intervention précoce préconisées pour différents troubles des interactions et du développement. Elle fait désormais partie de l'investigation, au même titre que l'entretien avec les parents, l'évaluation du développement sensorimoteur et celle des ressources et des difficultés familiales.

Les dysfonctionnements ou perturbations des interactions ne peuvent être compris que situés dans une perspective à la fois synchronique (contexte familial actuel) et diachronique (histoire des relations que les parents ont eu avec leurs propres parents). Ces dysfonctionnements sont appréhendés dans la guidance interactive par l'observation des comportements actuels des partenaires, et mis dans la perspective du monde représentationnel et de l'imaginaire des parents. C'est ainsi que les dyades à risque peuvent être identifiées et que les troubles des interactions précoces peuvent être traités en modifiant les perceptions et les comportements parentaux à travers une meilleure lecture, une meilleure compréhension et une interprétation plus adéquate des signaux émis par le bébé et eux-mêmes.

L'utilisation de la vidéo pour l'observation et l'analyse des interactions constitue une particularité technique, importante surtout au cours des premières séances. Les parents sont invités à jouer librement avec leur enfant alors que le thérapeute reste simplement présent et attentif. Lors du visionnement, certains extraits sont sélectionnés et fournissent la base du travail de décryptage des comportements interactifs. Le thérapeute s'attache d'abord à l'ici et maintenant des interactions, à l'enchaînement des comportements observables et des contributions respectives de l'adulte et de l'enfant aux interactions, à la nature et au rythme des signaux émis par la mère et par le bébé, aux expressions faciales, vocales, aux imitations réciproques et, toujours, dans un premier temps, à toutes les microséquences susceptibles de montrer une empathie maternelle et un accordage affectif entre mère et bébé. La lecture des signaux s'opère ainsi par des allers et retours entre les niveaux comportementaux et émotionnels qui varient en fonction des caractéristiques propres à chaque cas. Les commentaires proposés par le thérapeute concernent également les perceptions, les pensées, les attributions des mères relativement au matériel analysé. Dans cette approche, le focus thérapeutique réside dans la sélection des comportements interactifs susceptibles d'être renforcés ou au contraire modifiés, et ce en fonction de leur relation possible avec les symptômes présentés par l'enfant.

4. Autres traitements

4-1. La luminothérapie

(10)-(17)

Ses avantages :

- Peu coûteuse
- Réalisation à domicile
- Elle présente moins d'effets indésirables que la pharmacothérapie

Plusieurs facteurs mettent en relation la physiopathologie de la dépression et la réponse de l'organisme à la lumière, démontrant que la luminothérapie pourrait être particulièrement adaptée pour la DPP.

Premièrement, les femmes souffrant de DPP reçoivent une très faible exposition à la lumière car elles passent beaucoup plus de temps à la maison pour prendre soin de leur enfant, qui dort souvent durant la journée. Par conséquent, il y a un risque accru de DPP en automne et en hiver lorsque la lumière du jour est d'une durée beaucoup plus courte.

Deuxièmement, la désynchronisation circadienne est associée à la dépression, car souvent les femmes récupèrent le sommeil qu'elles ont en retard la journée quand bébé dort. Cette observation est étayée par une dérégulation de la sécrétion de la mélatonine chez les femmes déprimées. Une resynchronisation circadienne est observée sous l'action de la lumière.

Troisièmement, l'altération des circuits sérotoninergiques pourraient être impliquée dans la physiopathologie de la DPP. Cette altération pourrait être corrigée par la luminothérapie. Les effets antidépresseurs de la luminothérapie seraient médiés par des mécanismes sérotoninergiques. En effet, une étude a mis en évidence une inversion des effets antidépresseurs par épuisement du tryptophane (précurseur de la sérotonine), entraînant une diminution de la disponibilité de la sérotonine dans le cerveau, et donc une émergence des symptômes dépressifs.

Quatrièmement, les variations des taux d'œstrogène et de progestérone au cours de la grossesse et du post-partum sont impliquées dans l'étiologie de la DPP. Or, la luminothérapie stimule l'hormone lutéinisante (LH), impliquée dans la production d'œstrogène. Les bénéfices thérapeutiques de la luminothérapie dans la DPP peuvent donc impliquer la modulation des taux d'œstrogène par LH.

Cinquièmement, la luminothérapie joue un rôle dans l'atténuation des facteurs de comorbidités de la DPP : trouble du sommeil et fatigue. La luminothérapie peut diminuer la fatigue diurne en partie par amélioration du sommeil et/ou de la vigilance diurne.

En conclusion, Corral et al. ont montré une amélioration clinique après quatre semaines de traitement à 10 000 lux de lumière vive, administrée pendant 30 min (entre 7H et 9H).

4-2. L'apport en micronutriments

Des études expérimentales ont montré que la supplémentation en micronutriments peut atténuer les symptômes dépressifs et améliorer l'issue des grossesses chez les patientes souffrant de dépression périnatale.^{10, 18}

Les interventions nutritionnelles ont le potentiel de servir à la fois de prévention et de traitement pour la DPP.^{10, 18}

Les acides gras polyinsaturés (AGPI), la vitamine B6 et B12, l'acide folique, et le tryptophane sont les principaux micronutriments ayant fait preuve de leur efficacité.^{10, 18}

L'apport quotidien en calcium aurait également un effet préventif.¹⁰

La relation entre la santé mentale et la nutrition a été étudiée : les acides gras (AG) oméga 3 marins, vitamine D et B12, iode, sélénium, poissons et autres protéines de la mer sont les éléments essentiels d'un régime sain. L'apport alimentaire en AG oméga 3 a un impact sur le fonctionnement du cerveau.¹⁵

Après la fécondation, la réserve maternelle en acide docosahexaénoïque (DHA) diminue progressivement. Par conséquent, il faut un régime alimentaire adapté pour compenser cette fuite vers le fœtus.

Les sources d'AGPI oméga-3 comme l'huile de lin et l'huile de colza contiennent de l'acide α -linoléique (ALA, 18:2 n-3) qui doit être converti en acide eicosapentaénoïque à chaîne plus longue (EPA, 20:5 n-3) et en DHA pour devenir biologiquement utile. La consommation d'AGPI oméga-3 tel que l'EPA et le DHA est donc préférable à d'autres sources parce que la capacité du corps humain à synthétiser EPA et DHA à partir de l'ALA est limitée. Cependant, la conversion de l'ALA en EPA se produit naturellement, mais la conversion en DHA est sévèrement restreinte. ALA, en concurrence avec les AGPI oméga-6, utilise les mêmes enzymes pour être converti en EPA et en DHA. Les régimes occidentaux ont tendance à être pauvre en AGPI oméga-3 et riche AGPI oméga-6, conduisant à une

diminution de la synthèse d'EPA et de DHA. En outre, il est prouvé que le métabolisme des acides gras pourrait être altéré chez certains individus en raison par exemple d'anomalies sur le gène de la désaturase des acides gras ou de stress oxydatif dans le corps.^{10, 18}

L'acide arachidonique (AA, 20:4 n-6) et le DHA sont des éléments fondamentaux dans le cerveau et dans le système nerveux central. Ils jouent un rôle important dans la croissance, le développement et la structure du cerveau.

EPA a des fonctions importantes dans la synthèse des eicosanoïdes.

Les acides gras hautement insaturés (HUFA) sont essentiellement estérifiés dans les phospholipides et contribuent à maintenir la fluidité membranaire. Le rôle principal des HUFA chez l'homme est la signalisation cellulaire (la modulation des canaux ioniques, la régulation de la transcription génique et la médiation du récepteur). Des anomalies dans la composition en HUFA des membranes cellulaires, peut provoquer une transduction anormale du signal et une dysrégulation immunitaire, augmentant le risque de développer une dépression.¹⁵

En conclusion, la supplémentation en AG oméga 3 produit une amélioration statistique de l'humeur.¹³

4-3. L'oestrogénothérapie

L'efficacité d'un traitement prophylactique par les œstrogènes dans les troubles affectifs du post-partum a été mise en évidence.^{10, 60}

4-4. L'activité physique

Selon le NICE (National institute for health and clinical excellence), l'exercice physique doit être considéré comme un traitement pour les femmes souffrant de dépression légère à modérée au cours de la période post-natale, car il a été mis en évidence qu'elle réduisait les symptômes dépressifs.^{14, 25}

Haas et al. (2011) ont montré que les femmes n'exerçant aucune activité physique avaient 1,62 fois plus de risque de développer une DPP que celles exerçant au moins deux heures de sport par semaine. En revanche, une activité physique involontaire pourrait être une source de stress, provoquant l'effet inverse, c'est-à-dire le développement de symptômes dépressifs.³⁰

CHAPITRE 3 :

EVOLUTION

Une DPP non traitée peut déboucher sur : ⁶¹

- Une dépression chronique
- Un suicide
- Un infanticide
- Une augmentation du délai avant la rémission
- Le développement de comorbidité (alcoolisme...)

Une DPP non traitée peut également avoir un impact sur les relations familiales et sociales de la patiente, engendrant une souffrance pour l'entourage de la patiente. ⁶¹

La durée rapportée de la DPP varie de 3 à 14 mois, mais la plupart aurait une résolution spontanée en trois à six mois. ²

Schématiquement, plus de la moitié des dépressions détectées à deux mois du post-partum par un instrument d'autodiagnostic type EPDS ont spontanément cessé un mois plus tard : il s'agit surtout de troubles de l'adaptation ou de dépressions mineures. A l'opposé, les états dépressifs majeurs évalués par un entretien selon les critères stricts (DSM-IV ou CIM-10) ont une évolution beaucoup plus péjorative : 50% des femmes présentent encore au bout d'un an des symptômes dépressifs, même si le nombre de critères est insuffisant pour retenir le diagnostic. Enfin, le risque de récurrence dépressive en post-partum a été évalué à environ 25%. ⁴

Il semble probable que sous le terme de DPP se classent des entités hétérogènes. En effet, si le trouble dépressif peut guérir spontanément en quelques mois, il peut aussi traîner plusieurs années, sous un mode chronique ou récurrent, perdurant parfois jusqu'à l'entrée de l'enfant en milieu scolaire. Pour un pourcentage indéterminé de femmes, la DPP constitue le début d'épisodes dépressifs récurrents soit lors d'une grossesse suivante où le risque de récurrence est de 30 à 50%, soit à une autre période de la vie. La plupart n'ont pas été diagnostiquées après la naissance. ²

Dans certains cas et malgré un traitement bien conduit, la dépression tend à se chroniciser. ³

PARTIE III :

LA PSYCHOSE PUERPERALE

CHAPITRE 1 :

GENERALITES

1. Définition

Le terme de psychose puerpérale (PP) recouvre un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur, survenant typiquement dans les 15 premiers jours suivant la naissance, mais pouvant se manifester tout au long de la première année du post-partum.^{1, 20, 59, 62, 63}

C'est le trouble psychiatrique le plus grave du post-partum.²⁰

La psychose puerpérale peut être une présentation primaire d'un trouble psychotique, comme la schizophrénie.³¹

Le DSM-IV classe la psychose puerpérale comme une forme sévère de dépression majeure ou comme le début ou la récurrence d'un trouble psychotique primaire (exemple : la schizophrénie). Les données suggèrent que la PP est une présentation explicite du trouble bipolaire après l'accouchement.²

Parmi les femmes atteintes de PP, 72-88% ont un trouble bipolaire ou un trouble schizoaffectif tandis que 12% ont une schizophrénie.⁵⁹

2. Épidémiologie

La psychose puerpérale est moins fréquente que la dépression (10-13%) et le blues du post-partum (50-75%).³¹

La prévalence des psychoses puerpérales est estimée entre 1 et 2% des accouchements.^{19, 20, 31, 64, 65}

Le risque de développer une psychose est plus élevé dans le premier mois qui suit la naissance.⁶⁶

Les femmes ayant eu une PP sont susceptibles d'avoir de nouveaux épisodes de psychose au cours de leur vie.¹

Près de la moitié des femmes ayant des troubles bipolaires rechutent en post-partum précoce.⁶⁷

Jones et craddock (2009) ont constaté que la PP affecterait 74% des femmes bipolaires avec des antécédents familiaux de PP, contre seulement 30% des femmes bipolaires sans antécédents.³¹

Kendell et al. (2009) ont constaté que les admissions psychiatriques étaient sept fois plus fréquentes dans les 30 premiers jours après l'accouchement que dans la période précédant la grossesse. Ils ont aussi constaté que 72-80% des femmes ayant développées une PP avaient des troubles bipolaires ou des troubles schizo-affectif, et 12% avaient une schizophrénie.³¹

Le risque de PP est plus élevé chez les femmes ayant des antécédents de schizophrénie que chez les femmes avec des antécédents de troubles bipolaires.^{68, 69}

Illustrations :⁶⁸

- Chez les femmes hospitalisées pour schizophrénie avant leur premier accouchement, 21,7% ont été hospitalisées pour un trouble psychotique en post-partum.
- Chez les femmes hospitalisées pour un trouble bipolaire avant leur premier accouchement, 8,5% ont été hospitalisées pour un trouble bipolaire en post-partum.

Parmi les patientes atteintes de PP, on a :⁷⁰

- 26,1% de schizophrénie
- 17,4% d'états schizophréniformes
- 17,4% de trouble schizo-affectif
- 21,7% de trouble bipolaire
- 17,4% de trouble psychotique bref

3. Facteurs de risque

3-1. Facteurs de risque psychiatriques

30% des femmes avaient été hospitalisées pour un trouble psychiatrique dans les deux ans précédant la PP.⁶⁵

Les facteurs de risque majeurs sont :³¹

- Les antécédents personnels ou familiaux de trouble bipolaire^{19, 20, 59, 64} : elles ont six fois plus de risque de développer une PP.¹
- Les antécédents personnels ou familiaux de psychose puerpérale : le risque est de 1 à 7%.²⁰

Les autres facteurs de risque sont :

- Les antécédents de toxicomanie ²⁰
- Les antécédents de maladies psychiatriques ⁶⁶
- Les antécédents de baby blues ou de dépression post-partum ^{59, 71}

3-2. Facteurs de risque psychosociaux

- Les troubles du sommeil ^{59, 72}
- Les violences conjugales ²⁰
- Les violences subies dans leur enfance ²⁰
- Un abandon dans l'enfance ²⁰
- Un âge élevé de la mère ⁶⁶
- La primiparité ^{59, 71} : les femmes primipares ont 35 fois plus de risque de développer une PP.
- L'influence du sexe de l'enfant : les études ont été non concluantes. ⁷¹
- Les facteurs socio-économiques ⁵⁹ : les femmes des quartiers pauvres ont 43% plus de chances de développer une PP que les femmes des quartiers aisés. ¹
- Le stress environnemental ⁵⁹
- L'origine ethnique : c'est un facteur de risque mineur. ⁵⁹

3-3. Facteurs de risque gynéco-obstétricaux

- Les complications obstétricales telle que la césarienne ^{59, 71}
- L'accouchement prématuré ^{59, 71}

4. Clinique

La psychose puerpérale débute habituellement dans les trois premiers jours du post-partum, avec une majorité des cas dans les 3 à 14 premiers jours. ²⁰

Les troubles sont caractérisés par une longue période de perte de contact avec la réalité, incluant des hallucinations auditives et visuelles, pouvant engendrer un infanticide et/ou un suicide. ²⁰

(2)

Parmi les femmes hospitalisées durant le post-partum dans des services de psychiatrie générale ou au sein d'unité d'hospitalisation mère-bébé (UHMB), on différencie les troubles suivants :

- Les troubles de l'humeur (environ 70% des cas) : ils se partagent entre épisodes dépressifs (environ 45%, souvent de type mélancolique) et accès maniaques ou mixtes (environ 25%).
- Les psychoses aiguës délirantes (environ 20% des cas)
- Les états schizophréniformes (environ 10% des cas)

Les différentes formes cliniques ont en commun d'importantes fluctuations de l'humeur et du délire au cours de la journée, une fréquente note confusionnelle et la thématique du délire centrée autour de la filiation.

