

Troubles psychiques liés à la maternité : Aspects psychopathogéniques et troubles gravidiques

Motherhood and mental illness: psychopathogenic aspects
and postpartum disorders

Kevin Namêche¹, Cindy Gathy², Gladys Mikolajczak³, Martin Desseilles⁴

THE MATERNITY, FROM PREGNANCY TO CHILDBIRTH, IS AN EXPERIENCE AFFECTING THREE DIMENSIONS IN THE WOMAN'S LIFE: BIOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-CULTURAL DIMENSION. (I) THE BIOLOGICAL DIMENSION INCLUDES MOSTLY ALL HORMONE MODIFICATIONS RELATED TO PREGNANCY AND POSTPARTUM PERIOD. (II) THE PSYCHOLOGICAL DIMENSION APPEARS ACROSS (1) THE MOTHERHOOD EXPERIMENT ITSELF, (2) THE CHANGING REPRESENTATION OF THE CHILD, AND (3) THE PSYCHOLOGICAL PREPARATION FOR CHILDBIRTH AND ITS AFTERMATHS. (III) THE SOCIO-CULTURAL DIMENSION INCLUDES THE PARTURIENT'S ENVIRONMENT (COUPLE, OCCUPATION, RELATIVES) WHICH IS AFFECTED BY PREGNANCY AND THE WAITING OF THE CHILD BUT ALSO ALTERS ITS GOOD PROGRESS. THUS, THE PREGNANCY REPRESENTS A PRIVILEGED GROUND FOR THE APPEARANCE OF MENTAL HEALTH DISORDERS IF ONE OR SEVERAL OF THESE THREE DIMENSIONS IS IMPAIRED.

CONSEQUENTLY, IT IS IMPORTANT TO QUICKLY BE ABLE TO RECOGNIZE THE DEVELOPMENT OF POTENTIALLY DANGEROUS PSYCHIATRIC ILLNESSES FOR THE MOTHER AND HER CHILD. THE MULTIDISCIPLINARY SUPPORT, WHICH OFTEN PROVES TO BE UNAVOIDABLE, DIFFERS ACCORDING TO THE TYPE AND THE INTENSITY OF THE DISORDERS. IT IS THE FIELD OF PERINATAL PSYCHIATRY.

Key words : Postpartum depression - Puerperal psychosis - Psychiatric disorders in pregnancy - Baby blues

Introduction

La grossesse est une période riche en remaniements psychiques et somatiques auxquels la future mère doit faire face. S'ajoutent à cela différents facteurs susceptibles de perturber le bon déroulement de cette période (comme les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, une situation socio-économique précaire ou un entourage affectif instable).

Le vécu d'une grossesse n'est pas toujours une expérience heureuse; il arrive que des troubles psychiques, plus ou moins graves, puissent entraver le processus de « maternité » (condensation de maternel, maternité et natalité; terme introduit par Racamier pour définir « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité ») (Racamier, 1979).

La maternité représente une étape de maturation psycho-sexuelle (modification identitaire) pouvant aboutir à un épanouissement de la féminité. Cette période rend dès lors la femme vulnérable à différents troubles psychiques qui peuvent se présenter durant, mais aussi après la grossesse. Remarquons que les symptômes psychiques ont une valeur d'adaptation non pathologique a priori. Ils ne le deviennent qu'en fonction de leur intensité.

Les troubles psychiques puerpéraux tournent essentiellement autour de la dépression et du délire. L'angoisse est souvent très importante.

Il est important de noter que si ces troubles n'affectent directement que la mère, ils se répercutent également sur le nourrisson et sur le père (triade père-mère-bébé).

Il en découle qu'il est nécessaire de repérer et traiter ces troubles, aussi minimes soient-ils, pour sauvegarder la stabilité du couple et garantir l'avenir psychique de l'enfant.

Pour finir, certaines situations demandent une réaction thérapeutique urgente lorsque la vie de la mère (suicide), de l'enfant (néonaticide, infanticide) ou des deux (suicide altruiste) est en danger.

