

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Bruhat*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XIX
publié le 1^{er}.12.1995**



*DIX-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1995*

TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM (En particulier, dépression post-natale)

M. BOURGEOIS*, A.-L. SUTTER*

Bordeaux

Nous allons peut-être étonner les obstétriciens en affirmant que désormais, pour les pays développés, la complication la plus fréquente du post-partum est représentée par l'ensemble des troubles psychiatriques propre à cette période, tout particulièrement la *dépression post-natale* (DPN).

En effet, maintenant que la mortalité maternelle périnatale est descendue entre 1937 et 1985, de 3,5 pour 1000 à 0,1-0,2 pour 1000, et la mortalité infantile périnatale (mort-nés et morts avant 7 jours) à 7,7 pour mille naissances totales (1992), les priorités ont changé. Les complications organiques, toxiques, infectieuses, traumatiques, etc. ont été réduites en fréquence et en gravité; elles continuent toutefois à retenir l'attention exclusive des cliniciens. La morbidité psychiatrique, elle, n'a pas changé. Depuis quelques années, les complications psychiatriques survenant dans les semaines et les mois qui suivent l'accouchement ont focalisé la recherche dont les résultats devraient être connus des cliniciens. Il ne s'agit pas seulement de la santé de la mère, mais aussi et surtout de celle du nouveau-né, et de son avenir (sur le plan de sa santé mentale et même psychosomatique). En effet, la relation mère-enfant est précocement perturbée par les troubles maternels (détails in : Monographie PUF, Sutter et Bourgeois, 1995).

* I.P.S.O. - Service Universitaire de Psychiatrie (Université de Bordeaux II)
121, rue de la Béchade - 33076 BORDEAUX CEDEX

L'année dernière, Cox et Holden (1994) ont publié un livre dont le titre est évocateur : « Psychiatrie périnatale ». Il est entièrement consacré à la dépression post-natale (DPN), à sa clinique, aux moyens d'évaluation et à sa psychométrie, c'est-à-dire à l'évaluation quantitative de son intensité au moyen de l'échelle de Cox et Holden (EPDS) pour cette DPN, que nous présenterons plus loin. Cela montre bien la place largement prévalente de cette pathologie dépressive dans les préoccupations actuelles. C'est donc sur cette DPN encore si mal connue, et le plus souvent mal traitée, que nous insistons longuement dans cet exposé. Nous envisagerons aussi, mais beaucoup plus brièvement, les autres troubles psychiatriques qui peuvent être observés pendant la grossesse et le post-partum, et qui devraient être connus et retenir l'attention des équipes de maternité et celle des soignants prenant en charge la mère et son enfant dans les mois qui suivent l'accouchement.

D'une façon générale, l'âge de la dépression et des troubles anxieux est situé entre 20 et 40 ans, avec un maximum autour de la trentaine, spécialement chez la femme. C'est évidemment l'âge de la procréation, d'où un risque beaucoup plus élevé de complications anxio-dépressives en période gravidopuerpérale.

Pour souligner l'importance de ces problèmes, rappelons avec Oates (1994) que l'accouchement augmente considérablement les risques de psychopathologie pour la femme en post partum :

- × 16 pour le risque de psychose (psychose du post-partum) ;
- × 3 pour le risque de dépression non psychotique (DPN).

Les auteurs s'accordent pour estimer que :

- 2 femmes accouchées sur 1000 présentent une psychose puerpérale imposant une hospitalisation psychiatrique ;
- 10 à 20 % des femmes accouchées présenteront une DPN dans les mois qui suivent l'accouchement.

Cela montre la nécessité d'instaurer un suivi psychiatrique systématique, par le biais de la psychiatrie de liaison (un psychiatre à l'hôpital général et à la maternité), et, pour certains cas, le recours aux unités mère-enfant, domaine en pleine expansion de la psychiatrie périnatale (Brockington & Kumar 1982 ; Kumar & Brockington, 1988 ; Sutter & Bourgeois, 1995).

LA PSYCHIATRIE MODERNE (RAPPEL)

Il a semblé utile pour commencer de rappeler ce qu'est la psychiatrie en 1995. Tout comme l'obstétrique, elle a beaucoup évolué et elle n'est plus cette spécialité nébuleuse et hermétique, ni cette divination interprétative

qu'elle pouvait sembler être naguère. Tout médecin, fût-il accoucheur, devrait connaître les grandes lignes de cette spécialité, la plus importante au plan numérique (12 000 psychiatres en France), du point de vue épidémiologique et pour les problèmes de santé publique et de qualité de vie. En effet, l'épidémiologie en population générale montre la prévalence élevée des troubles mentaux proprement dits (prévalence sur la vie concernant pratiquement 30 % de la population), en particulier pour la dépression avec un risque (sur la vie) de 20 % pour les femmes et de 10 % pour les hommes (Lépine et coll., 1993). Or, pour les femmes, le risque relatif est nettement augmenté en période gravido-puerpérale.

Tout d'abord, nous essaierons de rappeler, sans caricaturer :

1. *les repères et les instruments méthodologiques* actuellement utilisés par les psychiatres pour la pratique et la recherche ;
2. *les cadres et modèles nosographiques actuels* ;
3. *les ressources thérapeutiques*.