4-1. Les désordres thymiques francs

4-1-1. Les accès maniaques et les états mixtes

Ils sont, surtout au début, caractérisés par l'intrication ou l'alternance rapide d'éléments maniaques et mélancoliques et de phases de relative accalmie. Ils surviennent pour la plupart dans les 15 premiers jours du post-partum. Ils représentent à cette période de 35 à 40% des troubles psychotiques puerpéraux. Les troubles mixtes sont comptabilisés parmi les accès maniaques.

Ils sont souvent précédés par des troubles du sommeil d'intensité rapidement croissante avec terreurs nocturnes ou insomnies sévères voire totales et par des éléments de déréalisation discrets. Le contact avec l'enfant est parfois déjà perturbé : désintérêt, mise à distance, manipulations, automatismes, etc. Cette phase prodromique brève étant souvent négligée, le début semble encore plus brutal.

Le tableau est marqué par l'agitation intense, la désorganisation psychotique, et la très grande fréquence des productions hallucinatoires et délirantes. La thématique délirante est variée, irrégulièrement centrée sur l'enfant : idées de toute-puissance, d'influence, de mission divine, thèmes érotomaniaques ou de persécution.

Dans la moitié des cas environ, la manie puerpérale évolue secondairement vers une phase dépressive ou mixte.

4-1-2. Les accès dépressif majeurs

Il désigne les épisodes dépressifs répondant à un nombre précis de critères, indépendamment de l'intensité des symptômes présentés. Leur sévérité sera spécifiée secondairement en regard des manifestations qu'ils induisent dans la vie sociale. Il sera ainsi possible de noter : « épisode dépressif majeur de sévérité légère » qui désigne un trouble entraînant une altération mineure du fonctionnement professionnel, des relations avec les autres ou des activités sociales courantes. Le terme « trouble dépressif majeur » est employé lorsque l'épisode dépressif n'est pas mieux expliqué par un trouble de type schizophrénique et lorsqu'on ne retrouve pas dans les antécédents d'épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte.

- Forme de début : A deux semaines du post-partum, seules 20% des femmes dépressives sont déjà hospitalisées. Ces formes aiguës sont souvent précoces avec une allure stuporeuse, confusionnelle ou mixte. Dans la majorité des cas, la dépression ne devient manifeste qu'un peu plus tardivement avec une distribution irrégulière sur les premiers mois du post-partum. L'hospitalisation a lieu pour la majorité dans les trois mois, où elles représentent environ 40% des psychoses puerpérales hospitalisées.
- Période d'état :
 - Existence d'un délire présent dans plus de la moitié des dépressions puerpérales et d'une labilité de l'humeur présente bien plus souvent que dans le groupe de contrôle.
 - La thématique anxio-dépressive converge vers le nourrisson.

Les sentiments d'incapacité, de culpabilité, de déshonneur, de ruine ou de mort dominant : elle ne sait pas soigner son enfant, il aura par sa faute un destin malheureux, il va mourir ; elle l'a tué. Le mythe du mauvais lait se retrouve fréquemment. La jeune mère sent peser sur elle et sur son ou ses enfants des menaces précises : elle est jugée, condamnée, elle doit disparaître, on va les tuer. Des visions funestes la hantent, mettent en scène des catastrophes dont elle se dit responsable. Des **pulsions mortifères** l'assaillent et le raptus suicidaire et/ou infanticide est ici particulièrement à redouter.

4-2. Les psychoses aiguës délirantes

4-2-1. La phase prédélirante

Elle est constamment observée. Les signes en sont :

- Trouble du sommeil à type de cauchemars, avec agitation nocturne
- Ruminations anxieuses
- Bizarreries du comportement
- Désintérêt ou dégoût progressif vis-à-vis du contact corporel avec l'enfant
- Crises de larmes
- Asthénie profonde
- Plaintes somatiques

Elle précède de quelques jours l'irruption délirante. Elle peut survenir dès le lendemain de l'accouchement ou bien durant la grossesse. On observe des préoccupations curieuses ou insistantes vis-à-vis de la naissance, de l'état de l'enfant, de l'utérus, avec parfois un doute sur une délivrance complète. Le contact avec l'enfant est marqué par la distractivité, des gestes de plus en plus automatisés ou distants. Bientôt intolérable, le toucher est remplacé par le « voir ». L'anxiété de la mère croît très rapidement, ainsi que celle de l'entourage.

4-2-2. La phase d'état : stade du délire

Le délire proprement dit éclate typiquement dans les trois premières semaines du post-partum avec un pic de fréquence au dixième jour, à l'acmé d'une angoisse devenue insoutenable. Il est caractérisé par :

- Un début brutal
- Un syndrome confuso-onirique de profondeur variable
- Un polymorphisme et une fluctuation sémiologique
- Des variations intenses de l'humeur
- Une thématique centrée classiquement sur l'enfant
- Des rechutes fréquentes et brèves

Lors de cette phase, il existe une variabilité du tableau d'une malade à une autre et d'un moment à l'autre chez une même malade. Cette variabilité est l'un des aspects les plus caractéristiques de ces psychoses puerpérales aiguës. La patiente passe de l'agitation à la

stupeur, de l'agressivité aux conduites ludiques, en fonction des fluctuations thymiques et des oscillations du niveau de conscience.

Les troubles de la vigilance ne sont pas constants, mais fréquents. La réalité est mal perçue, surchargée de significations inquiétantes, les repères sont flous et la conscience de soi est considérablement altérée. Vont survenir des **illusions perceptives**, parfois des hallucinations auditives et surtout visuelles. Quant elles sont au premier plan, elles s'organisent en véritables **bouffées oniroïdes*** alimentant l'anxiété et le délire.

L'humeur est instable : dépressive ou exaltée avec des moments d'abattement, d'irritation, de désespoir. Parfois se trouvent réalisés des tableaux mixtes, des syndromes confuso-maniaques ou confuso-mélancoliques.

Le délire est mal structuré, très fluctuant dans son intensité et son expression. Les **délires de persécution** liés au bébé sont fréquents et sous-tendent des idées d'homicide et suicidaire, même si les symptômes de Schneider, tels que la pensée de la radiodiffusion, le sentiment d'être contrôlé par des forces extérieures, et des hallucinations auditives impératives, peuvent être présents.⁶³

Le vécu délirant est généralement persécutoire et terrifiant. La mère est convaincue : on a substitué un autre enfant au sien, on l'a changé de sexe, etc. Elle peut se sentir elle-même menacée, soumise à des influences maléfiques, droguée, hypnotisée. Les idées sont particulièrement lugubres et funèbres. Elle tente de lutter contre l'angoisse de destruction par des conduites itératives de réparation magique.

Par opposition à la DPP, les pensées délirantes de la PP sont **égosyntoniques***. Elles sont associées à des croyances psychotiques et à la perte du sens de la réalité, avec la contrainte d'agir sur eux sans la capacité d'évaluer les conséquences de leurs actes.³¹

L'intensité de cette angoisse de dépersonnalisation est influencée par l'attitude de l'entourage.

La thématique délirante est généralement centrée sur la naissance et la relation avec l'enfant : négation du mariage ou de la maternité, sentiment de non-appartenance ou de non-existence de l'enfant (il n'est pas d'elle, il n'est pas né, elle a une tumeur dans son ventre) qui coexiste avec la crainte ambivalente de sa mort. L'agressivité envers l'enfant est parfois manifeste, même lorsque la mère semble apathique ou indifférente. L'infanticide et/ou le suicide demeurent toujours possible, surprenant l'entourage par la brutalité de sa réalisation.

4-3. Les états schizophréniformes

Ils représentent une faible mais constante proportion des psychoses puerpérales. Ils peuvent débuter tôt après l'accouchement :

- Véritables flambées schizophréniques avec agitation délirante, discordance idéo-affective, bizarreries du comportement, conduites impulsives, repli autistique, négativisme ;
- Tableaux de schizophrénie dysthymique avec excitation atypique, dépression délirante et discordante.

Parfois, le tableau dissociatif se constitue insidieusement : attitude de repli et d'hostilité, comportement bizarre, désintérêt pour l'enfant qui est négligé ou soigné de manière aberrante.

Nombre de schizophrénies puerpérales ont été précédées de poussées psychotiques antérieures ou de signes avant-coureurs de la psychose. Parfois, la puerpéralité paraît avoir précipité l'affection chez des femmes à la personnalité antérieure rigide et schizoïde, mais jusque-là bien adaptées.

Ils sont semblables à une schizophrénie puerpérale à pronostic relativement favorable.

Dans ces schizophrénies à début (ou à rechute) puerpérales, l'adaptation à la maternité est sévèrement compromise. La plupart de ces jeunes femmes sont incapables d'assumer pleinement leur rôle de mère, et les enquêtes catamnestiques* montrent une fréquence élevée de comportements d'incurie*, pathogènes ou agressifs vis-à-vis de leur enfant.

En conclusion, l'immense majorité des PP sont des psychoses thymiques, des troubles bipolaires essentiellement, schizo-affectifs parfois. Les troubles maniaques (15 à 25%) sont précoces, les troubles dépressifs fréquents (60%) et plus tardifs. Les troubles schizophréniques ou psychotiques varient de 2 à 26%.

4-4. Sentiments décrits par les patientes

(64)

Elles se sentent dépassées par l'ampleur psychologique de l'évènement. Ce qui devait être un évènement joyeux s'est transformé en un **évènement traumatisant**.

Dans les premières semaines de la vie de leur enfant, elles ressentent un **sentiment d'échec**.

Elles décrivent également un **sentiment de culpabilité** : « je me sens coupable de ne pas être présente pour m'occuper de mon bébé dans les premières semaines de sa vie, et je me sens coupable de laisser mon mari s'occuper tout seul de notre bébé alors que pour lui aussi c'est la première fois ».

Pour ces femmes, le diagnostic de psychose est un **choc** : elles avaient envisagé une possible fatigue ou une labilité de l'humeur, mais elles ne pensaient pas que développer une manie ou une psychose après l'accouchement était possible.

D'autre part, leur hospitalisation en psychiatrie remet en cause leur **sentiment d'identité** et elle s'associe à une **perte de leur dignité** ainsi qu'à une **perte de leur indépendance**. Elles ressentent l'ultime **image d'un malade mental**.

5. Conséquences sur la famille

5-1. L'infanticide

L'infanticide se définit comme le meurtre d'un enfant de moins de un an.²⁰

4% des femmes commettent un infanticide après leur accouchement : on parle de femmes filicides. Sur une étude de 45 femmes filicides, 75,6% avait été diagnostiquées avec une DPP et 24,4% avec un trouble bipolaire à leur admission. A leur sortie, 73,3% avait été rediagnostiquées avec des troubles bipolaires (épisodes hypomaniaques et maniaques durant la détention).^{20, 31}

Au fil des années, quand une femme souffrant d'une maladie mentale dans le post-partum commettait un infanticide, les tribunaux réagissaient de façon différente. Dans certains tribunaux, elles ont été déclarées non coupables pour cause d'aliénation mentale (NGRI) et on leur ordonna de suivre une psychothérapie. Tandis que d'autres femmes ont été reconnues coupables et condamnées à la prison, parfois à vie.²⁰

La loi permet d'apparenter un infanticide à un homicide involontaire, plutôt qu'à un assassinat, quand il a été mis en évidence que la mère n'a pas récupéré le plein équilibre de son esprit à la suite de l'accouchement.²⁰

16 à 29% des femmes commettent un filicide et se suicide en même temps. Chez ces femmes, un diagnostic de DPP et de PP était souvent mis en évidence. Le motif de la mère est le plus souvent altruiste.²⁰

Le cas de 39 femmes ayant commis un filicide et qui ont été déclarés NGRI a été étudié : ²⁰

- 72% avaient eu un traitement
- 56% préoyaient un suicide avec l'infanticide
- 49% étaient déprimées
- 82% ont été diagnostiquées avec des troubles psychotiques ou des troubles de l'humeur
- 74% étaient délirantes (psychotiques)
- 69% avaient des hallucinations auditives (psychotiques)
- 54% avaient un motif altruiste
- 33% un motif psychotique aigü

« Sheryl Lynn Massip a délibérément écrasé son fils avec sa voiture, et placé le corps dans une poubelle. Les psychiatres ont mis en évidence qu'elle avait des pensées suicidaires et des hallucinations : elle croyait que son fils était le diable » (2012). ¹⁹

« Dawn Mars a noyé sa fille de cinq mois parce que des démons lui avaient dit de tuer son enfant. Mme Mars avait reçu un diagnostic de PP avec des hallucinations auditives. Elle a donc été déclarée NGRI sur la base de sa PP » (2012). ²⁰

« Une autre patiente avait des visions religieuses et accusait ses amis d'être des diables. Un jour, elle passa à l'acte et noya son fils. Après avoir tué son fils, elle a cru qu'elle était devenue Jésus et s'était alors approchée complètement nue d'un étranger. Elle a reçu un diagnostic de PP sévère. Elle a été condamnée à 40 ans de prison » (2012). ²⁰

« Heidi Anfinson a noyé son fils, elle avait été hospitalisée pour une dépression, des tendances suicidaires et des attaques de panique. Elle a été reconnue coupable d'assassinat et a été condamnée à 50 ans de prison » (2012). ²⁰

Bien que le diagnostic de PP fût important pour l'acquittement, les changements cognitifs associés à la PP n'ont pas été pleinement reconnus par les tribunaux. Dans plusieurs cas, les tribunaux ont acquitté les mères qui étaient psychotiques mais qui affichaient un comportement lucide au moment du crime. ²⁰

Les suicides sont souvent dus à des hallucinations, une amnésie dissociative brève et une dépersonnalisation. 28 à 35% des femmes ont décrit des illusions au sujet de l'enfant, et 9% avaient des pensées de nuire à l'enfant. Les femmes avec une PP sont plus sujettes aux

homicides que les femmes avec une DPP car la désorganisation cognitive entraîne une négligence de la mère envers les besoins du nourrisson et des pratiques dangereuses.⁵⁹

5-2. Le suicide

Le suicide représente 28% des décès maternels. Dans la première année du post-partum, le risque est multiplié par 70.⁵⁹

Pour définir les décès maternels liés à la morbidité psychiatrique, on parle de « **mortalité maternelle** ». La mortalité maternelle a été traditionnellement définie comme se produisant à tout moment pendant la grossesse et jusqu'à 42 jours après l'accouchement.^{59, 60, 73}

Dans une étude, sur 26 morts associés à des causes psychiatriques durant cette période :⁵⁹

- 65% sont survenus durant la période prénatale dont 76% à moins de 20 semaines.
- Six des neuf décès post-nataux sont survenus dans les 42 jours.