La grossesse : aspects psychopathogéniques

Les troubles psychiques rencontrés pendant la grossesse ont deux origines possibles: (1) la décompensation d'une pathologie antérieure (comme lors d'une psychose maniaco-dépressive ou d'une schizophrénie préexistante) ou (2) la survenue d'une

¹ Médecin assistant en psychiatrie adulte, Université Catholique de Louvain, Belgique

² Doctorante en médecine, candidate en gynécologie et obstétrique, Université Catholique de Louvain, Belgique

³ Médecin assistante en Psychiatrie adulte, Université de Liège, Belgique

⁴ Centre de Recherches du Cyclotron, Université de Liège, Belgique & Depression Clinical and Research Program, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School. Emerge au Fonds National de la Recherche Scientifique de Belgique

pathologie *de novo* au cours de la puerpéralité. Pour cette dernière origine, trois dimensions (biologique, psychique, socioculturelle) sont à souligner.

Dimension biologique

Il existe des remaniements hormonaux au cours de la grossesse et du post-partum avec (a) une levée d'inhibition de la prolactine (les œstrogènes inhibent la dopamine qui n'exerce plus son effet inhibiteur sur la prolactine) et (b) une chute brutale des œstrogènes et de la progestérone à l'accouchement.

Dimension psychique

– *Expérience de la maternité* :

Il peut exister une ambivalence vis-à-vis de la grossesse avec à la fois des sentiments de réjouissance et des sentiments de crainte. Par exemple, la crainte d'une malformation de l'enfant, d'un accouchement difficile ou celle de ne pas être capable de s'occuper de l'enfant.

Porter en soi un enfant crée une crise identitaire narcissique due aux modifications corporelles qui en découlent. Les conséquences en sont bien connues, comme les troubles émotionnels et les modifications caractérielles. La femme voit son statut de « femme » remanié en celui de « future mère » et une grande partie de son investissement psychique est alors focalisée sur la grossesse (retrait narcissique). Cela peut se faire ressentir autant dans la relation avec son mari qu'avec les autres enfants, d'autant plus que la grossesse est animée par des préoccupations excessives quant à son déroulement, celui de l'accouchement, au bien être fœtal (rôle important de ce que dit l'échographiste) et par des plaintes du corps qui change.

Mais la gestation s'accompagne aussi de moments plus agréables avec le sentiment de toute puissance qu'engendre la grossesse (état de complétude imaginaire, preuve de fertilité).

– *Représentation de l'enfant* :

1°: La *première représentation* que la future mère se fait de son enfant n'est pas celle d'un enfant individualisé mais celle d'une extension d'elle-même (« je suis enceinte »), d'un enfant fusionné. D'ailleurs, si après la naissance la mère ne cesse de considérer son bébé ainsi, elle entravera l'autonomisation psychique de ce dernier et risquerait de le faire basculer dans un état d'indifférenciation psychique mère-bébé conduisant à une structuration psychique appelée psychose.

2°: Les *discussions* à propos du bébé ou encore les échographies vont permettre, petit à petit, de l'individualiser (« j'attends un bébé ») et de construire un portrait initial du futur nouveau-né (« enfant imaginaire »).

3°: L'enfant « imaginaire » est issu de l'image que se font les parents de l'enfant à venir. Cette image est fondée sur leurs

désirs, leurs attentes et leur histoire personnelle. C'est le « phantasme » de l'enfant parfait, beau et en bonne santé.

4°: A la naissance, l'enfant « réel » est confronté à cet enfant « imaginaire ». Si le décalage est trop grand, il y a un risque de troubles relationnels entre la mère et son enfant, nécessitant alors une prise en charge précoce. C'est un double deuil que vit la mère, celui de la grossesse qui s'achève et celui de l'« enfant parfait » imaginé.

– *Préparation à la maternité* :

Freud décrit cette phase comme le travail psychique de la femme devenant mère. Elle comprend notamment l'identification à sa propre mère (des groupes de préparation à la maternité existent pour aider à réaliser ce travail en expliquant les différents aspects psychiques et biologiques de la grossesse et de l'accouchement).

Dimension socioculturelle

Le bon déroulement de la grossesse et du post-partum va être influencé par différents aspects socioculturels comme la qualité relationnelle du couple, les statuts professionnel et économique, le suivi médical régulier, etc.