1. Méthodologie et instruments actuels en psychiatrie

Comme pour les autres branches de la médecine, la classification officielle (et obligatoire) en France, est désormais représentée par la classification internationale des maladies de l'OMS, 10^e édition (CIM 10, ou ICD 10 en anglais). Ainsi, le 5^e chapitre de la CIM 10 fait l'inventaire des troubles mentaux universellement admis. Dans cet ouvrage, il existe une description complète des troubles psychiatriques, destinée au praticien, et un système de critères diagnostiques opérationnalisés pour la recherche (un autre volume de l'OMS précise les critères pour la recherche). Il y a donc maintenant un consensus sur les troubles mentaux qui sont parfaitement définis, et sur les critères permettant leur diagnostic précis. En dépit de nombreuses résistances psychologiques, spécialement en France, tout cela est maintenant exigé par le ministère de la Santé.

D'un autre côté, la puissante Association Américaine de Psychiatrie (APA) édite régulièrement un manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux (DSM). Il y a eu plusieurs éditions des DSM, en particulier la 3^e édition (DSM III, 1980), la 3^e édition révisée (DSM III-R, 1987), enfin la 4^e édition (DSM IV, 1994), qui est donc maintenant en usage. Elles ont été traduites en français. On ne s'étendra pas sur l'approche multi-axiale pour le diagnostic, qui avait été inaugurée par les Suédois dès 1945 (pour ces DSM, voir Bourgeois, 1984). Presque complètement compatible avec la CIM 10, le DSM IV est plus utilisé que celle-ci par les chercheurs pour les travaux scientifiques, en raison de la prédominance considérable des travaux de recherche de la psychiatrie anglo-saxonne et anglophone.

Pour la recherche, il existe en outre des questionnaires systématisés permettant des diagnostics opérationnalisés, et des échelles d'évaluation («*rating scales*»), pour une approche quantitative de la psychopathologie. Par exemple, sont largement utilisées les échelles de dépression de Hamilton (HDRS), de Montgomery et Asberg (MADR), les échelles d'anxiété de Hamilton (HARS), le COVI et le STAI de Spielberger, etc.

Tout cela a proprement révolutionné la psychiatrie, en permettant une approche rationnelle de la clinique des troubles mentaux. Nous disposons maintenant de données épidémiologiques. Des études empiriques ont permis de connaître plus exactement la pathologie mentale. Ainsi, avec ces travaux scientifiques, la psychiatrie s'est remédicalisée et a rejoint les autres spécialités médicales.

Notons enfin qu'il est désormais convenu de désigner toute cette psychopathologie sous le qualificatif de « troubles mentaux » («*disorders*»), et non plus de « maladies ». On a ainsi remplacé la plupart des anciennes étiquettes et appellations traditionnelles de la psychiatrie (se référer au CIM 10 et au DSM IV).

2. Cadres et modèles nosographiques psychiatriques actuels

Nous ne retiendrons que quelques modèles essentiels pour notre propos : les états dépressifs, les troubles anxieux et les aspects essentiels des troubles psychotiques. Rappelons toutefois que tout médecin devrait connaître cette pathologie mentale, numériquement importante, tout autant que l'ensemble des autres pathologies. Cela d'autant plus que l'on sait la fréquente co-morbidité psychiatrique dans les affections médicales : la moitié des malades atteints de pathologies organiques présente un trouble mental qui aggrave leur état et compromet le traitement de cette maladie. Inversement, les malades mentaux présentent souvent une maladie organique (voir la synthèse des travaux faite par Patrick Hardy dans sa monographie de 1993).

3. Les ressources thérapeutiques

Au cours des trois dernières décennies, l'arsenal thérapeutique des psychiatres s'est considérablement enrichi. La plupart des troubles mentaux peuvent être très améliorés, sinon guéris, en particulier les syndromes dépressifs et anxieux qui nous concernent ici au premier chef. On distinguera schématiquement trois approches thérapeutiques :

1. Les chimiothérapies psychiatriques modernes

70-80 % des états dépressifs sont curables par les médicaments antidépresseurs. Parmi les 36 antidépresseurs actuellement disponibles en France, on privilégie en première intention les « nouveaux antidépresseurs » tels que les inhibiteurs spécifiques de recapture de la sérotonine (fluvoxamine, fluoxétine, paroxétine, sertraline, citalopram, etc.) ou d'autres antidépresseurs tels que : miansérine, viloxazine, tianeptine, tradozone, venlafaxine, etc. Leur efficacité est comparable à celle des anciennes molécules (les tricycliques, tels que l'imipramine, la clomipramine, l'amitriptyline, etc.), pour des effets secondaires nettement moindres (cf. Revue in Bourgeois et coll., 1995).

Les états d'anxiété pathologique sont pour la plupart justiciables, eux aussi, des médicaments dits « antidépresseurs » dont l'effet est aussi un effet anxiolytique, plutôt que des benzodiazépines, beaucoup trop facilement prescrites en pratique généraliste, ainsi que les hypnotiques. Certains antidépresseurs sont plus nettement anxiolytiques.

Quant aux *troubles psychotiques*, qui sont beaucoup plus rares dans le champ de l'obstétrique et de la gynécologie, ils sont assez facilement contrôlés par des *médicaments antipsychotiques du type neuroleptique* (chlorpromazine, halopéridol, amisulpride, etc.). On est ici dans le registre de la psychiatrie « lourde », sectorielle ou hospitalière. Ces traitements doivent être gérés par des spécialistes.

Pour plus de détails, voir les indications, les posologies et les effets secondaires dans le *Vidal*.

2. Les psychothérapies réglées

Il y a peu de travaux empiriques montrant l'efficacité réelle des psychothérapies. Il s'agit en général des nouvelles thérapies dites cognitivo-comportementales, dont les indications concernent les états dépressifs d'intensité moyenne ou légère (ici, leur efficacité a été clairement démontrée), les troubles paniques, les troubles obsessionnels compulsifs et la phobie sociale. Ces traitements cognitifs demandent une formation et une spécialisation dans ce domaine.