Dix femmes se sont pendues elles-mêmes, sept femmes ont utilisé une manière violente (par balle, noyade, accident de voiture, empoisonnement) démontrant ainsi un profond désir de mourir, et neuf femmes par une overdose médicamenteuse.⁵⁹

Par conséquent, la maladie mentale de la mère est la principale cause de décès maternel.^{59, 60, 73}

6. Prévention et dépistage

6-1. La prévention

Bergink et al. (2012) ont mis en évidence que les femmes avec des antécédents de PP devraient être surveillées pendant leur grossesse, et devraient faire l'objet d'une prophylaxie préventive dès lors accouchement. Ils recommandent une hospitalisation dans les premières semaines du post-partum afin d'effectuer une surveillance étroite et de pouvoir détecter une éventuelle récurrence des symptômes. Ils conseillent une administration d'anxiolytique au coucher (exemple : lorazépam).⁷²

D'ailleurs, le Lithium est le médicament qui a démontré le plus d'efficacité dans la prophylaxie de la PP.^{31, 59} Mais il doit être pris régulièrement à cause d'une fenêtre thérapeutique très étroite et une toxicité. Ainsi, d'autres agents peuvent être utilisés dans la prophylaxie tel que la carbamazépine ou le valproate de sodium.⁶²

Les femmes avec des antécédents de PP ne présentent aucuns symptômes maniaques ou psychotiques en dehors de la période du post-partum.⁷²

Etant donné le risque de récurrence et de rechute, la prophylaxie est impérative.³¹

Prévenir les troubles du sommeil avant l'accouchement peut aussi éviter un épisode de PP.³¹

6-2. Le dépistage

Deux tests ont été mis en évidence pour détecter une dépression ou une manie/hypomanie : l'**EPDS** et le **MDQ**.⁵⁹

L'EPDS révèle la présence d'une humeur dépressive persistante, d'une anhédonie, d'une culpabilité, d'une anxiété ou de pensées d'automutilation.⁵⁹

Le MDQ (questionnaire des troubles de l'humeur) révèle la présence de symptômes passés et actuels d'euphorie, de parole sous pression, d'hyper-irritabilité, d'excès d'énergie, de pensées qui défilent ou de symptômes liés à la manie ou à l'hypomanie.^{59, annexe n°8}

Le MDQ a été développé par une équipe de psychiatres et de chercheurs pour établir un diagnostic rapide et précis des troubles bipolaires, qui peuvent être fatals s'ils ne sont pas traités. Il prend environ cinq minutes et peut fournir des indications importantes sur le diagnostic et le traitement. Les essais cliniques ont montré que le MDQ a un taux élevé de précision.⁷⁴

Si le patient répond :⁷⁴

- « Oui » à sept ou plus des 13 items de la question 1
- « Oui » à la question 2
- « Modérée » ou « grave » à la question 3

Alors on a un patient positif. Les trois critères doivent être respectés pour pouvoir poser le diagnostic de trouble bipolaire. Puis une évaluation médicale complète est réalisée.⁷⁴

CHAPITRE 2 :

LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

La psychose puerpérale est une urgence psychiatrique. ^{1, 31}

La mise en place du traitement doit être rapide car la sécurité et le bien être de la mère et de l'enfant sont en danger. ⁵⁹

L'hospitalisation est nécessaire pour stabiliser les symptômes, en raison du risque élevé pour la mère et l'enfant, au vue de la rapidité d'évolution des symptômes. ^{19, 20}

Dans les recommandations actuelles, le traitement pharmacologique repose sur l'administration d'un neuroleptique et d'un thymorégulateur. En association, des benzodiazépines peuvent être utilisées pour traiter agressivement les insomnies. Les antidépresseurs sont à éviter car ils peuvent induire des cycles rapides ou des états mixtes. ^{1, 31, 67}

1. Traitements pharmacologiques

1-1. Les antipsychotiques ou neuroleptiques

On distingue deux générations d'antipsychotiques : ^{11, 32}

- Les antipsychotiques de I^{ère} génération ou antipsychotiques typiques
- Les antipsychotiques de II^{ème} génération ou antipsychotiques atypiques

La différence entre ces deux générations repose sur des critères : ³²

- Pharmacologiques : les molécules atypiques induisent peu ou pas d'effets indésirables neurologiques, bénéficiant ainsi d'un meilleur profil de tolérance. Les effets extra-pyramidaux et atropiniques sont moins marqués.
- Cliniques : les molécules atypiques présentent, en plus d'une activité sur les manifestations productives (délires, hallucinations), une activité sur les signes déficitaires et cognitifs des schizophrénies.

La rapidité avec laquelle le traitement antipsychotique est instauré a un impact considérable sur le pronostic. ^{11, 32}

La monothérapie constitue la règle dans le traitement du premier accès : elle facilite l'observance et limite le risque de survenue d'effets indésirables. ^{11, 32}

Les antipsychotiques atypiques sont prescrits en première intention de part leur bonne tolérance neurologique et la réduction de la symptomatologie négative iatrogène.^{11, 32}

Le traitement agit en quelques heures sur l'agitation ou les hallucinations, et dès la première semaine sur les manifestations délirantes.^{11, 32}

L'efficacité du traitement est évalué au bout de six semaines : soit il y a rémission, soit il y a échec du traitement (absence de réponse thérapeutique, réponse incomplète, mauvaise tolérance).^{11, 32}

En cas d'échec, on augmente la posologie si c'est possible, ou on prescrit un autre antipsychotique (soit une autre molécule atypique soit un antipsychotique typique).^{11, 32}

En raison de ces effets indésirables hématologiques, la clozapine est réservée aux schizophrénies sévères et résistantes à au moins deux traitements neuroleptiques bien conduits (durée et dose).^{11, 32}

En cas de rémission, le traitement est poursuivi, en consolidation, pendant quatre à six mois.

Après quatre à six mois de stabilité des symptômes, la posologie est maintenue en cas de bonne tolérance, ou progressivement ajustée à la dose minimale efficace afin d'améliorer la tolérance et l'observance du traitement.^{11, 32}

1-1-1. Les posologies

Quelque soit le type de traitement, la posologie doit être augmentée progressivement, sur une semaine environ, pour atteindre les doses moyennes recommandées par l'AMM.^{11, 32}

1-1-1-1. Les antipsychotiques typiques

DCI	Spécialités	Posologie usuelle en mg/jour	Nombre de prises/jour
Loxapine	Loxapac ^R	75-200	Prise unique
Halopéridol	Haldol ^R	5-40	Prise unique

Tableau 15 : Principaux antipsychotiques typiques utilisés dans le traitement de la psychose puerpérale^{11, 32, 49, 50}

1-1-1-2. Les antipsychotiques atypiques

<u>DCI</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Posologie usuelle en mg/jour</u>	<u>Nombre de prises/jour</u>
Amisulpride	Solian ^R	50-800	En une prise unique (posologie < 400) 2 prises/j (posologie > 400)
Aripiprazole	Abilify ^R	15-30	Prise unique
Clozapine	Léponex ^R	300-600	1 à 2
Olanzapine	Zyprexa ^R	5-20	Prise unique
Risperidone	Risperdal ^R	4-8	1 à 2
Risperidone	RisperdalOro ^R	4-8	1 à 2
Quétiapine	Xéroquel ^R	400 à 800	En prise unique, 1h avant le repas

***Tableau 16 : Principaux antipsychotiques atypiques utilisés dans le traitement de la psychose
puerpérale*** ^{11, 32, 49, 50}

1-1-1-3. Les antipsychotiques d'action prolongée

En cas de mauvaise observance, un antipsychotique d'action prolongée peut être administré par voie intramusculaire, obligatoirement après avoir déterminé la dose efficace et après avoir contrôlé la tolérance de cette même molécule par voie orale.

<u>DCI</u>	<u>Spécialités</u>	<u>Posologie usuelle en mg/jour</u>	<u>Nombre de prises/jour</u>
Halopéridol	Haldol Décanoas ^R	50 à 300	1 inj IM / 4 semaines
Olanzapine	ZypAdhera ^R	150-300	1 inj IM / 2 semaines
Risperidone	Risperdal Consta ^R	25-50	1 inj IM / 2 semaines

***Tableau 17 : Principaux antipsychotiques d'action prolongée utilisés dans le traitement de la
psychose puerpérale*** ^{11, 32, 49, 50}

1-1-2. Le mécanisme d'action

(32)-(51)

Les antipsychotiques typiques: Ils exercent tous une action antagoniste dopaminergique puissante, préférentiellement au niveau des récepteurs D2 sur de nombreuses régions du cerveau (mésolimbique, mésocorticale, nigro-striée, tubéro-infundibulaire). Cependant, ils agissent de façon peu spécifique, ainsi, ils exercent à un degré variable une activité adréno-lytique, anticholinergique, antihistaminique.

Les antipsychotiques atypiques: Ils agissent à plusieurs niveaux

- Une action inhibitrice sur les récepteurs dopaminergiques D2 expliquant l'efficacité sur les signes positifs
- Une action inhibitrice sur les récepteurs sérotoninergiques 5-HT₂ expliquant l'efficacité sur les signes négatifs
- Un respect de la transmission dopaminergique nigrostriée expliquant la moindre incidence des effets extrapyramidaux aux posologies recommandées par les AMM
- Une action favorable sur les troubles cognitifs

1-1-3. Les effets indésirables

	Antipsychotiques typiques	Antipsychotiques atypiques
Manifestations générales	Asthénie Fièvre	Asthénie Fièvre
Troubles psychiatriques	Sédation	Somnolence Anxiété Agitation
Troubles neurologiques	Syndrome extra-pyramidal (dystonies aiguës*, akathisie*, tremblements, hypertonie, dyskinésies tardives*) Angoisse et signes dépressifs Sédation et somnolence Abaissement du seuil épileptogène	Rares syndromes extra-pyramidaux Angoisse et signes dépressifs Sédation et somnolence Abaissement du seuil épileptogène
Manifestations anticholinergiques	<u>Centrales :</u> Confusion mentale <u>Périphériques :</u> Xérostomie Constipation Troubles urinaires (rétention, dysurie) Trouble de l'accommodation, mydriase	<u>Centrales :</u> Confusion mentale <u>Périphériques :</u> Xérostomie Constipation Troubles urinaires (rétention, dysurie) Trouble de l'accommodation, mydriase
Manifestations végétatives	Hypotension orthostatique Dysrégulation thermique Syndrome malin des neuroleptiques	Hypotension orthostatique Dysrégulation thermique Syndrome malin des neuroleptiques exceptionnel
Troubles cardiologiques	Tachycardie Allongement de l'espace QT	Tachycardie Allongement de l'espace QT
Troubles digestifs	Nausées Vomissements	Nausées Vomissements
Troubles hépatiques	Hausse des enzymes hépatiques	
Troubles endocriniens	Hyperprolactinémie	Hyperprolactinémie
Troubles métaboliques	Prise de poids Hyperglycémie (survenue ou exacerbation du diabète de type II)	Prise de poids Hyperglycémie (survenue ou exacerbation du diabète de type II) Dyslipidémie
Troubles hématologiques	Leucopénies transitoires (phénothiazines)	Agranulocytose (Clozapine)
Troubles cutanées	Photosensibilisation	Photosensibilisation

Tableau 18 : Principaux effets indésirables des antipsychotiques ^{11, 32, 49, 50}

1-1-4. Les contre-indications

	Antipsychotiques typiques	Antipsychotiques atypiques
CI de terrain	Hypersensibilité à l'un des constituants	• Hypersensibilité à l'un des constituants • <u>Amisulpride (Solian^R)</u> Tumeur prolactino-dépendante connue ou suspectée • <u>Clozapine (Leponex^R)</u> Antécédents de neutropénie, d'agranulocytose ou d'hémopathie Epilepsie non-contrôlée
CI médicamenteuses	• Médicaments dopaminergiques (antagonisme réciproque) • Médicaments allongeant l'espace QT • Lithium (risque confusogène) • Dépakote^R/Dépamide^R (augmentation de 30-40% des doses de neuroleptiques) • Potentialisation de l'action des antihypertenseurs et des dépresseurs du SNC	• Médicaments dopaminergiques • Médicaments allongeant l'espace QT • Lithium • Dépamide^R/Dépakote^R • Potentialisation de l'action des antihypertenseurs et des dépresseurs du SNC
CI alimentaires	Alcool (majoration de l'effet sédatif)	Alcool

Tableau 19 : Principales contre-indications des antipsychotiques ^{11, 32, 49, 50}

1-1-5. Antipsychotiques et allaitement

(4)-(49)-(53)-(54)

Ils sont tous déconseillés au cours de l'allaitement. Une balance bénéfice-risque devra être effectuée en cas de nécessité de prescription.

Cependant, parmi les antipsychotiques, certaines molécules sont plus déconseillées que d'autres :

- La clozapine et le sulpiride en raison de quantités élevées excrétées dans le lait maternel.
- La rispéridone de part la présence d'un métabolite actif dans le lait maternel (9-hydroxy-risperidone).
- L'olanzapine en raison d'une demi-vie prolongée avec un risque de sédation.

1-2. Les thymorégulateurs

Ils sont indiqués dans le traitement des troubles bipolaires. On les retrouve donc le plus souvent prescrits dans le traitement des psychoses puerpérales chez des femmes ayant des antécédents de troubles bipolaires.^{11, 32}

Il est à noter que certains antipsychotiques atypiques (Abilify[®], Risperdal[®], Zyprexa[®], Xéroquel[®]) ont également l'AMM dans les troubles bipolaires. On peut les retrouver prescrits en association avec les thymorégulateurs.^{11, 32}

Les thymorégulateurs traitent l'épisode aigu (maniaque et/ou dépressif) et préviennent les récurrences. Certains sont plus actifs sur la polarité maniaque (valproate, lithium, neuroleptiques atypiques), d'autres plus actifs sur la polarité dépressive (lamotrigine).^{11, 32}

Le traitement est en principe prescrit à vie.^{11, 32}

En première intention, ce sont les sels de lithium et le valproate (divalproate, valpromide) qui sont prescrits.^{11, 32}

En seconde intention, on retrouve la carbamazépine, la lamotrigine, et les antipsychotiques atypiques.^{11, 32}

Pour le traitement des épisodes dépressifs, la prescription d'un traitement antidépresseur en monothérapie est déconseillée du fait du risque de virage maniaque. Elle n'est légitime qu'en association avec un thymorégulateur et uniquement dans les épisodes d'intensité modérée à sévère.^{11, 32}

En cas d'échec de la monothérapie thymorégulatrice, après quatre à six semaines de traitement, une bithérapie est instaurée : ^{11, 32}

- Lithium et valproate
- Un médicament de première intention associé à un médicament de seconde intention

1-2-1. Les posologies

DCI	Spécialités	Posologie usuelle en mg/j	Nombre de prises/j
Carbonate de lithium	Téralithe ^R	Adaptation en fonction de la lithémie	2 à 3 1 pour la forme LP
Divalproate de sodium	Dépakote ^R	1000-2000	2 à 3
Valpromide	Dépamide ^R	900-1800	2
Carbamazépine	Tégrétol ^R	400-800	2 à 3
Lamotrigine	Lamictal ^R	100-300	1 à 2

Tableau 20 : Principaux thymorégulateurs utilisés dans le traitement de la psychose puerpérale ^{11, 32, 49, 50}

1-2-2. Le mécanisme d'action

(32)-(51)

Leur but est de réduire l'excitation neuronale.

1-2-2-1. Le lithium

Le lithium inhibe au niveau central la libération de noradrénaline et augmente sa recapture. De plus, il accroît la synthèse de la sérotonine, mais semble avoir peu d'effet sur la dopamine.

1-2-2-2. Dépakote^R et Dépamide^R

Ils vont renforcer le signal inhibiteur et inhiber le signal exciteur.

1-2-2-3. La carbamazépine et la lamotrigine

La lamotrigine va inhiber le signal exciteur en :

- Inhibant la propagation de l'excitation électrique par blocage des canaux sodiques et calciques voltage-dépendants.
- Bloquant la transmission glutamatergique par inhibition de la libération du glutamate par les synapses.