Il existe différents facteurs de risque d'une évolution plus difficile: primiparité, mère seule, césarienne, présence de troubles psychiatriques avant et/ou pendant la grossesse, précarité, dissensions conjugales, accident grave pendant la grossesse.

Il faut également garder à l'esprit, dans notre société où l'immigration est relativement importante, que la place de la maternité n'est pas la même dans toutes les cultures.

Troubles psychiatriques gravidiques

Les troubles psychiatriques pendant la grossesse sont beaucoup moins fréquents que pendant le post-partum (6 à 7 fois plus fréquents) (Durand, 2001). Ils sont surtout observés en début et en fin de grossesse. Il n'y a pas nécessairement d'aggravation d'un trouble préexistant lors de la grossesse; au contraire, certains troubles psychiatriques chroniques comme les psychoses évolutives ont tendance à être positivement influencés par celle-ci.

Réactions psychiques mineures et transitoires

Le vécu de la grossesse s'accompagne de manifestations comportementales mineures et transitoires telles qu'une labilité émotionnelle, des troubles du sommeil (hypersomnie du début de grossesse), une irritabilité, une dysphorie, des troubles des conduites alimentaires et de l'anxiété (surtout présente en début de grossesse, elle diminue généralement au début du deuxième trimestre pour ensuite réapparaître à l'approche du terme).

Troubles névrotiques

Troubles anxieux :

Ce sont les manifestations les plus fréquentes se présentant sous forme de crises d'angoisse, de manifestations phobiques ou obsessionnelles. Le trouble peut se focaliser sur le fœtus (crainte d'une malformation, d'une mort *in utero*, peur de tuer l'enfant) ou sur la mère (crainte d'un accouchement difficile, angoisse de ne pas être capable d'être maman, de mal faire). Il n'est pas rare que les besoins affectifs de la future mère augmentent et entraînent une dépendance grandissante envers l'entourage avec d'éventuelles conduites de régression.

Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) :

Certaines études suggèrent (i) un risque plus important de développer un TOC durant le troisième trimestre de la grossesse (par rapport à des femmes du même âge dans la population générale) et ce d'autant plus qu'il existe une histoire familiale de TOC. Aussi, (ii) l'aggravation d'un TOC préexistant durant cette même période est fréquemment constatée. La sévérité et le type de TOC durant la grossesse restent semblables à ce qui est observé chez les femmes qui ne sont pas enceintes. Toutefois, les obsessions à thématique d'agressivité et de contamination concernent habituellement la peur de nuire au fœtus (Uguz, Gezginc et al. 2007).

Névrose traumatique post-obstétricale :

Il s'agit de la réactivation du deuil d'un antécédent obstétrical traumatisant (premier accouchement avec risque de mort pour la mère et/ou naissance d'un enfant mort ou handicapé). Les symptômes, à l'approche de l'accouchement, sont ceux d'un syndrome de stress post-traumatique (dépression anxieuse avec cauchemars, reviviscences, phobie d'endormissement). Vu le risque de récurrence de complications lors de l'accouchement qu'engendrent ces symptômes, il est indispensable de mettre en place un suivi très attentif de la grossesse, tant sur le plan obstétrical que psychique (aide au deuil).

Déni de grossesse

- **Fréquence** : environ 3 pour 1.000 naissances (Durand 2001).
- **Définition** : *Négation* de la grossesse dans laquelle l'inconscient joue un rôle prépondérant (qui ne doit pas être confondue avec la dissimulation consciente d'une grossesse observée principalement chez les adolescentes).

Il y a souvent une première perception de grossesse qui est immédiatement refusée. La femme nie cette perception ou le lien de celle-ci avec une grossesse en cours.

De plus, elle est confortée dans son illusion par la fréquente persistance de métrorragies donnant l'impression de règles, des modifications corporelles souvent minimales et une étonnante cécité des proches.

Ce déni peut s'amender en cours de grossesse (déni partiel) ou persister jusqu'à son terme (déni total, absence de suivi anténatal).

Finalement, ces femmes se rendent aux urgences pour douleurs abdominales et y accouchent quelques instants plus tard.

- **Le mécanisme** est complexe et se rapproche de la psychose.