Pour le reste, on citera les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, les psychothérapies de groupe, et les entreprises de soutien et de guidance psychologique.

3. Les mesures psychosociales

Partie importante de la prise en charge, elles tiennent compte de la situation sociale, conjugale, professionnelle, etc. particulière de chaque femme.

Les états dépressifs

On trouvera en annexe l'épisode dépressif tel qu'il est décrit et défini dans la CIM 10 par ses critères diagnostiques. Il ne s'agit pas de tristesse ni de découragement, ni de démoralisation, mais bien d'un abaissement du tonus vital, de l'énergie et de l'humeur (dysphorique), caractérisé par des symptômes mentaux et somatiques invalidants et n'ayant aucune tendance à l'amélioration spontanée, relativement ou complètement insensibles aux changements du milieu. Le traitement est essentiellement représenté par une chimiothérapie antidépressive adéquatement menée. Nous disposons maintenant de nombreux antidépresseurs rapidement efficaces, en 3 à 6 semaines au plus, comportant peu d'effets secondaires (Bourgeois et coll., 1995). Dans les formes d'intensité légère ou modérée, des psychothérapies réglées peuvent aussi apporter une amélioration sensible. L'association des deux types de traitement représente sûrement l'idéal de la conduite à tenir.

Les troubles anxieux

Nous ne pouvons développer ici le chapitre important des troubles anxieux. Ils sont souvent intriqués et comorbides avec la pathologie dépressive. Ces troubles anxieux sont polymorphes. Ils associent des symptômes psychologiques (inquiétude, soucis, préoccupations, ruminations, péjoration du futur) et de nombreux symptômes physiques de la peur et de l'angoisse. On trouvera dans les tableaux en annexe la description schématique des principales formes de troubles anxieux avec leur définition actuelle. Bien que relativement fréquents, ils ont été peu et mal étudiés en période post-natale. Rappelons que l'on distingue :

- le trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0) ;
- l'anxiété généralisée (F41.1) ;
- les troubles anxieux phobiques (F40) ;
- les troubles obsessionnels compulsifs (F42) ;
- l'état de stress post-traumatique (PTSD des Américains) (F43.1).

Les troubles autrefois qualifiés d'hystériques sont maintenant regroupés sous le terme général de « troubles dissociatifs » (F44) avec la fugue dissociative (F44.1), la stupeur dissociative (F44.2), les troubles moteurs et/ou sensoriels dissociatifs (F44.4 —> F44.7), etc.

Les états psychotiques

On entend par trouble psychotique, la présence manifeste d'hallucinations (essentiellement acoustico-verbales), et/ou d'idées délirantes (persécution, influence, culpabilité, transformation corporelle, etc.), et/ou de désorganisation grave de la pensée avec incohérence, ou d'un comportement très gravement désadapté (du type agitation catatonique par exemple). C'est par la présence d'un ou de ces symptômes que l'on définit, dans la CIM 10 comme dans le DSM IV, l'existence d'un trouble psychotique.

Très schématiquement, ces troubles peuvent être *épisodiques et paroxystiques*. Il s'agit le plus souvent d'un trouble récurrent de l'humeur du type trouble bipolaire (ancienne psychose maniaco-dépressive) qui s'exprime soit par un *état dépressif grave (mélancolie)*, ou par un état d'euphorie et d'excitation avec agitation, insomnie, fuite des idées, mégalomanie, etc., tous signes évocateurs de *manie aiguë*. Il peut s'agir d'un état psychotique aigu (autrefois étiqueté en France « bouffée délirante »).

Il peut s'agir aussi, mais plus rarement, d'un *trouble psychotique chronique* qui, le plus souvent, préexistait à la grossesse et à l'accouchement. On a alors affaire, soit à une schizophrénie, soit à un délire chronique (trouble délirant persistant).

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

D'une façon générale, les troubles mentaux ont plutôt tendance à s'atténuer pendant la grossesse. On trouvera dans Sutter et Bourgeois (1995) l'inventaire complet des troubles apparaissant en période gravidique, ainsi que la modification par cette grossesse des troubles mentaux antérieurs. Ils ont rarement un impact sur l'embryon et le fœtus, à l'exception notable des médicaments psychotropes qui peuvent être (rarement) tératogènes, en particulier le lithium (voir revue générale in : Sutter, Verdoux et Bourgeois, 1995).

PSYCHOPATHOLOGIE DU POST-PARTUM

Par ordre de fréquence et d'apparition, on peut observer schématiquement 4 types de troubles mentaux :

- 1° le « *post-partum blues* » ;
- 2° la dépression post-natale,
- 3° la psychose du post-partum ou psychose puerpérale ;
- 4° des troubles anxieux.

Les troubles anxieux restent absents de la recherche et des publications consacrées aux troubles mentaux du post-partum. On a récemment montré leur prévalence élevée en population générale, et leur fréquence est sûrement importante en période gravido-puerpérale. Ils restent trop souvent ignorés ou non traités (Sutter & Bourgeois, 1995).

Le « *post-partum blues* » (PPB)

Il s'agit d'une pathologie fréquente et fugace, décrite par Yalom (1968) et Pitt (1968). Elle apparaît par définition dans les 10 premiers jours après l'accouchement avec un maximum de fréquence au 3^e et 5^e jour. Elle touche entre 20 et 80 % des femmes. Sa symptomatologie est polymorphe : crises de larmes, labilité de l'humeur et irritabilité sont au premier plan avec d'autres troubles du type altération du sommeil, de l'appétit, et des signes physiques : lassitude, fatigue, etc. (Sutter, Bourgeois et coll., 1995). Généralement, on évalue l'intensité du « *blues* » à l'aide de l'échelle de Kennerley et Gath (1989) (Glangeaud-Freudenthal et coll., 1995). Bien que Weissman et Olfson (1995) invoquent comme mécanisme l'absence de l'habituelle élévation du tryptophane après l'accouchement, une altération des MAO plaquettaires et une élévation du cortisol lié aux protéines ; la plupart des auteurs trouvent des résultats contradictoires et rien de constant n'a pu être mis en évidence (Sutter, 1993). La signification et le caractère pathologique du PPB restent l'objet de controverses. L'intérêt essentiel est qu'un PPB intense représente un facteur de risque de DPN qu'il va précéder (Sutter et coll., 1995).