La lamotrigine est indiquée dans la prévention des épisodes dépressifs chez les patients ayant un trouble bipolaire de type I et qui ont une prédominance d'épisodes dépressifs.

La carbamazépine agit uniquement en bloquant les canaux sodiques voltage-dépendants.

1-2-3. Les effets indésirables

	Lithium	Autres thymorégulateurs
Manifestations générales	Hypotonie musculaire	Asthénie
Effets psychiatriques	Sédation	Somnolence
Effets neurologiques	Tremblements Vertiges Céphalées Convulsions	Vertiges Céphalées Agitation
Effets cardiovasculaires	Bradycardie Bloc auriculo-ventriculaire (BAV)	
Troubles digestifs	Nausées Vomissements Diarrhées	Nausées Vomissements Diarrhées
Effets hépatiques		Pancréatites Hépatopathies (Dépakote [®] et Dépamide [®])
Troubles endocriniens	Hypothyroïdie Diabète insipide	
Troubles métaboliques	Prise de poids	Prise de poids Hyponatrémie (Tégréto [®])
Troubles hématologiques	Hyperleucocytose	Thrombopénie Leucopénie (Tégréto [®])
Effets cutanés		Réactions allergiques (Tégréto [®] , Lamictal [®])

Tableau 21 : Principaux effets indésirables des thymorégulateurs ^{11, 32, 49, 50}

1-2-4. Les contre-indications

	Lithium	Dépakote^R Dépamide^R	Tégrétol^R	Lamictal^R
CI de terrain	Allaitement		Antécédents d'hypoplasie médullaire	
CI médicamenteuses	AINS Diurétique Neuroleptique à forte dose Carbamazépine (augmentation de la toxicité du lithium)	Méfloquine Millepertuis	Saquinavir Voriconazole	Extrême prudence avec le Valproate de sodium car il diminue le catabolisme de la lamotrigine

Tableau 22 : Principales contre-indications des thymorégulateurs ^{11, 32, 49, 50}

1-2-5. Thymorégulateurs et allaitement

(4)-(49)-(53)-(54)

L'utilisation d'acide valproïque est envisageable chez une femme allaitante. En effet, la quantité ingérée par l'enfant est le plus souvent très faible (1 à 2% de la dose maternelle) et aucun évènement indésirable particulier n'a été retenu.

L'utilisation du lithium chez la femme allaitante est contre-indiquée en raison d'une lithiémie chez l'enfant avoisinant les 50% de la lithiémie maternelle. De plus, plusieurs évènements indésirables ont été signalés.

L'utilisation de la carbamazépine au cours de l'allaitement est à éviter, car les concentrations plasmatiques en carbamazépine de l'enfant correspondent à 25-45% de celles de la mère. De plus, des atteintes hépatiques transitoires ont été mises en évidence. Si néanmoins l'allaitement est entrepris, une surveillance régulière de l'enfant est souhaitable durant toute la durée de l'allaitement (examen clinique, dosage plasmatique).

Il est préférable de ne pas allaiter sous lamotrigine, car sa concentration plasmatique chez l'enfant est trop élevée et des effets secondaires ont été observés. Si néanmoins l'allaitement est entrepris, une surveillance régulière de l'enfant est souhaitable durant toute la durée de l'allaitement (examen clinique, dosage plasmatique).

1-3. Les anxiolytiques et/ou les hypnotiques

Ils sont prescrits en cas d'agitation et d'insomnies.^{7, 10, 14}

1-4. Les antidépresseurs

La prescription d'un antidépresseur en monothérapie est déconseillée du fait du risque de virage maniaque. Elle n'est légitime qu'en association avec un thymorégulateur et uniquement dans les épisodes d'intensité modérée à sévère.¹¹

2. Traitements somatiques

Comme pour la DPP, l'ECT et la stimulation magnétique transcrânienne peuvent être utilisées. L'ECT est indiqué si :

- On souhaite une résolution rapide, en raison de la gravité de la maladie.^{1, 31}
- On a un échec du traitement (pour les formes les plus agressives).^{1, 31, 59}

En général, il suffit de sept à neuf séances d'ECT durant deux à trois semaines. Mais il faut continuer le traitement anti-maniaque par la suite pour prévenir les récives.^{59, 75}

La stimulation magnétique transcrânienne a pour l'instant été surtout utilisée dans la schizophrénie.^{5, 32, 56}

3. PSYCHOTHERAPIES

Les mêmes types de psychothérapies que la DPP sont utilisés.

Dans le cas de la psychose puerpérale, c'est la thérapie cognitivo-comportementale qui est la plus utilisée.⁶⁴ D'après une étude menée notamment par Dorothy Sit, la TCC est un traitement adjuvant efficace de la PP.⁵⁹

CHAPITRE 3 :

EVOLUTION

1. Le processus de récupération

La récupération complète à partir d'un épisode de PP est un processus long et difficile.⁶⁴

Durant la période de récupération, les patientes évoquent un sentiment d'angoisse et d'incertitude quand à leur avenir, leur monde externe et interne ayant cessé de fonctionner comme elles s'y attendaient :⁶⁴

- Peur que ça ne s'améliore jamais
- Peur de l'impact sur l'enfant
- Peur que ce soit génétique
- Peur pour leur mariage

Pour beaucoup de femmes, raconter leur histoire et entendre les histoires des autres, aident à la récupération.⁶⁴

1-1. Le rôle du soutien social

(64)

Les femmes estiment que l'interaction sociale est une partie importante de la récupération mais elles s'estiment aussi socialement vulnérables. Certaines de ces femmes ont constaté que se mélanger avec des groupes de nouvelles mères, dont l'expérience était différente de la leur, était difficile. Elles craignaient le jugement des autres, et n'avaient pas la confiance nécessaire pour interagir, ne sachant pas s'il fallait parler ouvertement de leur maladie avec les autres mères.

Ce qui les a aidées à la récupération :

- Groupe de soutien
- Famille, amis et d'autres nouvelles mères ont fourni des conseils, un soutien affectif et une aide pratique pour les soins à prodiguer au bébé et dans les tâches ménagères.
- Parler à d'autres femmes ayant vécu une même situation est d'une grande aide.¹

1-2. Le rôle du soutien médical

(64)

Les femmes décrivent une différence entre la récupération clinique et sociale.

La période de transition entre l'hôpital et la maison est très difficile, car l'estime de soi et la confiance en leurs compétences maternelles sont affaiblies. Souvent, les femmes se sentent isolées et non prises en charge. Elles estiment qu'une aide d'un professionnel de santé, ayant une connaissance approfondie de la psychose puerpérale, et qui donneraient des conseils pratiques sur les soins à prodiguer au bébé et sur le rôle de mère, seraient d'un précieux soutien. Les femmes ont tout particulièrement souhaité une aide pour apprendre à interagir avec leur bébé, et leur redonner confiance en elle.

Pendant la période de récupération, les femmes ont connu : une perte de la période de la maternité précoce avec leur enfant, la perte de leur caractère normal, la perte de se sentir comme un membre estimé de la société, la perte du droit à avoir des émotions normales, et une perte d'égalité et de réciprocité dans leur relation personnelle.¹

En conclusion, les interventions spécifiques utiles à la récupération sont divisées en sept domaines :

- La rationalisation et l'intégration
- La facilitation de l'interaction sociale
- Un soutien médical adapté et approprié
- La facilitation du fonctionnement de la famille
- Accès à l'information
- Accepter que la pleine récupération prenne du temps

2. En l'absence de traitement

Une psychose puerpérale non traitée entraîne un risque de 4% de suicide et un risque de 5% d'infanticide.¹⁹

Les femmes qui arrêtent leur traitement anti-maniaque à base de lithium sont plus susceptibles de connaître une récurrence du trouble bipolaire ou de la PP, que celles qui continuent le traitement. De même que les femmes qui arrêtent soudainement le traitement ont un risque accru de rechutes.⁵⁹

75 à 86% des femmes sont restées sans symptômes après un seul épisode de PP.⁵⁹

Chez les femmes schizophrènes : 50% ne présentent plus de symptômes après un épisode de PP, 33% ont des récurrences, 5% ont une maladie réfractaire avec de nombreuses récurrences (puerpérales et non puerpérales).⁵⁹

Les prédicteurs de récurrences sont :⁵⁹

- Les antécédents familiaux et personnels de PP
- Les troubles bipolaires
- L'arrêt du traitement anti-maniaque

3. Avec traitement

Le taux de rechute non puerpérale est de 60 à 69% et le taux de rechute puerpérale est de 21 à 34%. Les rechutes se produisent le plus souvent au cours de l'année suivant immédiatement la PP, mais elles peuvent aussi survenir plusieurs années après la PP.⁶⁵

Après un épisode de psychose puerpérale, le risque de présenter au moins un épisode affectif non puerpéral est élevé. Il est essentiel d'être conscient du risque élevé de récurrence puerpérale lors d'une prochaine grossesse, et par conséquent de mettre en place une prophylaxie préventive.⁶²

Les femmes ayant demandé une aide rapidement (moins de un mois après l'accouchement) ont des résultats plus favorables.⁵⁹

L'évolution est d'autant plus favorable si l'épisode survient dans les trois semaines qui suivent l'accouchement, et si la patiente ne possédait aucun antécédent psychotique.

Les psychoses aiguës délirantes ont une évolution généralement rapidement favorable sous antipsychotique, ou au besoin sous ECT. Cette évolution est remarquablement accélérée par le maintien de la relation mère-enfant ou par l'introduction rapide de l'enfant dans le champ d'action thérapeutique, par sa présentation à la mère. Mais des rechutes à très court terme ne sont pas rares, ayant l'allure d'états mixtes, d'accès mélancoliques ou maniaques plus ou moins typiques. Une nouvelle grossesse n'entraîne pas inéluctablement un nouveau délire.²

Les états schizophréniformes ou schizo-affectifs appartiennent le plus souvent à la psychose maniaco-dépressive qu'à la schizophrénie, comme en attestent les rechutes ultérieures franchement thymiques. 5 à 10% des PP évolueraient à long terme vers un état dissociatif chronique ou une schizophrénie dysthymique.²

Racamier et coll. (1961) estiment que la fréquence des rechutes et la non rareté des évolutions schizophréniques dans le destin habituel des psychoses puerpérales sont pour une bonne part dues à l'important facteur d'aggravation que constitue la séparation systématique de l'enfant et de la mère.²

Si les épisodes sont mal gérés, il y a un risque de suicide et/ou d'infanticide.⁶⁴

Après un traitement, l'évolution est plutôt favorable. Parfois, il peut s'agir du début d'une maladie chronique, trouble schizoaffectif ou trouble bipolaire, qui nécessitera un traitement au long cours.²

La fréquence des récurrences est diminuée par l'augmentation de l'intervalle séparant deux grossesses, mais elle est augmentée par l'existence d'épisodes antérieurs non puerpéraux, notamment des troubles bipolaires. Elle est moindre dans les psychoses avec signes confusionnels, début précoce et absence de troubles thymiques.²

La présence de signes évoquant un trouble schizophrénique, notamment une discordance affective et une survenue tardive dans le post-partum, augmente nettement le risque de passage à la chronicité. 50 à 65% des patientes ayant présenté une PP rechuteront sur un mode thymique, en dehors d'un contexte puerpéral. Le risque de rechute est plus important chez les patientes aux antécédents de troubles non puerpéraux et mixtes, que chez les femmes aux antécédents puerpéraux purs.²

Le risque de récurrence en dehors d'une grossesse est évalué à 60%. Les patientes avec une histoire de trouble bipolaire sont aussi à haut risque avec des taux de rechute variant de 20 à 50%.²

Toutefois, en l'absence d'antécédents d'épisodes thymiques ou psychotiques, on peut envisager d'interrompre la prescription de thymorégulateur 9 à 12 mois après la résolution de l'épisode. Dans ces cas là et devant une nouvelle grossesse, un traitement thymorégulateur sera systématiquement mis en place dès l'accouchement.²

Les patientes atteintes de trouble bipolaire et enceintes, ne prenant pas de thymorégulateur, bénéficieront d'un traitement thymorégulateur prophylactique dès le troisième trimestre de la grossesse ou dans le post-partum immédiat.²

PARTIE IV :

ETIOLOGIES

L'étiologie des troubles psychiques du post-partum est multifactorielle.¹⁵

1. L'étiologie neuroendocrinienne

1-1. Les hormones stéroïdiennes

Durant la grossesse, les taux de progestérone, d'œstrogène, et de cortisol augmentent régulièrement.¹⁶ Ces hormones étant produites par le placenta, l'accouchement entraîne une chute brutale de leurs taux, qui serait à l'origine de l'apparition de troubles psychiques.^{1, 18, 21, 31, 76}

Même si la chute hormonale est le changement physiologique maternel le plus évident dans la période du post-partum, des indices sur la physiopathologie de la perturbation de l'humeur peuvent être retrouvés dans le dérèglement des systèmes neuroendocriniens, y compris comment les hormones affectent les neurotransmetteurs et leurs actions sur le cerveau.⁷⁶

1-1-1. L'œstrogène

O'Hara et al. (2005) ont trouvé des taux d'œstrogènes 50 fois plus élevé que les taux basaux.⁷⁶ La chute du taux d'œstrogène intervient vers le troisième jour du post-partum.⁷⁶

Bloch et al. (2007) ont fourni des preuves de l'implication des hormones stéroïdiennes dans la dépression post-partum, en simulant un accouchement : ils ont administré à des doses supraphysiologiques de l'œstrogène et de la progestérone, puis ils ont retiré brutalement ces hormones. Cinq des huit femmes ayant des antécédents de DPP ont développés des symptômes de trouble de l'humeur.¹

Par conséquent, cette chute brutale pourrait contribuer au développement d'une dépression post-partum, mais aucune corrélation directe avec les troubles de l'humeur n'a été établie de façon constante.⁷⁶

L'œstrogène a un large éventail d'action dans le système nerveux central : ⁷⁷

- Il fonctionne comme un agoniste sur le système sérotoninergique en diminuant l'activité de la monoamine oxydase (enzyme catabolisant la sérotonine et la dopamine).
- Il affecte le transport interneuronal de la sérotonine

Par conséquent, ces deux processus vont augmenter le niveau de sérotonine dans la synapse conduisant à l'amélioration de l'humeur. ⁷⁷

Mais l'œstrogène joue aussi un rôle dans d'autres systèmes de neurotransmission : ⁷⁷

- Il augmente l'activité noradrénergique
- Il agit comme un agoniste cholinergique
- Il diminue la sensibilité des récepteurs D2 à la dopamine

Wieck et al. (2013) ont montré d'une part que la psychose puerpérale était associée à une sensibilité accrue des récepteurs de la dopamine dans l'hypothalamus. En effet, l'effondrement du taux d'œstrogène empêche l'inhibition des récepteurs de la dopamine par les œstrogènes et favorise l'émergence psychotique. ^{2, 77} Cette hypothèse est renforcée par une étude montrant que l'administration de 17-β-œstradiol diminuerait en deux semaines les symptômes psychotiques chez une femme souffrant de psychose puerpérale. ¹ D'autre part, ils ont montré que l'accouchement jouait un rôle essentiel dans l'évolution du trouble bipolaire. En effet, les femmes prédisposées aux troubles bipolaires avaient dans le post-partum une sensibilité accrue de leurs récepteurs dopaminergiques. ⁷⁷