La patiente porte en elle un être humain et se voit investie d'une dimension toute particulière; du statut de femme, elle passe à celui de femme enceinte. En cas de déni, elle fait tout à fait abstraction de cette dimension. Le processus de maternalité est bloqué sous peine d'être traumatique. Le déni permet d'évacuer les affects intolérables (antécédents de sévices sexuels pendant l'enfance), la culpabilité (interdit religieux), la honte ou la crainte du rejet familial (famille rigide).

La perception de grossesse persiste alors sous la forme d'une représentation clivée et niée (Lemperière, Féline et al. 2006).

- **Facteurs de risque** ou éléments rendant l'idée de grossesse « impensable » (Durand 2001): culpabilité liée à des interdits sexuels, rupture précoce avec le géniteur, fragilité des liens familiaux et sociaux, ambivalence majeure vis-à-vis de l'enfant.
- **Les conséquences** (1) précoces sont en bonne partie liées à l'absence de suivi anténatal, à la survenue brutale du travail et à un accouchement inopiné: prématurité, difficultés obstétricales (par exemple, dystocie non prévue), mort périnatale.
- (2) A long terme, celles-ci sont minimales avec une évolution favorable dans la majorité des cas. Cependant, il peut persister un trouble relationnel mère-enfant qui nécessitera un accompagnement social et psychothérapeutique adéquat.

Troubles psychosomatiques

Les plus fréquemment rencontrés sont les nausées et les vomissements. Présents physiologiquement pour 50% des patientes jusqu'à la fin du premier trimestre, ils peuvent persister au-delà du troisième mois dans 10 à 20 % des cas et parfois être le reflet d'une ambivalence envers la grossesse ou d'un trouble dépressif masqué nécessitant une prise en charge spécifique. Dans de rares cas (2 à 4 sur 1000), une hospitalisation sera requise pour assurer la croissance fœtale tout en évitant l'apparition de troubles carenciels chez la future mère comme des signes de polynévrite (déficit en vitamine B6).

Dépression gravidique

Elle concerne 14 à 23% des femmes enceintes et survient surtout au premier trimestre (Teixeira, Figueiredo et al. 2009; Yonkers, Wisner et al. 2009). Différents facteurs de risque ont été identifiés: anxiété maternelle, événements de vie stressants (décès dans la famille, divorce), antécédent de dépression, man-

que de support social, grossesse non désirée, violence domestique, faible niveau de revenus, faible niveau d'éducation, statut de célibataire et pauvre qualité relationnelle (Lancaster, Gold et al. 2010).

Le diagnostic peut être difficile car les symptômes sont souvent l'exacerbation des manifestations psychiques habituelles de la grossesse: dysphorie, crises de larmes, découragement, sentiment d'impuissance, asthénie, anxiété, troubles du sommeil.

Si les plaintes peuvent être explicites, parfois elles sont au second plan. Effectivement, il arrive par exemple qu'une dépression se cache derrière des vomissements incoercibles. Il est estimé que 52 % des dépressions postnatales sont le prolongement d'une dépression anténatale (de Tychev, Spitz et al. 2005).

Les dépressions mélancoliques (dépressions psychotiques) sont beaucoup moins fréquentes. Elles se voient en deuxième partie de grossesse et se prolongent par la suite sous une forme mixte, confusionnelle et délirante.

Il est à noter que les accès maniaques sont, quant à eux, exceptionnels.

Psychoses gravidiques

Très rares lors d'une grossesse, il s'agit d'idées délirantes avec sentiment de culpabilité et d'indignité où le risque suicidaire est présent.

La fréquence cinq fois plus élevée de troubles psychotiques dans le post-partum par rapport à la grossesse, ainsi que l'amélioration constatée des psychoses évolutives lors de la gestation, suggèrent un effet protecteur de la grossesse par rapport aux troubles psychotiques. Les œstrogènes inhibent l'action de la dopamine et exerceraient de la sorte un effet antipsychotique (Konnecke, Hafner et al. 2000).

Traitements des principaux troubles rencontrés durant la grossesse

Les différentes techniques existantes se basent avant tout sur un accompagnement psychique de la future mère : écoute, soutien, information, dédramatisation, verbalisation des conflits psychiques liés à la grossesse (Frayne, Nguyen et al. 2009).