La dépression post-natale

Clinique

Il s'agit d'un état dépressif souvent qualifié d'« atypique » par les Anglo-Saxons. Les symptômes sont généralement d'intensité modérée, et les idées suicidaires sont rares. L'humeur est changeante, plus altérée en soirée. Au premier plan, on trouve un découragement, un sentiment d'incapacité et des inquiétudes centrées presque exclusivement sur les soins à donner au nourrisson. À côté de la tristesse, qui n'est généralement pas mise en avant par les patientes, des troubles de la concentration et du sommeil, et de tout le cortège

symptomatique habituel d'une dépression, ce sont des symptômes tels que la fatigue, l'irritabilité, l'anxiété, des plaintes somatiques inhabituelles (céphalées, douleurs abdominales...) qui dominent le tableau. Soulignons que la fatigue semble être le symptôme central, et que, lorsque l'on demande aux femmes si elles sont tristes, elles répondent qu'elles sont en fait très fatiguées, que c'est pour cela qu'elles se sentent parfois un peu tristes (Sutter et coll., 1995). Malgré son intensité modérée, la dépression post-natale est une pathologie dépressive à part entière, et doit être considérée comme telle. Pourtant, son « atypicité », telle qu'elle vient d'être décrite, explique en partie qu'elle passe encore trop souvent inaperçue. De plus, la culpabilité qui accompagne toute dépression est encore plus importante à cette période de la vie, où les femmes et leur entourage estiment qu'elles n'ont vraiment aucune raison d'être « malheureuses ». Cette culpabilité rend la discussion d'autant plus difficile. Pour ne pas passer à côté de ce diagnostic, il faut donc pouvoir prêter attention à toutes les plaintes des patientes, quel qu'en soit le thème, car elles se plaignent habituellement de choses apparemment banales et bénignes, telle la fatigue, qui semble normale à tout le monde après un accouchement. C'est l'insistance et la répétition des plaintes qui doivent alerter le praticien, et amener à pratiquer un bilan psychique.

Les facteurs de risque

Ils sont encore controversés. On insiste actuellement sur les difficultés familiales et les séparations précoces d'avec la mère pendant l'enfance, une mauvaise relation avec la mère, sur l'influence négative et le manque de soutien social, sur la mauvaise relation conjugale et l'absence du soutien du conjoint, sur l'intensité du « *post-partum blues* ». L'impact des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, sur l'apparition d'une DPN sont controversés, mais généralement on pense que ces antécédents représentent une prédisposition à la DPN. M. Weissman et Olfson (1995) estiment que 20 à 30 % des femmes ayant des antécédents de dépression feront une DPN ; et qu'un antécédent personnel de DPN prédit un risque de 50 % de récurrence de DPN pour les grossesses suivantes. Ont aussi une valeur prédictive des symptômes dépressifs pendant la grossesse, une attitude négative vis-à-vis de la grossesse (leur importance varie d'une étude à l'autre). Des facteurs comme l'âge et la parité sont par contre assez nettement indépendants de l'apparition d'une DPN.

Ainsi, la DPN semble nettement influencée par des facteurs psychosociaux et l'on ne peut d'emblée retenir exclusivement l'hypothèse, a priori séduisante, de l'origine purement hormonale de ce trouble. Weissman et Olfson (1995) invoquent les modifications importantes de la progestérone, des œstrogènes, du cortisol, et des β -endorphines, sans preuves convaincantes. En fait, les chercheurs penchent actuellement pour une étiologie

multi-factorielle, où les dimensions sociale, psychologique, interpersonnelle et biologique s'intriquent (Cox, 1986, Gotlib et coll., 1989).

L'échelle de Cox «Edinburgh Post-Natal Depression Scale» (EPDS)

On trouvera en annexe l'échelle à 10 items pour dépister la dépression post-natale, dans sa traduction par Guedeney et coll. (1994), qui en ont assuré la validation française. Cet instrument de dépistage systématique comporte de nombreux avantages :

- brièveté : peut être passée en 1 à 2 minutes ;
- tous les membres de l'équipe soignante peuvent la faire passer ;
- c'est la femme elle-même qui procède à son auto-évaluation avec l'aide discrète d'un soignant ;
- elle permet à la femme accouchée une prise de conscience de sa souffrance psychique et de reconnaître ses difficultés ;
- elle sensibilise les soignants à tous ces problèmes psychopathologiques ;
- elle permet donc de dépister les femmes pouvant souffrir d'une DPN et devant donc être adressées à un psychiatre ;
- elle permet donc une prévention précoce.

Signes d'appel

- un score > 12 à l'EPDS et/ou une réponse positive à l'item 10, doit imposer une consultation spécialisée.

Calendrier de passation

Cox propose de faire passer l'EPDS trois fois : à la 5^e - 8^e semaine ; à la 10^e - 14^e semaine et à la 20^e - 26^e semaine. Il nous semble utile de la faire passer aussi pendant les premiers jours en maternité, et de rechercher en même temps un «*post-partum blues*» d'une intensité notable (éventuellement en utilisant l'échelle de Kennerley).