En conclusion, le système dopaminergique a une sensibilité accrue aux variations des taux en œstrogènes dans le post-partum. ⁷⁷

1-1-2. La progestérone

La chute brutale des taux de progestérone a été proposée comme un déclencheur dans l'apparition des symptômes dépressifs après l'accouchement. ⁷⁶

Au cours de la grossesse, le taux de progestérone est dix fois plus élevé que le taux basal. Au troisième jour du post-partum, de faibles taux sériques de progestérone ont été mis en évidence. ^{1, 76}

Cependant, aucune association significative entre les troubles psychiques du post-partum et les taux de progestérone n'a été démontrée. Plusieurs études se sont intéressées à cette association, cependant les résultats sont contradictoires. ⁷⁶

Les hormones stéroïdiennes agissent en se liant à des récepteurs intracellulaires qui déclenchent une cascade d'évènements qui finissent par aboutir à la modification de la transcription, exerçant ainsi des effets qui se produisent au fil du temps. Elles peuvent aussi exercer des effets neurologiques immédiats en se liant aux récepteurs de surface cellulaire ou aux canaux ioniques des neurones, modifiant l'excitabilité de la cellule : on parle de **neurostéroïdes**.⁷⁶

Nappi et al. (2005) ont fourni les premières preuves que les neurostéroïdes dérivés de la progestérone peuvent également être impliqués dans les troubles psychiques du post-partum. Le taux d'allopregnanolone, un métabolite actif de la progestérone, augmente durant la grossesse et chute brutalement après l'accouchement. Cependant, le taux d'allopregnanolone est significativement plus faible chez les femmes atteintes de blues du post-partum alors que les taux de progestérone ne diffèrent pas des femmes ne souffrant pas de blues.⁷⁶

L'allopregnanolone exerce un **effet allostérique négatif** sur les récepteurs GABA_A, diminuant l'excitabilité neuronale. On aura donc une **action anxiolytique** de l'allopregnanolone.^{5, 76}

L'allopregnanolone est également un modulateur de la libération de la dopamine, en réponse à l'évolution des stéroïdes ovariens. Il peut donc conduire à des troubles de l'humeur.⁷⁶

1-1-3. Le cortisol

Au cours de la grossesse, l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HPA) est à l'origine d'une augmentation des taux de cortisol.⁷⁶

La CRH (Corticotropin Releasing Hormone), hormone sécrétée par le placenta, présente des taux 1000 fois supérieurs à la normale. Cette hormone, également sécrétée par l'hypothalamus, stimule la synthèse de l'ACTH (Adrénocorticotrophique Hormone) par l'hypophyse, qui stimule à son tour la production de cortisol par la glande surrénale.⁷⁶ Puis, il suit une chute brutale des taux de CRH et de cortisol après l'accouchement.⁷⁶

Lors de la dépression post-partum, la réponse de l'ACTH à la CRH peut être perturbée. Une étude portant sur 17 femmes a montré un plus grand émoussement de cette réponse chez les mères dépressives que chez les mères euthymiques.⁷⁶

1-1-4. La prolactine

Selon les études, les taux de prolactine seraient plus faibles chez les mères déprimées. Cependant, aucune association significative n'a été établie entre la prolactine et les troubles psychiques du post-partum.⁷⁶

1-1-5. L'ocytocine

Le taux d'ocytocine augmente brusquement après l'accouchement, et reste élevé durant toute la période de l'allaitement.⁷⁶

Cette hormone joue un rôle dans la **réaction au stress** (action anxiolytique) et dans **l'attachement mère-enfant**.⁷⁶

1-1-6. La vasopressine

Cette hormone est impliquée dans la pathogenèse de la dépression et de l'anxiété.⁷⁶ Des études ont mis en évidence que :

- Les antagonistes des récepteurs de la vasopressine diminuent l'anxiété et les comportements dépressifs.
- L'expression neuronale de la vasopressine est augmentée chez les mères déprimées.

1-2. Les neurotransmetteurs

La dépression résulte d'altérations complexes et simultanées des différents systèmes de neurotransmission centraux, avec diminution des taux synaptiques de noradrénaline, de dopamine et de sérotonine.³²

Des interactions complexes entre les hormones et les neurotransmetteurs (NT) sont impliquées dans l'apparition des troubles psychiques du post-partum.⁷⁸

1-2-1. Le tryptophane (trp)

Le tryptophane est un acide aminé, précurseur de la sérotonine.²¹ Il traverse la barrière hémato-encéphalique (BHE) par la voie tryptophane-sérotonine puis se transforme en sérotonine.¹⁸

Au début du post-partum, il y a une activation immunitaire, comme l'indique l'augmentation des taux d'interleukines 6, en corrélation avec l'apparition des symptômes dépressifs et de l'anxiété.²¹

Cette activation du système immunitaire entraîne une dégradation accrue du tryptophane en kynurénine, grâce à l'activation de l'enzyme responsable de son catabolisme : l'indoleamine (2,3) dioxygénase (IDO). ^{1, 21}

Par conséquent, en cas de troubles psychiques du post-partum, le taux de tryptophane chute, entraînant une augmentation du taux de kynurénine et une diminution des taux de sérotonine dans le cerveau. ^{18, 21}

1-2-2. La sérotonine

Le polymorphisme du gène de la sérotonine est associé à une vulnérabilité accrue au développement de la dépression post-partum. ¹⁷ Des variations au niveau du gène transporteur de la sérotonine exercent également une influence importante sur la sensibilité des épisodes maniaques ou psychotiques. ³¹

Il existe une déplétion en sérotonine dans la dépression post-partum. ^{18, 21}

1-2-3. L'homocystéine

L'homocystéine est un acide aminé soufré non protéique, précurseur nécessaire à la biosynthèse des NT monoaminergiques. ¹⁸

L'homocystéine participe à la reméthylation en méthionine (voie vitamine B12 dépendante), qui est ensuite activée pour former de la S-adénosyl-méthionine (voie folate dépendante). La S-adénosyl-méthionine sert de donneur de méthyle dans des réactions neurologiques telles que la synthèse des NT et la formation des phospholipides membranaires. ¹⁸

En conclusion, l'acide folique et la vitamine B12 sont nécessaires à la synthèse et au métabolisme des NT monoaminergiques. ¹⁸

2. L'étiologie immuno-inflammatoire

Le système immunitaire de la mère doit s'adapter pour que la mère puisse tolérer immunologiquement l'embryon et le fœtus. ^{21, 37} Selon une conceptualisation récente, la dépression post-partum serait une réponse immuno-inflammatoire au stress oxydatif et nitrosatif (O et NS), conduisant à altérer le catabolisme du tryptophane, entraînant des changements dans l'activité neuronale. ²¹

Au cours de la grossesse, les taux de TSH (hormone stimulant la thyroïde) augmentent. Cette hormone régule la sécrétion des hormones thyroïdiennes T_3 et T_4 . Ainsi, l'augmentation de TSH entraîne une augmentation de T_3 et T_4 .⁶⁷

Il y aura également une diminution de la concentration en auto-anticorps dans le sérum. Après l'accouchement, il n'y a pas de retour à la normale mais une augmentation de la concentration en auto-anticorps par une réaction immunosuppressive excessive : on parle de phénomène rebond. Or les maladies thyroïdiennes auto-immunes résultent d'une augmentation du taux d'auto-anticorps.⁶⁷

Pop et al. (2012) ont montré une augmentation du nombre de dépression post-partum chez les femmes ayant un dysfonctionnement thyroïdien dans le post-partum. Mais Stewart et al. ont montré qu'il n'y avait aucun lien entre la psychose puerpérale et le développement d'une thyroïdite du post-partum (TPP), qui est une maladie thyroïdienne auto-immune.⁷⁹

Une relation entre troubles dépressifs et présence d'auto-anticorps ayant été établie.⁷⁹ Il est donc recommandé de titrer les auto-anticorps au cours de la grossesse pour aider au dépistage de la dépression postnatale.⁷⁹

3. Le rôle de la micro-nutrition

3-1. Les acides gras polyinsaturés

(18)

La disponibilité en acides gras polyinsaturés (AGPI) détermine la structure et les propriétés des membranes phospholipidiques, en particulier dans le cerveau. Les AGPI jouent un rôle clé dans le fonctionnement des récepteurs, dans l'absorption des NT, et dans la transmission du signal.

Il existe deux types d'AGPI : les oméga-3 comprenant EPA et DHA, ainsi que les oméga-6. C'est au niveau cérébral que l'on a les concentrations en DHA les plus élevées car elles sont essentielles à une bonne sensibilité des récepteurs à la sérotonine.

Les AGPI représentent 45% des AG présents dans les membranes synaptiques. Ainsi, ils sont nécessaires à la membrane neuronale pour qu'elle remplisse normalement ses fonctions.

Une étude a constaté qu'une carence en oméga 3 modifierait le rapport acide gras monoinsaturé sur AGPI, entraînant un changement dans la composition des membranes

neuronales. En conséquence, la structure et la fluidité de la membrane s'en retrouve modifiée.

Or, ce sont ces membranes neuronales qui médient l'entrée des neurotransmetteurs monoaminergiques (sérotonine, dopamine, noradrénaline), dont la diminution est à l'origine de la dépression.

En conclusion, ces variations dans la composition en AGPI de notre organisme peuvent interférer sur le métabolisme et la signalisation des monoamines.

3-2. Les oligoéléments

Les oligoéléments auraient des effets antidépresseurs en agissant sur les voies des neurotransmetteurs.⁷⁸

Une administration de zinc, magnésium et vitamine B1 améliore la dépression et l'anxiété.^{21, 78}

3-2-1. Le zinc

Le zinc est particulièrement abondant dans le système nerveux central. Il est important en tant que facteur de signalisation dans la neurotransmission synaptique au niveau cérébral.⁷⁸

Une relation entre la sévérité des symptômes dépressifs et une diminution des concentrations en zinc chez les femmes a été établie.⁷⁸

D'une part, le zinc interagit avec les acides aminés de neurotransmetteurs excitateurs et inhibiteurs.⁷⁸ D'autre part, le zinc est un inhibiteur des récepteurs NMDA.⁷⁸ Les récepteurs NMDA sont des canaux cationiques ligands dépendants, dont le rôle tourne autour de la transmission et de la plasticité synaptique.⁸⁰ Le glutamate, neurotransmetteur excitateur, est le ligand de ces récepteurs.⁷⁸

Comme le fœtus et le placenta absorbent de grandes quantités d'oligoéléments, il y a un risque élevé de carence pendant et après la grossesse. D'où l'importance d'une supplémentation pour prévenir les troubles psychiques du post-partum.⁷⁸

3-2-2. Le magnésium

Le magnésium agit comme un ion intracellulaire sur le système nerveux par ses effets sur la libération et le métabolisme des neurotransmetteurs.⁷⁸

Le magnésium participerait au dérèglement biochimique qui contribue à l'apparition des troubles psychiques.⁷⁸

Tout comme le zinc, le magnésium agit au niveau des récepteurs NMDA en bloquant l'activation de leur canal ionique.⁷⁸

La perte de magnésium serait un facteur contribuant à l'élaboration de la DPP. Donc le magnésium aurait une action antidépressive et anxiolytique potentiel.⁷⁸

3-2-3. La thiamine ou vitamine B₁

Une carence en thiamine ou vitamine B₁ engendre agressivité, confusion, trouble de la mémoire et comportement dépressif.⁷⁸

Les antagonistes du récepteur NMDA vont fournir une neuroprotection significative dans certaines zones du cerveau sensibles à la carence en Vit B₁.⁷⁸

En conclusion, la nutrition est essentielle pour un fonctionnement normal du cerveau, y compris pour le bon fonctionnement des NT, qui sont un élément clé dans la relation entre nutrition et dépression.¹⁸

4. La vulnérabilité génétique

Jones et al. ont sélectionné des familles où au moins un membre de la famille avait eu un épisode maniaque ou psychotique dans les six semaines suivant l'accouchement. Sur l'ensemble du génome, un signal de liaison significatif a été observé sur le chromosome 16p13 et un lien suggestif sur le chromosome 8q24.³¹

PARTIE V :
TEMOIGNAGES

CHAPITRE 1 :

LES UNITES D'HOSPITALISATION MERE-BEBE

Les séparations longues de la mère et de l'enfant doivent être évitées¹⁰, et il n'est pas possible de traiter adéquatement les mères sans avoir les bébés qui soient impliqués dans les soins.⁸² D'où l'importance des UHMB pour éviter le traumatisme de la séparation avec l'enfant.⁶⁴

Les UHMB sont adaptées aux femmes souffrant de DPP et de PP. Elles sont ouvertes 24H sur 24 et sept jours sur sept. Il y a des heures de visite pour les enfants afin d'aider les mères à établir une routine.⁸²

1. Historique

Sous l'influence de l'expérience anglaise, le Dr. Racamier fut le premier à pratiquer des hospitalisations conjointes (Hôpital psychiatrique de Prémontré dans l'Aisne), plus particulièrement chez les mères psychotiques.²

La première UHMB fut créée en 1979 au centre hospitalier de Créteil en région parisienne. C'est ainsi que les hospitalisations mère-bébé sont assez souvent pratiquées sous la responsabilité d'un pédopsychiatre et dirigées plutôt vers les soins du lien parent-enfant.²

4

En France, on compte 15 UHMB. Leurs dimensions sont très variables. Seules dix unités, comprenant entre deux et huit lits, assurent l'hospitalisation complète. Elles peuvent recevoir en moyenne quatre patientes. Les deux tiers sont situés en région parisienne.²

2. Les objectifs de l'hospitalisation

(2)

- Préserver l'enfant de la discontinuité de la présence maternelle, physique ou psychique, de le protéger de la carence et de l'agression.
- Assurer à la mère la découverte progressive de son nouveau statut, lui offrant réassurance et valorisation dans un cadre sécurisant.
- Permettre à la mère une adaptation suffisante à la reconnaissance du caractère réel de l'altérité de l'enfant, reconnaissant sa souffrance et sa maladie, tout en la protégeant de sa propre violence.
- Prévenir les distorsions de la relation mère-bébé
- Repérer et accompagner les signes de souffrance psychique du nourrisson

3. Les indications

Les indications d'une hospitalisation conjointe sont dominées par la sévérité du trouble et les risques qu'il fait porter sur la mère ou sur l'enfant.⁴ Elles peuvent être préventives ou curatives.⁴

3-1. Les indications à visée préventive

En cas d'antécédents de troubles bipolaires, où il y a un fort taux de récives en post-partum (près de 50%).²

En cas de pathologies psychotiques chroniques, où il existe un fort risque de décompensation dans le post-partum (25 à 40%).²

3-2. Les indications à visée curative

Dans le cadre des psychoses puerpérales, le traitement doit être rapide, énergique, c'est-à-dire associé à une hospitalisation, si possible dans une unité mère-bébé ou au moins en veillant à maintenir des interactions entre la mère et l'enfant.²

Dans les cas de troubles dépressifs sévères du post-partum (dépression majeure sévère, dépression mélancolique), le recours à une UHMB est actuellement recommandé.²

Ce sont des programmes d'une durée moyenne allant de trois à six semaines, intégrant un large éventail d'approches thérapeutiques et disposant d'un soutien interactionnelle mère-enfant.^{4, 10}

4. Les modalités de l'hospitalisation

L'hospitalisation peut être complète ou en hôpital de jour.⁸¹

4-1. Les hospitalisations complètes

En unité à temps plein autonome, qui sont dirigées par des pédopsychiatres, l'hospitalisation dure trois mois en moyenne, toutes pathologies confondues.²

En lits d'hospitalisation à temps plein intégrés en psychiatrie générale, qui sont dirigées par des psychiatres, mais ils collaborent avec des services de pédopsychiatrie.