Traitement et conduite à tenir

Le traitement est celui d'un état dépressif : antidépresseurs, accompagnement psychothérapeutique et réaménagement du cadre de vie.

Les psychoses puerpérales

Les psychoses puerpérales surviennent tôt après l'accouchement, généralement dans les 14 jours qui le suivent. La majorité des troubles mentaux sévères s'observent dans les 3 premiers mois du post-partum. On considère

qu'il s'agit le plus souvent d'un épisode qui s'inscrit dans l'évolution d'un *trouble affectif bipolaire*, même s'il s'agit d'un premier épisode psychotique. Lorsque la femme est connue pour avoir déjà présenté un épisode psychotique antérieur, on peut la considérer comme ayant un très haut risque de rechute psychotique (Kendell et coll., 1987) allant jusqu'à 50 % (Wieck et coll., 1991). Pour leur physiopathogénie, on incrimine l'abaissement des taux d'œstrogènes avec une super-sensibilisation des récepteurs centraux D2 de la dopamine (Wieck, 1991).

Les psychoses puerpérales sont bruyantes, leurs symptômes sont évidents (idées délirantes, hallucinations, confusion, agitation, désorganisation psychique, comportement gravement désadapté). Elles sont donc facilement repérées. Elles sont fréquentes chez les femmes ayant des antécédents psychotiques. Elles relèvent toutes d'un traitement psychiatrique et le plus souvent d'une hospitalisation psychiatrique.

Les états d'anxiété pathologique

La prévalence (vie entière) des troubles anxieux est d'environ 14 % (Wittchen, 1988 ; in : Sutter et Bourgeois, 1995). La répartition en fonction des sexes des troubles anxieux dans la population générale montre une sur-représentation de la population féminine : 12 % chez les hommes, contre 22 % chez les femmes (Lépine, 1993). D'autre part, les troubles anxieux concernent de façon nettement prévalente la tranche d'âge de 18-35 ans (56 %) (Ferreri, 1992 ; in : Sutter et Bourgeois, 1995). Ainsi, les femmes en âge de procréer sont-elles les plus menacées par les pathologies anxieuses. Malheureusement, la recherche dans ce domaine est très récente et la période gravidopuerpérale a suscité très peu de recherches, dont les résultats sont d'ailleurs contradictoires. Quant aux aspects thérapeutiques, il n'y a eu aucune étude les concernant. Rappelons que la grossesse semble avoir une action protectrice vis-à-vis des attaques de panique, alors qu'elle aurait tendance à aggraver les troubles obsessionnels-compulsifs ou peut-être même, chez certaines patientes, être l'occasion et l'événement susceptible de déclencher cette pathologie obsessionnelle (cf. Revue générale, Sutter & Bourgeois, 1995).

Conduite à tenir. Le dépistage systématique

Un dépistage systématique devrait pouvoir être réalisé de façon simple et utile. Ainsi, lors de la dernière visite pendant la grossesse et/ou pendant les premiers jours suivant l'accouchement, un « *screening* » systématique et rapide peut permettre d'obtenir les informations suivantes :

- le score à l'échelle de Cox (alerte → score > 12, ou item 10 positif);
- les antécédents psychiatriques familiaux (on connaît bien maintenant l'importance de la familiarité des troubles dépressifs, en particulier dans les troubles bipolaires);
 - les antécédents psychiatriques personnels : épisodes antérieurs, hospitalisations ou soins psychiatriques, prise de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, benzodiazépines, etc.);
 - les antécédents de tentatives de suicide;
 - les antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie;
 - la situation socio-familiale. Quand elle est mauvaise, elle augmente le risque de DPN.

La présence d'une ou plusieurs réponse(s) positive(s) à ces questions indique les femmes à risque de décompensation psychiatrique.

LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES AU COURS DE LA GROSSESSE ET PENDANT L'ALLAITEMENT MATERNEL

Les médicaments psychotropes doivent être prescrits et surveillés par un médecin psychiatre connaissant la psychopharmacologie (nombre de psychiatres sont plutôt psychothérapeutes et peu au fait des développements de la psychopharmacologie moderne). Toutefois, accoucheurs et gynécologues seront souvent confrontés aux problèmes particuliers des psychotropes pendant la période gravido-puerpérale et l'allaitement. On trouvera une mise au point sur ce sujet dans Sutter, Verdoux et Bourgeois (1995). Les grandes lignes sont les suivantes :

- Pour les *benzodiazépines* (tranquillisants et hypnotiques), qui malheureusement sont distribuées largement et inconsidérément par beaucoup de praticiens, aucun risque malformatif n'a été mis en évidence. À la naissance, l'enfant risque un syndrome de sevrage. L'allaitement est à discuter en fonction des doses prises par la mère. Si la consommation est inévitable (appétence et toxicomanie irrépressibles), les molécules à demi-vie courte et sans métabolite (type oxazépam) semblent le moins mauvais choix chez la femme enceinte.

- Les *antidépresseurs tricycliques* n'ont pas d'effet tératogène sur les animaux. Il s'agit de molécules anciennes mises sur le marché alors que les exigences étaient moins drastiques qu'actuellement. Chez l'homme, seul le recul permet de supposer que le risque malformatif semble négligeable. Pour les « nouveaux antidépresseurs », sérotoninergiques et autres, le recul est limité, mais jusque-là aucun risque tératogène n'a été mis en évidence

chez l'homme. Cependant, le Vidal précise qu'en l'absence d'études systématiques chez l'homme, il vaut mieux les éviter pendant la grossesse et l'allaitement. Ce qui est paradoxal dans la mesure où ces produits sont bien mieux supportés par la mère que les tricycliques, pour des effets thérapeutiques équivalents.

À la naissance, il y a pour le bébé un risque de syndrome de sevrage pour les tricycliques. Rien de comparable ne semble exister pour les nouveaux antidépresseurs. L'allaitement ne semble pas non plus entraîner de troubles évidents chez l'enfant (Yoshida et coll., 1995, in : Sutter et coll., 1995).

- La prise de *neuroleptiques* n'augmente pas de risque malformatif, sauf peut-être pour les phénothiazines. Il faut surtout éviter les neuroleptiques hypotenseurs (du type sédatif), qui entraînent un risque d'anoxie fœtale par hypoperfusion placentaire. L'allaitement n'est pas à déconseiller a priori, et doit être discuté avec la patiente (Yoshida et coll., 1995).

- Enfin, pour les *thymorégulateurs*, et plus spécifiquement le *lithium*, le risque relatif de maladie d'Ebstein est évalué à 3,5 et le risque de malformation cardiaque en général est situé entre 5 et 10 %. Cela nécessite donc une surveillance échographique rapprochée. Si l'état de la patiente le permet, une fenêtre thérapeutique peut être indiquée autour de la conception et durant les premières semaines de la grossesse, mais elle n'est pas obligatoire. Certaines formes graves de troubles bipolaires imposent le maintien de la lithiothérapie sous surveillance (Cohen, 1994). L'allaitement sous lithium n'est pas à déconseiller systématiquement. Il faut que l'état mental de la mère permette une surveillance étroite de l'état d'hydratation du nourrisson (arrêt devant toute fièvre, diarrhée, etc. et dosage sérique chez la mère et l'enfant). On conseille généralement de situer les tétées juste avant les prises médicamenteuses, pour éviter les pics sériques.

Le suivi de ces chimiothérapies reste un travail de spécialistes.

LES UNITÉS ET RÉSEAUX MÈRE-ENFANT

Il existe actuellement un regain d'intérêt pour les traitements et les hospitalisations conjointes mère-enfant. Elles ont fait l'objet d'une importante réunion cette année (Avignon, 6-7-8 avril, 1995). C'est en Angleterre que se sont développées au cours des trente dernières années la recherche et la pratique de ces unités mère-enfants avec en particulier Brockington & Kumar (1982) et Kumar & Brockington (1988). En France, ce mouvement a été inauguré en 1961 par Racamier avec ses travaux sur la « *maternalité* » (« *motherhood* ») et les hospitalisations conjointes à l'hôpital de

Prémontré. Il existe un certain nombre d'unités mère-enfant (UME) en France. Nous citerons celles de Durand, Dugnat, Chadeau, etc. (Durand et coll., 1994, in : Sutter et Bourgeois, 1994, 1995). Nous ne pouvons développer ici ce chapitre passionnant. On pourra se référer à la monographie de Sutter et Bourgeois (1995).

Pour conclure, répétons que l'évaluation psychopathologique dans la période du post-partum, plus encore que dans les autres situations médicales, devrait être maintenant systématique. C'est au moins aussi important que la température et les autres signes vitaux. Il existe quelques instruments simples de dépistage, et un peu d'attention portée à ces problèmes devrait permettre de ne pas laisser passer une pathologie importante. L'échelle de Cox en est un bon exemple.

RÉSUMÉ

Le post-partum augmente beaucoup le risque de complications psychiatriques, spécialement pour trois types de troubles mentaux :

1. le « post-partum blues » (1 femme sur 2), très précoce (dans les 10 premiers jours) et transitoire. Sa signification pathologique reste discutée.

2. les psychoses du post-partum (psychoses puerpérales) beaucoup plus rares (2 femmes pour 1000). Survenant au cours des trois premiers mois, le plus souvent dans les deux premières semaines. Elles s'inscrivent habituellement dans l'évolution d'un trouble bipolaire de l'humeur (ex-psychose maniaco-dépressive), plus rarement dans l'évolution de psychoses chroniques du type schizophrénie. Elles imposent une évaluation et un traitement psychiatrique, et souvent une hospitalisation en milieu spécialisé.

3. la dépression post-natale (DPN), qui est de loin la complication la plus fréquente (10 à 20 % des accouchées). Survenant dans les mois qui suivent l'accouchement, elle reste trop souvent méconnue et mal traitée. Elle est préjudiciable pour l'enfant aussi bien que pour la mère car elle perturbe l'établissement de leurs relations précoces, compromettant le bon développement psychologique et global de l'enfant. Son dépistage pourrait être rendu relativement simple par un rapide bilan systématique, utilisant en particulier l'auto-questionnaire de Cox (EPDS).

Les troubles anxieux restent peu connus car négligés jusqu'ici. Ils sont sûrement fréquents.

Le traitement de ces troubles relève de la psychiatrie de liaison ou, plus rarement, des réseaux et des unités mère-enfant de la psychiatrie périnatale, domaine actuellement en plein développement.

Épisode dépressif.
F.32 (CIM 10, OMS)

Épisode typique :

- Abaissment de l'humeur
- Diminution de l'intérêt et du plaisir
- Réduction de l'énergie
- Entraînant fatigabilité et diminution d'activité

Par ailleurs :

- (a) une diminution de la concentration et de l'attention;
- (b) une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi;
- (c) des idées de culpabilité ou de dévalorisation (même dans les formes légères);
- (d) une attitude morose et pessimiste face à l'avenir;
- (e) des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires;
- (f) une perturbation du sommeil;
- (g) une diminution de l'appétit.

Ces symptômes sont présents en permanence, ils peuvent être plus intenses le matin. Peuvent être associés une anxiété, un désarroi et des troubles psychomoteurs (ralentissement ou agitation).