L'hospitalisation dure trois à six semaines en moyenne, et coïncide avec un objectif de sortie déterminé par la résolution du trouble aigu.²

4-2. Les hospitalisations de jour

Les hôpitaux de jour sont rarement indiqués dans le cadre des psychoses puerpérales. Ils sont utilisés dans les cas où les troubles de la relation mère-bébé persistent.⁴

Ces hospitalisations sont parfois prolongées du fait d'un déficit de relais ambulatoire satisfaisant.⁴

5. Les soins dispensés

(81)-(82)

- Entretiens thérapeutiques : individuels et familiaux
- Observations et soutiens des interactions mère-bébé
- Activité thérapeutique : relaxation, groupe de parole, vidéo mère-bébé (guidance), chant groupal mère-bébé
- Activités manuelles et sportives

CHAPITRE 2 :

TEMOIGNAGES

1. Témoignage n°1

(82)

Après avoir souffert d'une dépression après la naissance de ses deux premiers enfants, Amy Martin a été surprise quand les symptômes dépressifs ne se sont pas immédiatement manifestés après l'accouchement du troisième enfant. Convalescente à l'hôpital, après une césarienne en urgence, Amy Martin se sentait bien : « personne ne se sent bien après un accouchement » ironise-t-elle. Elle espérait avoir échappé au blues du post-partum.

« Puis je suis rentrée à la maison. Je ne prenais pas soin de moi, je ne mangeais pas, ne dormais pas, j'étais catatonique. De terribles pensées et des attaques de panique sont apparues. J'ai eu peur de me blesser ou de blesser mon bébé. Ce n'était en rien comparable à ce que j'avais connu lors de mes précédentes grossesses ».

La crainte d'être « étiqueté folle », et la stigmatisation entourant les services psychiatriques, peuvent dissuader les femmes de se faire soigner, dit Amy Martin, qui a participé au projet pilote de la clinique qui a été mené dans l'unité psychiatrique de l'hôpital général. « J'avais un peu peur d'être une malade mentale dans un service psychiatrique. Je ne voulais pas que les gens pensent que j'étais folle, mais en même temps, à cause de mes expériences passées avec la dépression post-partum, j'étais à un point où je savais que j'avais besoin d'aide ».

2. Témoignage n°2

(31)

Mme A est une femme de 34 ans, mariée avec une fille de 5 ans.

Ses antécédents sont :

- Un épisode de dépression majeure
- Une dépression post-partum, après la naissance de sa fille, associée à des images egodystoniques où elle jetait sa fille contre un mur ou la frappait avec un marteau. Elle nie avoir eu des pensées psychotiques. La dépression s'est résolue en 6 mois sans traitement.

Sa deuxième grossesse s'est bien déroulée, mise à part une dépression à la 28^{ème} semaine de gestation. Elle a eu un accouchement spontané par voie vaginale, donnant naissance à un petit garçon en bonne santé, prénommé « B ».

Au 2^{ème} jour du post-partum, elle a commencé à avoir des obsessions, et des images égodystoniques où elle se voyait jeter B par la fenêtre. Elle croyait, malgré les garanties du pédiatre, que le lait maternel nuisait à B et qu'il perdait du poids. Elle était incapable de donner son bain à B, croyant qu'il y avait du gaz ou autres choses de nuisibles ne pouvant être déplacé à l'intérieur de la baignoire.

Du 2^{ème} au 11^{ème} jour du post-partum, sa dépression s'est aggravée. Elle était incapable de dormir, de sortir de son lit ou de faire sa toilette. Elle suspectait même son mari de vouloir nuire à B.

Au 12^{ème} jour du post-partum, alors qu'elle était seule dans la voiture avec B, elle a pensé à se tuer avec son bébé.

Au 13^{ème} jour du post-partum, elle a tenté de se suicider par overdose médicamenteuse. Elle a dormi toute la nuit et n'a pas signalé sa tentative de suicide. Puis elle a brusquement sevré B de lait maternel. Elle est devenue désorganisée et confuse, ne sachant pas qu'elle était la formule, la taille ou le type de biberon ou de tétines à utiliser. Elle était agitée, appelant jours et nuits ses amis pour avoir leur avis sur tout et n'importe quoi. Elle a tenté d'étouffer B avec une serviette mais son mari est arrivé à temps. Mme A a estimé que sa présence l'a sorti de l'état dans lequel elle se trouvait. Son mari savait qu'elle n'était pas elle-même, mais il n'a pas compris qu'elle était déprimée et psychotique.

Au 20^{ème} jour du post-partum, Mme A s'est réveillée à 6H30 du matin pour consoler B qui pleurait. Son mari et sa fille l'embrassèrent avant de partir, et Mr A emmena leur fille à l'école avant d'aller travailler. Mme A s'est tout à coup sentie comme possédée, elle décrit un état de transe avec confusion : « quelque chose d'interne comme une force ... ce n'était pas une voix ... dont je n'avais pas le contrôle. Il y eût un instant où je me souviens ne rien avoir pensé ... je n'avais aucun sentiment. Je n'étais pas vraiment là ... A l'époque, rien ne me vînt à l'esprit ... Mon intérieur avait disparu et il y avait autre chose à la place ». Elle a brièvement placé une serviette sur le nez et la bouche de B, mais s'est arrêtée. La « force » est alors devenue plus intense. Elle mit alors un gant de toilette sur la bouche de B et l'étrangla avec un cordon téléphonique. Elle sentait qu'elle n'était pas liée à ses propres mains.

Lorsque B fût mort, elle le lava avec un chiffon, enleva son cordon ombilical, changea sa couche, et quitta la pièce. Elle entra dans la salle de bain où elle fit une tentative de suicide infructueuse en s'ouvrant les poignets.

Mme A fût inculpée d'homicide et incarcérée. Elle décrit son passé psychiatrique comme « morose » avec des états cycliques tous les 3 jours : la bonne humeur, la créativité et l'énergie alternant avec l'irritabilité, les pleurs et la mauvaise humeur.

Mme A a reçu un diagnostic de trouble bipolaire qui s'est aggravé après la naissance de son deuxième enfant. Elle a connu plusieurs hospitalisations psychiatriques pour des épisodes psychotiques avec une paranoïa chronique et une labilité de l'humeur.

3. Témoignage n°3

(59)

Mme A est un médecin de 27 ans qui a accouché à terme sans complications d'un petit garçon en bonne santé.

Dans les deux jours suivant l'accouchement, elle informa son mari qu'elle croyait que la nourriture du bébé était empoisonnée, et que le bébé la regardait curieusement et fixement. Elle entendait des chevaux galoper dans la chambre à coucher. Elle n'arrivait pas à s'endormir, même lorsque sa mère venait s'occuper du bébé pour qu'elle puisse se reposer.

Mme A dormait seulement 3H par jour.

Son mari remarqua qu'elle regardait les fenêtres de leur appartement pendant des heures sans explication. Elle ne se lava pas pendant 6 jours.

Elle avait besoin de beaucoup d'aide pour réaliser des tâches simples, comme changer la couche de son bébé. Elle a exprimé un sentiment de culpabilité, d'être une mère terrible qui ne méritait pas d'avoir une famille.

Elle confia à son mari avoir entendu des voix lui ordonnant d'aller dans le métro avec son bébé, et de sauter de l'avant du train. Ces hallucinations lui faisaient peur, et elles sont devenues plus fortes à son retour de l'hôpital. Son mari est devenu très inquiet et a emmené son épouse aux urgences.

4. Témoignage n°4

(75)

Mme Z. est une femme de 19 ans.

Trois mois après son accouchement, elle a développé une vague de douleurs physiques et des préoccupations paranoïaques.

Cinq mois après son accouchement, elle présentait des idéations suicidaires, des hallucinations auditives et visuelles.

Lors de son hospitalisation psychiatrique de trois semaines, il lui a été diagnostiqué une dépression post-partum avec un retard psychomoteur.

Son état s'étant amélioré, elle rentra chez elle. Son traitement de sortie fut du citalopram et du bupropion, qu'elle arrêta deux semaines après.

Une semaine avant son admission, Mme Z rapporta une dyspnée et des douleurs abdominales, arrêta de manger, et développa une incontinence.

Elle ressentit des ordres, sous forme d'hallucinations auditives, de se faire mal ou de faire mal à son bébé.

Elle n'avait pas d'antécédents familiaux psychiatriques connus.

Son état ayant empiré à l'arrêt des médicaments, elle fut hospitalisée en urgence à l'extérieur du département. Elle fut traitée par du lorazépam 2mg toutes les 6H en voie intraveineuse. Lors de son admission, Mme Z a exprimé qu'elle était possédée et qu'elle « voyait des choses qu'elle ne voulait pas voir ».

L'examen physique à l'admission était banal, mais limitée par la faible participation. Elle a démontré un retard psychomoteur important. Son discours était parfois inaudible. Sa pensée était difficile à évaluer en raison d'une parole minimale. Ses connaissances et son jugement semblaient compromis.

Les tests initiaux du laboratoire ont montré des leucocytes légèrement surélevés, une légère anémie, et un taux de prolactine légèrement plus élevé. Les taux de thyroïdostimuline, acide folique, vitamine B12 étaient normaux. L'IRM n'a rien montré d'anormal et les signes vitaux sont restés dans les limites de la normale.

Le diagnostic de psychose puerpérale a été posé. Le diagnostic différentiel inclut la catatonie et les délires. Les symptômes moteurs et le niveau de conscience étaient inhabituels. Par conséquent, le diagnostic primaire a été la catatonie.

Après l'admission, Mme Z était très peu réactive. Son enfant est resté avec la famille pendant toute la durée de l'hospitalisation, et toutes les visites avec l'enfant ont été supervisées par la famille ou du personnel.

Elle a eu de brèves périodes de réactivité accrue, mais elle rapporta des pensées effrayantes sur des « démons » et « d'infanticide ».

Elle a cessé de répondre au lorazépam IV donc de l'olanzapine 2,5mg chaque soir au coucher a été instauré, allant jusqu'à 7,5 mg/jour. Comme il n'y avait pas de réponse à la monothérapie d'olanzapine, l'équipe a réintroduit du lorazépam 2mg IV en association. Les cliniciens ont noté une augmentation transitoire des périodes de vigilance et de mouvement volontaire. Puis du citalopram a été instauré pour lutter contre les idées suicidaires (jusqu'à 40 mg). Sachant que l'allaitement avait été arrêté deux mois avant l'admission.

Par la suite, l'équipe médicale a décidé de mettre en place l'ECT. Après la première ECT, Mme Z était lucide sur une plus longue période et a eu une longue conversation sur ses hobbies. Elle interagissait plus avec son enfant. Mme Z est devenue indépendante, elle mangeait et allait aux toilettes toute seule. Elle n'a plus eu d'hallucinations auditives lui ordonnant de se faire mal et de faire mal à son bébé. Mais elle continuait à avoir une humeur dépressive et de voir le diable quand elle fermait les yeux.

Au bout de six séances d'ECT, elle était devenue euthymique, n'avait plus de pensées suicidaires, et ne voyait plus le diable. Elle quitta l'hôpital avec une prescription de citalopram et d'olanzapine, ainsi qu'avec un suivi.

Environ 18 mois après sa sortie, Mme Z semblait guérit : elle ne prenait plus de médicament et n'avait plus de consultations psychiatriques.

Compte tenu de la gravité de la psychose puerpérale et du fait que 50% des femmes souffrent de récurrence, Mme Z devra envisager sérieusement un traitement prophylactique lors de grossesse ultérieure.

5. Témoignage n°5

(63)

"Mme G ", est une femme de 35 ans, mariée et mère de trois enfants en bonne santé, y compris un nouveau-né, et elle a été hospitalisée à l'unité d'obstétrique suite à l'apparition d'une fièvre aigue. Un diagnostic de PP avait motivé, après un épisode psychotique, son hospitalisation en psychiatrie pendant 16 jours.

Mme G avait précédemment travaillé en tant que journaliste, mais elle était sans emploi depuis plusieurs années.

Ses antécédents médicaux sont marqués par deux épisodes similaires avec agitation, confusion, et délires mystiques au troisième jour du post-partum, qui ont nécessité un transfert immédiat en hôpital psychiatrique et l'instauration d'un traitement antipsychotique. Le résultat de chaque épisode a été favorable, avec un sevrage des antipsychotiques en 4 à 6 semaines après l'accouchement et avec aucuns symptômes psychiatriques entre les épisodes. Mme G ne présente aucun antécédent familial et a nié toute consommation d'alcool, de tabac ou d'autres drogues.

L'épisode actuel a commencé soudainement au troisième jour du post-partum. Bien que les sages-femmes avaient initialement constaté une anxiété anticipatoire, évoquant une possible récurrence de la PP, elles remarquèrent une augmentation du niveau de l'anxiété et une obnubilation légère (trouble mental). En quelques heures, Mme G est devenue confuse, agitée et violente, et le contact verbal avec elle est rapidement devenu impossible.

Après la mise en place de moyens de contention physiques et une injection intramusculaire de loxapine (100 mg), Mme G a immédiatement été transférée dans un hôpital psychiatrique. Les rapports médicaux initiaux ont indiqué des résultats normaux à l'examen physique et aux tests biologiques (électrolyte, tests sur la fonction hépatique, et ECG). Au 16^{ème} jour du post-partum, Mme G présenta une fièvre élevée (40°C) et des leucorrhées. L'hypothèse d'une endométrite fut évoquée.

Le traitement mis en place fût le suivant : rispéridone (2 mg / jour), alprazolam (1,5 mg / jour), cyamémazine (62,5 mg / jour), et un traitement antibiotique pour traiter une éventuelle infection.

Contrairement à ses précédents épisodes du post-partum, Mme G n'a répondu que partiellement au traitement antipsychotique. Une consultation en psychiatrie de liaison a été demandée. Le psychiatre de liaison a mis en évidence les symptômes suivant : agitation, désorientation, logorrhée, discours incohérent, et perte de mémoire. Mme G, anxieuse, exprimait un sentiment de culpabilité envers son nouveau-né et elle avait la conviction que son diagnostic de PP la rendait incapable de prendre soin de ses enfants.

Elle n'a manifesté aucun signe de colère envers ses enfants, et elle n'avait pas d'idées de persécution pouvant la conduire à l'infanticide et/ou au suicide.

Globalement, Mme G était plus confuse et plus délirante que lors d'une PP typique. Intrigué par ce tableau clinique, le psychiatre a réexaminé le diagnostic de PP. Il a constaté que Mme G avait des maux de tête chroniques et une réticence habituelle à consommer de la viande. Son examen clinique a montré que la patiente présentait une pression artérielle et un pouls stable, et qu'il n'y avait aucun signe de sepsis sévère. L'examen neurologique était également normal. Le psychiatre a donc ordonné des tests sanguins immédiats, y compris ceux des taux d'ammoniac. Les résultats ont confirmé une **hyperammoniémie** (224 µmol/litre, les contrôles <50 mmol / litre), avec une **alcalose respiratoire** et un **syndrome inflammatoire marqué**. Les résultats des tests de la fonction hépatique, ainsi que tous les autres tests sanguins, étaient normaux.

Pour un trouble du cycle de l'urée à début tardif, une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire. Mme G fût donc transférée à l'unité de soins intensifs (USI). Dans l'unité de soins intensifs, un traitement étiologique des troubles du cycle de l'urée a été instauré avec du benzoate de sodium intraveineux, du phénylbutyrate de sodium (chacun à une dose de charge de 10 g, puis 2 g cinq fois par jour), et de la citrulline (2 g cinq fois par jour). Pendant la nuit, l'état neuropsychiatrique de Mme G s'est améliorée, en corrélation avec un abaissement du taux d'ammoniac (le taux d'ammoniac est tombé à 64 µmol/ litre le jour suivant l'instauration du traitement et à 19 pmol/L le lendemain). Le diagnostic de trouble du cycle l'urée a été confirmé par chromatographie des acides aminés plasmatiques, montrant de fortes concentrations en glutamine et en glutamate.

Au bout de cinq jours, ce traitement a abouti à une normalisation et à une stabilisation du taux plasmatique d'ammoniac et de l'état neuropsychiatrique de Mme G.

Sevrée d'antipsychotiques et asymptomatique, treize jours après son diagnostic de trouble du cycle de l'urée, Mme G a pu retourné à son domicile avec une prescription de benzoate de sodium, de phénylbutyrate de sodium, et de citrulline par voie orale. Un régime restreint en protéines lui a également été conseillé.

Six mois après sa sortie, Mme G n'avait présenté aucune récurrence grâce à son traitement.

CONCLUSION

La période du post-partum est une période à risque pour le développement de troubles psychiques. Ces troubles sont trop fréquents, trop souvent non diagnostiqués et insuffisamment traités.

Les facteurs de risque les plus importants sont les antécédents psychiatriques personnels et familiaux.

L'étiologie de ces troubles est multifactorielle. La chute hormonale brutale après l'accouchement en est la principale origine. Ces variations hormonales affectent les neurotransmetteurs et leurs actions sur le cerveau. De plus, des études récentes ont montré l'impact de la micronutrition dans l'apparition de ces troubles, de part leur influence sur le système neuroendocrinien.

Afin d'optimiser la prise en charge des patientes, il est essentiel que les troubles psychiques soient diagnostiqués le plus tôt possible. Le dépistage est essentiellement clinique, mais les tests comme l'EPDS, spécifique de la dépression post-partum, sont d'une aide précieuse.

Le devenir de la mère n'est pas le seul à être en jeu, car si ces troubles se chronicisent, des conséquences immédiates et à long terme peuvent être observées sur le développement de l'enfant. C'est pourquoi une prise en charge rapide et spécialisée est indispensable.

Les antidépresseurs sont utilisés dans le traitement de la dépression du post-partum. Quant au traitement de la psychose puerpérale, il repose sur une action antipsychotique exercée par les antipsychotiques en association avec les thymorégulateurs et sur une action sédatrice assurée par les benzodiazépines. Le blues du post-partum ne nécessite pas de traitement particulier, mis à part l'utilisation de benzodiazépines si la mère présente une anxiété.

Si une hospitalisation est nécessaire, les unités d'hospitalisation mère-bébé doivent être privilégiées afin de maintenir les interactions entre la mère et le bébé.

Du fait de sa proximité avec les patientes, le pharmacien d'officine peut jouer un rôle essentiel dans la prévention et le dépistage des troubles psychiques du post-partum. Il est

par ailleurs nécessaire de mieux faire connaître ces troubles par des campagnes d'information afin qu'ils ne soient plus une source de honte pour les patientes qui en souffrent.

ANNEXE 1

Les deux classifications des troubles mentaux les plus utilisées actuellement sont :

- La classification internationale des maladies (CIM), publiée par l'OMS
- Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), élaboré par l'Association américaine de Psychiatrie (APA).

1. Le DSM

Le DSM est un outil national destiné aux psychiatres américains, mais dont l'ambition, manifestement, est de servir de modèle à toute classification internationale ultérieure.

Le DSM-IV correspond au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition.

Il a été conçu pour être utilisé dans tous les milieux cliniques (patients hospitalisés, soins ambulatoires, hospitalisations partielles...) et par un large éventail de professionnels de la santé et de la santé mentale, y compris les psychiatres et autres médecins.

C'est également un outil nécessaire pour la collecte et la communication des statistiques précises de santé publique.

Il se compose de trois éléments principaux : la classification diagnostique, les ensembles de critères diagnostiques, et le texte descriptif.

1-1. La classification diagnostique

C'est la liste des troubles mentaux qui font officiellement partie du système DSM.

« Faire un diagnostique DSM » consiste à sélectionner les troubles de la classification qui reflètent le mieux les signes et les symptômes qui y sont exposés par la personne en cours d'évaluation.

A chaque étiquette de diagnostic est associé un code diagnostique, qui est généralement utilisé par les institutions et les organismes de collecte de données.

Ces codes de diagnostic sont dérivés du système de codage utilisé par tous les professionnels de la santé aux Etats-Unis, connu sous le nom de CIM (classification internationale des maladies).

1-2. les ensembles de critères diagnostiques

Pour chaque trouble inclus dans le DSM, un ensemble de critères diagnostiques indiquent quels symptômes doivent être présents (et pour combien de temps) ainsi que des symptômes, des troubles et des conditions qui ne doivent pas être présentes afin de se qualifier pour un diagnostic précis.

Beaucoup d'utilisateurs du DSM trouvent ces critères diagnostiques particulièrement utiles car ils fournissent une description précise de chaque trouble.

En outre, l'utilisation de critères diagnostiques a montré qu'il augmentait la fiabilité du diagnostic.

1-3. Le texte descriptif

Il décrit systématiquement chaque trouble sous les rubriques suivantes : « caractéristiques de diagnostic », « sous-types et/ou prescripteurs », « procédures d'enregistrement », « caractéristiques et troubles associés », « caractéristiques culture spécifique, l'âge et genre », « prévalence », « cours », « modèle familial » et « diagnostic différentiel ».

2. La CIM

La CIM est par définition internationale, et elle est publiée dans de nombreuses langues.

La CIM est avant tout une classification statistique des causes de décès et des causes de morbidité.

Dans la CIM-10, on a la section F53 « Troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs ». Celle-ci était elle-même subdivisée en :

- F53-0 : Légers (dépression)
- F53-1 : Sévères (psychose)
- F53-8 : Autres
- F53-9 : Sans précision

**uniquement s'ils apparaissent
dans les 6 semaines
qui suivent l'accouchement**

(D'après 84)

ANNEXE 2

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

(D'après 85)

QUESTIONNAIRE EPDS D’EVALUATION D’UN ETAT DEPRESSIF
« EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE »

NOM :

PRENOM :

DATE :

Vous venez d’avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c’est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s’écouler) et pas seulement au jour d’aujourd’hui.

Voici un exemple :

« Je me suis sentie heureuse ? »

- Oui tout le temps
- Oui la plupart du temps
- Non pas très souvent
- Non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s’écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S’ECOULER

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
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, parfois
 - 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

Remarque :

Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3 points, alors que les items 3 à 10 se cotent de 3 à 0.
On obtiendra donc un résultat allant de 0 à 30 points.

(D'après 41)

ANNEXE 4

MEDICAL OUTCOME STUDY SHORT FORM-36 (MOS SF-36)

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Mediocre
5. Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

1. Bien meilleur que l'an dernier
2. Plutôt meilleur
3. A peu près pareil
4. Plutôt moins bon
5. Beaucoup moins bon

3. Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limitée en raison de votre état de santé actuel :

Listes d'activités	Oui, beaucoup limitée	Oui, peu limitée	Non, pas du tout limité
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport ...	1	2	3
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
Soulever et porter les courses	1	2	3
Monter plusieurs étages par les escaliers	1	2	3
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique :

	Oui	Non
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitée ?	1	2
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou tout autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5. Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel [comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée] :

	Oui	Non
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitée ?	1	2
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6. Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

1. Pas du tout
2. Un petit peu
3. Moyennement
4. Beaucoup
5. Enormément

7. Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

1. Nulle
2. Très faible
3. Faible
4. Moyenne
5. Grande
6. Très grande

8. Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitées dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1. Pas du tout
2. Un petit peu
3. Moyennement
4. Beaucoup
5. Enormément

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes sentie au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
Vous vous êtes sentie dynamique ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes sentie très nerveuse ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes sentie si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes sentie calme et détendue ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes sentie triste et abattue ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes sentie épuisée ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes sentie heureuse ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes sentie fatiguée ?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

1. En permanence
2. Une bonne partie du temps
3. De temps en temps
4. Rarement
5. Jamais

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
Je m'attends à ce que ma santé ce dégrade	1	2	3	4	5
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

(D'après 83)

ANNEXE 5

MEDICAL OUTCOME STUDY SHORT FORM-12 (MOS SF-12)

1. En général, diriez-vous que votre santé est :

- 6. Excellente
- 7. Très bonne
- 8. Bonne
- 9. Mediocre
- 10. Mauvaise

Les deux questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez faire au cours d'une journée typique. Votre état de santé vous limite-t-il dans la réalisation de ces activités ? Si oui, combien ?

2. Activités modérées, comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles...

- ☐ Oui, beaucoup limitée
- ☐ Oui, peu limitée
- ☐ Non, pas du tout limitée

3. Monter plusieurs étages par l'escalier :

- ☐ Oui, beaucoup limitée
- ☐ Oui, peu limitée
- ☐ Non, pas du tout limitée

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu des problèmes dans votre travail ou d'autres activités régulières en raison de votre état physique ?

4. Accomplies moins que vous le souhaiteriez :

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. vous avez été limitée dans votre travail ou dans vos autres activités :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous été limitée dans le travail ou d'autres activités pratiquées régulièrement en raison de problèmes émotionnels (tel que la dépression, l'anxiété) ?

6. Accomplies moins que vous le souhaiteriez :

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Ne pas faire un travail ou d'autres activités aussi soigneusement que d'habitude :

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitées dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un petit peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Enormément

Les trois questions suivantes sont sur la façon dont vous vous êtes sentie au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

9. Vous vous êtes sentie calme et paisible ?

- ☐ En permanence
- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Quelquefois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

10. Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?

- ☐ En permanence
- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Quelquefois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

11. Vous vous êtes sentie triste et abattue ?

- ☐ En permanence
- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Quelquefois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

12. Au cours des quatre dernières semaines, combien de temps votre santé physique ou des problèmes émotionnels ont interféré dans vos activités sociales ?

- ☐ En permanence
- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Quelquefois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

(D'après 44)

ANNEXE N°6

THE PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Nom du patient :

Date de la visite :

Au cours des deux dernières semaines , combien de fois avez-vous été gênée par l'un des problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de septs jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0 point	1 point	2 points	3 points
2. Se sentir triste, déprimé ou désespéré	0 point	1 point	2 points	3 points
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormie, ou trop dormir	0 point	1 point	2 points	3 points
4. Se sentir fatiguée ou avoir peu d'énergie	0 point	1 point	2 points	3 points
5. Peu d'appétit ou trop manger	0 point	1 point	2 points	3 points
6. Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0 point	1 point	2 points	3 points
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0 point	1 point	2 points	3 points
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agitée que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0 point	1 point	2 points	3 points
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux morte ou vous avez pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0 point	1 point	2 points	3 points

(D'après 47)

ANNEXE N°7

THE PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-2 (PHQ-2)

Nom du patient :

Date de la visite :

Au cours des deux dernières semaines, combien de fois avez-vous été gênée par l'un des problèmes suivants ?	Non à tous	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0 point	1 point	2 points	3 points
2. Se sentir triste, déprimé ou désespéré	0 point	1 point	2 points	3 points

(D'après 48)

THE MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE (MDQ)

Répondre aux questions suivantes

1. Y a-t-il jamais eu des périodes de temps où vous n'étiez pas comme d'habitude et où ...

- ... vous vous sentiez si bien et si remonté que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas comme d'habitude ou que vous étiez si remonté que vous alliez vous attirer des ennuis
☐ Oui ☐ Non
- ... vous étiez si irritable que vous criiez après les gens ou que vous provoquiez des bagarres ou des disputes
☐ Oui ☐ Non
- ... vous vous sentiez beaucoup plus sûre de vous que d'habitude
☐ Oui ☐ Non
- ... vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment
☐ Oui ☐ Non
- ... vous étiez beaucoup plus bavarde et parliez beaucoup plus vite que d'habitude
☐ Oui ☐ Non
- ... des pensées traversaient rapidement votre esprit et vous ne pouviez pas les ralentir
☐ Oui ☐ Non
- ... vous étiez si facilement distraite par ce qui vous entourait que vous aviez des difficultés à vous concentrer ou à poursuivre la même idée
☐ Oui ☐ Non
- ... vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude
☐ Oui ☐ Non
- ... vous étiez beaucoup plus active ou que vous faisiez beaucoup plus de choses que d'habitude
☐ Oui ☐ Non

- ... vous étiez beaucoup plus sociable ou extravertie que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à vos amis au milieu de la nuit
 - ☒ Oui
 - ☐ Non
- ... vous étiez beaucoup plus intéressée par le sexe que d'habitude
 - ☒ Oui
 - ☐ Non
- ... vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres gens pensaient être excessives, imprudentes ou risquées
 - ☒ Oui
 - ☐ Non
- ... vous dépensiez de l'argent de manière si inadaptée que cela vous attirait des ennuis à vous ou à votre famille
 - ☒ Oui
 - ☐ Non

2. Si vous avez coché « oui » à plus d'une des questions précédentes, est-ce que plusieurs d'entre elles sont apparues durant la même période de temps ?

- ☒ Oui
- ☐ Non

3. A quel point, une de ces questions a été pour vous un problème au point de ne plus travailler, d'avoir des difficultés familiales, légales, d'argent, ou de vous inciter à des bagarres ou des disputes ?

- ☐ Pas de problème
- ☐ Problème mineur
- ☐ Problème moyen
- ☐ Problème sérieux

(D'après 74)

LEXIQUE

1. Le syndrome prémenstruel : Il désigne l'ensemble des symptômes physiques, thymiques et cognitifs pouvant précéder et accompagner les règles (humeur dépressive, labilité émotionnelle, anxiété, colère ou irritabilité, insomnie ...).

2. L'Hyperesthésie transitoire : Elle correspond à une hypersensibilité émotionnelle, où la sensibilité et la susceptibilité sont exagérées dans les contacts sociaux.

3. Les pensées égodystoniques (ego=soi, dystonique=étranger) : Ce sont des pensées extérieures au système de pensée. Les pensées égodystoniques d'agression de l'enfant, qui sont récurrentes au quotidien, prennent la forme de phobies d'impulsion.

4. Les pensées égosyntoniques (ego=soi, syntonique=en accord) : Ce sont des pensées intérieures au système de pensée (elle les pense, elle les croit).

5. Bowlby : C'est un psychiatre, psychanalyste anglais qui s'est intéressé particulièrement aux effets pathologiques de la séparation précoce mère-enfant. Il souligne, avec d'autres auteurs, l'importance du lien affectif précoce mère-enfant dans le développement de l'être humain. Il est à l'origine de la théorie de l'attachement.

6. Le morphing : C'est une transformation continue et bijective qui permet de passer d'une image à une autre.

7. L'affect : C'est un ensemble de mécanismes psychologiques influençant le comportement. La dimension émotionnelle est très souvent coupée en deux :

- L'affect positif = émotion positive (plaisir ...)
- L'affect négatif = émotion négative (colère, tristesse ...)

8. Exaltation de l'humeur : C'est un état de surexcitation intellectuelle avec délire nerveux analogue à l'enthousiasme, mais de caractère morbide.

9. Logorrhée : C'est une émission incoercible de flots de paroles, qu'on observe dans certaines affections nerveuses ou mentales (délire, ...).