Ils durent plusieurs semaines (deux au minimum).

Trois niveaux d'intensité : léger, moyen ou sévère.

Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique).
F41.0 (CIM 10, OMS)

Attaque récurrente d'anxiété sévère (attaque de panique)

Imprévisible et non circonstancielle

Symptômes anxieux :

- Palpitations
- Douleurs thoraciques
- Sensation d'étouffement, d'étourdissement ou sentiment d'irréalité
- Peur de mourir, de perdre le contrôle de soi-même ou de devenir fou
- Durée : quelques minutes mais intensité extrême
- Récidives avec anticipations anxieuses d'une nouvelle attaque

- a. Survient dans des situations n'impliquant pas de danger réel;
- b. Non limité à des situations phobogènes connues ou prévisibles;
- c. Avec des intervalles relativement libres, sans manifestations anxieuses.

BOURGEOIS & SUTTER

*Anxiété généralisée.
F41.1 (CIM 10, OMS)*

Anxiété flottante : nervosité, tremblements, tension musculaire, transpiration, sensation de « tête vide », palpitations, étourdissements et gêne épigastrique.

Soucis et inquiétudes.

Durée : plusieurs mois consécutifs.

- a. Attente craintive;
- b. Tension motrice;
- c. Trouble neurovégétatif.

*Trouble obsessionnel compulsif (T.O.C.).
F42 (CIM 10, OMS)*

Obsessions : idées, représentations, impulsions faisant intrusion dans la conscience de façon répétitive et stéréotypée —> détresse (pensée de violence, obscène, absurde) avec efforts vains de résistance à ces idées.

Compulsions et rituels : activités stéréotypées répétitives, inutiles, non plaisantes, ayant pour but d'empêcher un événement (imaginaire) dont le sujet serait responsable : vérifications, lavages, etc.

- a. Le sujet reconnaît qu'il s'agit de ses propres pensées ou impulsions.
- b. Il existe au moins une pensée ou un comportement auquel le sujet continue à résister, sans y parvenir, associé éventuellement à des symptômes auxquels il n'oppose plus de résistance.
- c. Le sujet ne tire aucun plaisir d'une pensée obsédante ou d'un acte compulsif (une réduction de la tension ou de l'anxiété n'est pas considérée comme un plaisir).
- d. Les pensées, représentations ou impulsions doivent être récurrentes et désagréables.

*Les troubles anxieux phobiques.
F40 (CIM 10, OMS)*

Anxiété déclenchée exclusivement par des objets précis ou des situations sans dangerosité actuelle.

ANNEXE

Traduction de l'Échelle de Dépression Postnatale d'Edinburgh 1994 — (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS)

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

Ceci signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ». Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER

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

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci

Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir :

Autant que d'habitude

Plutôt moins que d'habitude

Vraiment moins que d'habitude

Pratiquement pas

3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

BOURGEOIS & SUTTER

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, très souvent
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Seulement de temps en temps
 - Non, jamais
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :
- Oui, très souvent
 - Parfois
 - Presque jamais
 - Jamais

TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

Principaux médicaments psychotropes.

DCI	Nom commercial	Dose moyenne
NOUVEAUX ANTIDÉPRESSEURS		
INHIBITEURS DU RECAPTAGE DE LA SÉROTONINE		
Fluvoxamine	Floxyfral [®]	100 - 200 mg
Fluoxétine	Prozac [®]	20 mg
Paroxétine	Déroxat [®]	10 - 20 mg
Sertraline*	Zoloft [®]	50 mg
Citalopram*	Séropram [®]	50 - 100 mg
AUTRES ANTIDÉPRESSEURS		
Viloxazine	Vivalan [®]	200 - 400 mg
Miansérine	Athymil [®]	30 - 60 mg
Tianeptine	Stablon [®]	25 - 50 mg
Venlafaxine*	Effexor [®]	75 - 150 mg
Trazodone	Pragmarel [®]	100 - 300 mg
<i>à visée hypnotique</i>		25 - 100 mg
IMAO A Réversible (RIMA)		
Toloxatone	Humoryl [®]	600 - 1200 mg
Moclobémide	Moclamine [®]	300 - 450 mg
TRICYCLIQUES CLASSIQUES		
Clomipramine	Anafranil [®]	75 - 200 mg
Imipramine	Tofranil [®]	75 - 200 mg
Amitriptiline	Laroxyl [®]	75 - 200 mg
Trimipramine	Surmontil [®]	75 - 200 mg
<i>à visée hypnotique</i>		10 - 30 mg
NEUROLEPTIQUES		
Chlorpromazine	Largactil [®]	75 - 200 mg
Halopéridol	Haldol [®]	2 - 10 mg
Amisulpride	Solian [®]	100 - 400 mg
<i>à visée anxiolytique et/ou hypnotique</i>		
Flupenxitol	Fluanxol [®]	200 - 100 mg
Lévomépromazine	Nozinan [®]	25 - 100 mg
Cyamémazine	Tercian [®]	25 - 100 mg
<p>NB. La posologie des psychotropes est très individuelle. Elle doit être modulée en fonction de la pathologie et de la susceptibilité individuelle. La prescription devrait être conduite par un spécialiste.</p> <p>Le coût de chaque traitement figure dans la <i>Vidal</i>.</p> <p>* AMM mais pas encore commercialisé en France.</p>		

Bibliographie

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. 1 vol., AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. American Psychiatric Press, Washington D.C., 886 p., 1994.
2. Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. CIM 10/ICD 10, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1 vol., Masson éd., Paris, 305 p., 1993.
3. Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. CIM 10/ICD 10, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1 vol., Masson éd., Paris, 226 p., 1994.
4. Apfel R.J., Handel M.H. Madness and Loss of Motherhood. Sexuality, Reproduction, and Long-Term Mental Illness. 1 vol., American Psychiatric Press, Washington D.C., 212 p., 1993.
5. Brockington I.F., Kumar R. Motherhood and Mental Illness, vol. 1. London Academic Press, New York, Grune & Stratton, 1982.
6. Bourgeois M.L., Verdoux H., Elayli R. Les antidépresseurs nouveaux et anciens. Ann. Méd.-Psychol., 153, 3, pp. 199-204, 1995.
7. Bourgeois M.L. Les limites de la dépression. Psychiatr. & Psychobiol., Paris, Elsevier éd., 3, pp. 535-625, 1988.
8. Bourgeois M.L. Le DSM III en français. Ann. Méd.-Psychol., 142, 4, 458-473, 1984.
9. Cohen L.S. Bipolar Disorder During Pregnancy and Puerperium, communication personnelle. American Psychiatric Association Meeting, Philadelphia, 1994.
10. Cox J., Holden J. Perinatal Psychiatry. Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. 1 vol., Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 275 p., 1994.
11. Glangeaud-Freudenthal M.C., Sutter A.L., Guillaumont C., Bourgeois M.L. Questionnaire du « blues » du post partum. Version française du « Maternity Blues » de H. Kennerley & D. Gath, Ann. Méd.-Psychol., 153, 5, pp. 337-341, février 1995.
12. Guedeney A. et coll. Post-partum blues et épuisement affectif. Ann. Méd.-Psychol., 149, 202-207, 1988.
13. Guedeney A., Bungener C., Widlocher D. Le post-partum blues : une revue critique de la littérature. Psychiatr. de l'Enfant, 1, pp 329-354, 1993.
14. Hardy P. Épidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections chroniques. 1 vol., PUF, Nodules, Paris, 128 p., 1993.
15. Guedeney E. et coll. Day to Day Mood Changes after Childbirth : Further Data. Br. J. Psychiatr., 145, 620-625, 1984.
16. Kennerley H. et coll. Maternity Blues I, II, III. Br. J. Psychiatr., 155, 356-373, 1986.
17. Kumar R.C., Brockington I.F. Motherhood and Mental Illness : Causes and Consequences, vol. 2. London, Wright, 1988.
18. Lempérière T., Rouillon F., Lépine J.P. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 37660, A10.7, 1984.
19. Lépine J.P., Lellouche J. Étude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans la population générale. Ann. Méd. Psychol., 151, 9, pp. 618-623, 1993.
20. Oates M. Postnatal Mental Illness : Organisation and Function of Services, in : Perinatal Psychiatry : Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. J. Cox & J. Holden eds., ch. 2, pp. 8-33, 1 vol., Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 275 p., 1994.
21. Oates M. Postnatal Mental Illness : Auditing Services, in : Perinatal Psychiatry : Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. J. Cox & J. Holden eds., ch. 3, pp. 34-42, 1 vol., Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 275 p., 1994.
22. Pitt B. Atypical depression following childbirth. Br. J. Psychiatr., 114, 1325-1335, 1968.
23. Stewart D.E., Stotland N.L. Psycho-

TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

- logical Aspects of Women's Health Care. The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology, 1 vol. American Psychiatric Press, Washington D.C., 570 p., 1993.
24. Sutter A.L. Étude d'un échantillon de 104 accouchées, *Nervure*, 11, 9, novembre pp. 9-11, 1993.
25. Sutter A.L., Bourgeois M. Complications émotionnelles et psychiatriques du post-partum. *Contr. Fert. Sex.*, 22, 1, pp. 61-64, 1994.
26. Sutter A.L., Bourgeois M. Les unités mère-enfant, *Nervure*, 7, 5, 28-34, juin, 1994.
27. Sutter A.L., Leroy V., Dallay D., Bourgeois M. Post-partum blues et dépression post-natale : Étude d'un échantillon de 104 accouchées. *Ann. Med. Psychol.*, 153, 6, pp. 414-416, 1995.
28. Sutter A.L., Bourgeois M. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. 1 vol., PUF, Nodules, Paris, à paraître, 1995.
29. Sutter A.L., Bourgeois M. Grossesse, post-partum et troubles anxieux. *Conf. Psychiatr.*, n° 36, 1995 (n° spécial Anxiété).
30. Sutter A.L., Verdoux H., Bourgeois M.L. Puerpéralité, femme enceinte et allaitante. In : *Thérapeutique psychiatrique*, J.L. Senon, D. Sechter, D. Richard, Éditions Hermann, Paris, 1 vol., sous presse, 1995.
31. Verdoux H., Murry M., Sutter A.L., Bourgeois M. Maladie maniaco-dépressive, grossesse, et psychotropes, *Contracept. Fert. Sex.*, 22, 11, pp. 1-5, 1994.
32. Weissman M.M., Olfson M. Depression in Women : Implications for Health Care Research. *Science*, 269, pp. 799-801, August 1995.
33. Wieck A., Kumar R., Hirst A.D. et coll. Increased Sensitivity of Dopamine Receptors and Recurrence of Affective Psychosis after Childbirth. *Br. Med. J.*, 303, pp. 613-616, 1991.
34. Yalom I.D. et coll. Post-partum Blues Syndrome. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 18, pp. 16-27, 1968.
35. Yoshida K., Smith B., Kumar R. Psychotropic Drugs in Breast Milk : A Study of Possible Adverse Effects in Breast-Fed Infants. Communication personnelle, 11th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Bâle, 1995.