10. Distorsions perceptives : Ce sont des déformations perceptives.

11. Hallucinations hypnopompiques : Phénomène perceptif de nature variée, qui survient lors du passage du sommeil à l'éveil.

12. Etat de stress post-traumatique : C'est un trouble anxieux sévère du post-partum qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante (accouchement difficile, sentiment de mort imminente concernant la mère ou le bébé).

13. Concept d'objet de Piaget : Selon la théorie de Piaget, la notion d'objet constitue un concept de base qui n'est pas inné mais se développe lentement avec l'expérience, son acquisition se déroulant de la naissance à la fin de la période sensorimotrice, vers 18-24 mois. Enfin, les stades de développement de la notion d'objet sont universaux et leur ordre d'acquisition est fixe. Ce concept vise à évaluer le développement cognitif de l'enfant.

14. Anhédonie : Il caractérise l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes. Cette incapacité est fréquemment associée à un sentiment de désintérêt diffus.

15. Oniroïdes : Etat proche du rêve.

16. Enquêtes catamnestiques : La méthode catamnestique consiste à retrouver plusieurs années après une population qui a vécu le même événement, au cours d'une période déterminée.

17. Comportement d'incurie : L'incurie est un manque total de soin de soi et d'hygiène, accompagné d'une indifférence aux conséquences de ce comportement.

18. Dystonie : Altération de la tonicité des tissus ou du tonus nerveux.

19. Akathisie : Impossibilité de conserver une position.

20. Dyskinésies tardives : Mouvements involontaires de la langue, de la mâchoire ou des extrémités.

1. Scrandis DA., Sheikh TM., Niazi R., Tonelli LH., Postolache TT. **Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations.** ScientificWorldJournal 2007; 7:1670-82.

2. Dayan J. **Psychopathologie de la périnatalité.** Ed Masson (Paris) 1999 : pp 52-153 ; pp 517-20.

3. http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/obstetrique/troubles_psy_grossesse.pdf

4. Dayan J. **Les dépressions périnatales.** Ed Masson (Issy-Les-Moulineaux) 2008 : pp 25-27 ; pp 62-65 ; pp 125-32 ; pp 143-58 ; pp 196-98.

5. Miller LJ. **Postpartum depression.** Jama 2002; 287:762-5.

6. Myczkowski ML., Dias AM., Luvisotto T., Arnaut D., Bellini BB., Mansur CG., Renno J., Tortella G., Ribeiro PL., Marcolin MA. **Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on clinical, social, and cognitive performance in postpartum depression.** Neuropsychiatr Dis Treat 2012; 8:491-500.

7. Savitz DA., Stein CR., Ye F., Kellerman L., Silverman M. **The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995-2004.** Ann Epidemiol 2011; 21:399-406.

8. Rayen I., Van den hove DL., Prickaerts J., Steinbusch Hw., Pawluski JL. **Fluoxétine during development reverses the effects of prenatal stress on depressive-like behaviour and hippocampal neurogenesis in adolescence.** PLoS one 2011; 6: 1-9.

9. Lanes A., Kuk JL., Tamim H. **Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study.** BMC Public Health 2011; 11: 302-11.

10. Hübner-Liebermann B., Hausner H., Wittmann M. **Recognizing and treating peripartum depression.** Dtsch Arztebl Int 2012; 109:419-24.
11. Caulin C. **VIDAL RECOS Recommandations et pratique.** 4^{ème} Ed VIDAL (Issy-Les-Moulineaux) 2011 : pp 482-94 ; pp 1650-57 ; pp 1898-1917.
12. Rojas G., Fritsch R., Solis J., Gonzalez M., Guajardo V., Araya R. **Quality of life of women depressed in the postpartum period.** Rev Med Chil 2006; 134:713-20.
13. Mozurkewich E., Chilimigras J., Klemens C., Keeton K., Allbaugh L., Hamilton S., Berman D., Vazquez D., Marcus S., Djuric Z., Vahratian A. **The mothers, Omega-3 and mental health study.** BMC Pregnancy Childbirth 2011; 11: 46-55.
14. Daley AJ., Jolly K., Sharp DJ., Turner KM., Blamey RV., Coleman S., McGuinness M., Roalfe AK., Jones I., MacArthur C. **The effectiveness of exercise as a treatment for postnatal depression: study protocol.** BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 45-53.
15. Markhus MW., Skotheim S., Graff IE., Froyland L., Braarud HC., Stormark KM., Malde MK. **Low omega-3 index in pregnancy is a possible biological risk factor for postpartum depression.** PLoS One 2013; 8: 1-12.
16. Zaconeta AM., Queiroz IF., Amato AA., Motta LD., Casulari LA. **Depression with postpartum onset : a prospective cohort study in women undergoing elective caesarean section in Brasilia, Brazil.** Rev Bras Ginecol Obstet 2013; 35:130-5.
17. Crowley SK., Youngstedt SD. **Efficacy of light therapy for perinatal depression: a review.** J Physiol Anthropol 2012; 31:15-22.
18. Rechenberg K., Humphries D. **Nutritional interventions in depression and perinatal depression.** Yale J Biod Med 2013 ; 86 :127-37.

19. Friedman S., Sorrentino R. **Commentary: Postpartum Psychosis, Infanticide, and Insanity—Implications for Forensic Psychiatry.** Am J Psychiatry 2012; 40: 326-32.
20. Nau LM., Mc Niel DE., Binder LR. **Postpartum psychosis and the courts.** Am J Psychiatry 2012; 40: 318-25.
21. Anderson G., Maes M. **Postpartum depression: psychoneuroimmunological underpinnings and treatment.** Neuropsychiatr Dis Treat 2013; 9:277-87.
22. Eastwood JG., Jalaludin BB., Kemp LA., Phung HN., Barnett BE. **Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study.** BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 148-59.
23. Rochat TJ., Tomlinson M., Barnighausen T., Newell ML., Stein A. **The prevalence and clinical presentation of antenatal depression in rural South Africa.** J Affect Disord 2011; 135:362-73.
24. Prenoveau J., Craske M., Counsell N., West V., Davies B., Cooper P., Rapa E., Stein A. **Postpartum gad is a risk factor for postpartum mdd : the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD.** Depress Anxiety 2013; 30:506-14.
25. Sexton MB., Flynn HA., Lancaster C., Marcus SM., McDonough SC., Volling BL., Lopez JF., Kaciroti N., Vazquez DM. **Predictors of recovery from prenatal depressive symptoms from pregnancy through postpartum.** J womens Health 2012; 21:43-9.
26. Fisher J., Wynter K., Hammarberg K., McBain J., Gibson F., Boivin J., McMahon C. **Age, mode of conception, health service use and pregnancy health : a prospective cohort study of Australian women.** BMC Pregnancy Childbirth 2013; 8:13-88.
27. Kempler L., Sharpe L., Bartlett D. **Sleep education during pregnancy for new mothers.** BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12:155.

28. Palmer VJ., Yelland JS., Taft AJ. **Ethnical complexities of screening for depression and intimate partner violence (IPV) in intervention studies.** BMC Public Health 2011; 11: 1-10.
29. Malta LA., McDonald SW., Hegadoren KM., Weller CA., Tough SC. **Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study.** BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12:153.
30. Demissie Z., Siega-Riz AM., Evenson KR., Herring AH., Dole N., Gaynes BN. **Associations between physical activity and postpartum depressive symptoms.** J Womens Health 2011; 20:1025-34.
31. Spinelli MG. **Postpartum psychosis : detection of risk and management.** Am J Psychiatry 2009; 166:405-8.
32. Guelfi J-D., Rouillon F. **Manuel de psychiatrie.** 2^{ème} ED Elsevier Masson (Issy-Les-Moulineaux) 2012 : pp 295-98 ; pp 571-656.
33. Guedeney A., Allilaire J-F. **La théorie de l'attachement in Interventions psychologiques en périnatalité.** Ed MASSON (Paris) 2001 : pp 29-31.
34. [http://www.medecine.ups.tlse.fr/dcem3/module03/08.DEVELOPPEMENTAFFECTIF\(3-3.pdf](http://www.medecine.ups.tlse.fr/dcem3/module03/08.DEVELOPPEMENTAFFECTIF(3-3.pdf)
35. Stein A., Murphy S., Arteché A., Lehtonen A., Harvey A., Craske MG., Harmer C. **Effects of reboxetine and citalopram on appraisal of infant facial expressions and attentional biases.** J Psychopharmacol 2012; 26:670-6.
36. Kheirabadi GR., Maracy MR., Akbaripour S., Masaeli N. **Psychometric properties and diagnostic accuracy of the Edinburgh postnatal depression scale in a sample of Iranian women.** Iran J Med Sci 2012; 37:32-8.

37. Arteche A., Joormann J., Harvey A., Craske M., Gotlib IH., Lehtonen A., Counsell N., Stein A. **The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces.** J Affect Disord 2011; 133:197-203.
38. Viguera AC., Tondo L., Koukopoulos AE., Reginaldi D., Lepri B., Baldessarini RJ. **Episodes of mood disorders in 2252 pregnancies and postpartum periods.** Am J Psychiatry 2011; 168 :1179-85.
39. Balaraman Y., Schmetzer AD., **Hormonal replacement therapy in postpartum affective disorders.** Ann Clin Psychiatry 2011; 23:71-2.
40. Howard LM., Flach C., Mehay A., Sharp D., Tylee A. **The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the respond trial.** BMC Pregnancy Childbirth 2011; 11: 57-67.
41. <http://www.medical78.com/nat-fmc-epds.pdf>
42. Choi SK., Kim JJ., Park YG., Ko HS., Park IY., Shin JC. **The simplified Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for antenatal depression: is it a valid measure for pre-screening?** Int J Med Sci 2012; 9:40-6.
43. <http://fr.scribd.com/doc/59168437/EchellesDeQualiteDeVieSF12etSF36>
44. <http://www.psychsupport.com.au/bundles/gppsui/assets/SF12-Questionnaire.pdf>
45. Yawn BP., Olson AL., Bertram S., Pace W., Wollan P., Dietrich AJ. **Postpartum depression: Screening, diagnosis, and management programs 2000 through 2010.** Depress Res Treat 2012.
46. <http://www.mmhrc.ca/fr/content/outils-de-diagnostic-et-dvaluation-multilingues>

47. http://www.medhyg.ch/scoredoc/scores_diagnostiques/psychiatrie/questionnaire_phq9_pour_la_depression
48. http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq2.pdf
49. <http://www.theriaque.org/>
50. VIDAL 2013.
51. Perlemutier L., Perlemutier G. **Psychiatrie in Guide de thérapeutique**. 7^{ème} Ed ELSEVIER MASSON (Issy-Les-Moulineaux) 2012 : pp 1816-1918.
52. Berle JO., Spigset O. **Antidepressant Use during Breastfeeding**. Curr Womens Health Rev 2011; 7:28-34.
53. <http://www.lecrat.org/>
54. Delaloye J-F., Roussio P., Buclin T., De Grandi P., Vial Y., Hohlfeld P. **Système nerveux in Médicaments grossesse et lactation**. 3^{ème} Ed MEDECINE ET HYGIENE (Genève) 2006 : pp 117-35.
55. Kaplan H-I., Sadock B-J. **Psychothérapies in Manuel de poche de Psychiatrie Clinique**. 2^{ème} Ed PRADEL (Reuil-Malmaison) 2006 : pp 415-27.
56. Brunelin J., Galinowski A., Januel D., Poulet E. **Effets indésirables et sécurité d'emploi in Stimulation magnétique transcrânienne**. Ed SOLAL (Marseille) 2009 : pp 37-57.
57. <http://www.psycom75.org>
58. <http://www.psychisme.org>

59. Sit D., Rothschild AJ., Wisner KL. **A review of postpartum psychosis.** J Womens Health 2006; 15:352-68.
60. Oates M. **Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality.** Br Med Bull 2003; 67: 219-29.
61. http://www.sfm.uo.edu/fr/formation/cours_sup/telecharger/?id=46
62. Robertson E., Jones I., Haque S., Holder R., Craddock N. **Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (postpartum) psychosis.** Br J Psychiatry 2005; 186: 258-9.
63. Fassier T., Guffon N., Acquaviva C., D'Amato T., Durand DV., Domenech P. **Misdiagnosed postpartum psychosis revealing a late-onset urea cycle disorder.** Am J psychiatry 2011; 168:576-80.
64. Heron J., Gilbert N., Dolman C., Shah S., Beare I., Dearden S., Muckelroy N., Jones I., Ives J. **Information and support needs during recovery from postpartum psychosis.** Arch Womens Ment Health 2012; 15:155-65.
65. Nager A., Szulkln R., Johansson SE., Johansson LM., Sundquist K. **High lifelong relapse rate of psychiatric disorders among women with postpartum psychosis.** Nord J Psychiatry 2012; 67: 54-58.
66. Hay PJ. **Postpartum psychosis: which women are at highest risk?.** PLoS Med 2009; 6: e27.
67. Bergink V., Kushner SA., Pop V., Kuijpers H., Lambregtse-van den Berg MP., Dexhage RC., Wiersinga W., Nolen WA., Dexhage HA. **Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis.** Br J Psychiatry 2011; 198:264-8.

68. Harlow BL., Joffe H. **Interpreting incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes study.** Arch Gen Psychiatry 2009; 66:332.
69. Jones I., Heron J., Blackmore ER., Craddock N. **Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes.** Arch Gen Psychiatry 2008; 65:356.
70. Kisa C., Aydemir C., Kurt A., Gülen S., Göka E. **Long term follow-up of patients with postpartum psychosis.** Turk psikiyatri Derg 2007; 18:223-30.
71. Blackmore ER., Jones I., Doshi M., Haque S., Holder R., Brockington I., Craddock N. **Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis.** Br J Psychiatry 2006; 188: 32-6.
72. Wisner K. **The last therapeutic Orphan: The pregnant women.** Am J Psychiatry 2012; 160:554-6.
73. Austin MP., Kildea S., Sullivan E. **Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting.** Med J Aust 2007; 186:364-7.
74. <http://www.dbsalliance.org/pdfs/MDQ.pdf>
75. Strain AK., Meltzer-Brody S., Bullard E., Gaynes BN. **Postpartum catatonia treated with electroconvulsive therapy: a case report.** Gen Hosp Psychiatry 2012; 34:436.
76. Zonana J., Gorman JM. **The neurobiology of postpartum depression.** CNS Spectr. 2005; 10:792-9.
77. Meinhard N., Kessing LV., Vinberg M. **The role of estrogen in bipolar disorder, a review.** Nord J Psychiatry 2013.

78. Nikseressht S., Etebary S., Karimian M., Nabavizadeh F., Zarrindast MR., Sadeghipour HR. **Acute administration of Zn, Mg, and thiamine improves postpartum depression conditions in mice.** Archives of Iranian Medicine 2012; 15:306-11.
79. Stagnaro-Green A. **Approach to the patient with postpartum thyroiditis.** J Clin Endocrinol Metab 2012; 97:334-42.
80. Hamid Salim Shaaban., Hoo Feng Choo., John W. **Anti-NMDA-receptor encephalitis presenting as postpartum psychosis in a young women, treated with rituximab.** Ann Saudi Med 2012; 32: 421-3.
81. <http://www.ch-esquirol-limoges.fr/Les-annuaires/Les-unités/UNITES-D-HOSPITALISATION-MERE-BEBE-U.H.M.B>
82. Vogel L. **Tailored treatment for postpartum depression.** CMAJ 2011; 183:E1163-4.
83. <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.11.1.MOSSF.pdf>
84. <http://www.psych.org/practice/dsm>
85. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annexe_2.pdf