- **La prise en charge** doit être pluridisciplinaire : gynécologue-obstétricien, pédiatre, psychiatre, généraliste traitant.
- **Techniques corporelles** : il s'agit de séances de relaxation et de préparation à l'accouchement, généralement proposées par des sages-femmes, qui peuvent se faire individuellement ou en groupe. Ces techniques devraient être systématiquement proposées aux femmes « à risque » (comme celles présentant une psychose ou les adolescentes).
- **Psychotropes** : Une grande prudence s'impose car tous les psychotropes passent la barrière placentaire. Souvent tératogènes au premier trimestre (principalement atteintes du tube neural et malformations cardiovasculaires), certains psychotropes se-

ront prohibés. Au troisième trimestre, il faudra tenir compte des éventuels risques de sevrage et de dépression respiratoire pour le nouveau-né. Si une prescription est indispensable, les recommandations sont en faveur d'une monothérapie au moyen d'une molécule bien connue, de demi-vie courte et dont la posologie sera diminuée à l'approche de l'accouchement. Il est important de prévenir les pédiatres à l'accouchement.

La grossesse doit être suivie minutieusement afin de détecter les éventuelles malformations. Dans tous les cas, il faudra se tenir au courant des dernières études concernant les risques associés aux différents psychotropes (Wieck and Gregoire 2006). Des interactions optimales entre le psychiatre, l'obstétricien et le pédiatre seront le garant d'un bon suivi et assureront le déroulement optimal de la grossesse tant pour la mère que pour l'enfant.

Chez les patientes présentant une dépression, l'idéal est de préférer les prises en charge non pharmacologiques et d'éviter les antidépresseurs pendant les périodes clés du développement de l'embryon. Si toutefois un psychotrope est nécessaire, il sera prescrit sous surveillance rapprochée, en tenant compte des risques particuliers de chaque molécule et du moment de la grossesse (Marcus, Barry et al. 2001; Gavin, Holzman et al. 2009; Yonkers, Wisner et al. 2009).

Plusieurs études ont montré que le post-partum tend souvent à augmenter le risque de rechute chez les femmes manico-dépressives, surtout quand la grossesse ou l'allaitement nécessite l'arrêt du traitement antidépresseur (Freeman 2007). Souvent, le traitement est interrompu en début de grossesse ou avant l'allaitement, soit en raison des effets néfastes connus du médicament, soit par crainte d'utiliser un médicament pour lequel on ne connaît pas encore tous les effets indésirables.

Différents travaux suggèrent que la probabilité de récurrence manico-dépressive augmente avec l'interruption brutale du traitement (Viguera, Nonacs et al. 2000). Ceci est souvent le cas lors d'une grossesse imprévue, non reconnue tout de suite par la future mère (par ignorance ou déni). Ainsi, en cas de diagnostic tardif d'une grossesse, arrêter brutalement le traitement antidépresseur ne protège pas mieux le fœtus (effets tératogènes principalement au premier trimestre) et augmente le risque de récurrence manico-dépressive en post-partum chez la mère.

Quoi qu'il en soit, si un traitement médicamenteux s'avère nécessaire, un monitoring thérapeutique est indispensable pour éviter d'infliger au fœtus les effets combinés, potentiellement néfastes, d'une médication insuffisante et d'une dépression maternelle mal contrôlée (Ward and Wisner 2007; Marcus and Flynn 2008).

Dans la schizophrénie, la nécessité de poursuivre un traitement par neuroleptiques doit toujours être évaluée en termes de rapport bénéfices/risques. En effet, l'arrêt d'un traitement peut se solder par une rechute qui peut être beaucoup plus néfaste pour le fœtus que l'utilisation d'un antipsychoti-

que. De plus, les données actuelles semblent suggérer que l'utilisation d'antipsychotiques atypiques (en particulier la clozapine et l'olanzapine) aux doses minimales efficaces n'a pas d'impact sur le déroulement de la grossesse et la santé du fœtus (Lin, Chen et al.; Kohen 2004).

Une prise en charge cognitivo-comportementale semble avoir fait ses preuves pour les patientes bipolaires et schizophrènes ayant décidé d'abandonner leur traitement antipsychotique (Howard 2006).

- **L'électroconvulsivothérapie (ECT)** : est une technique consistant à faire passer un courant alternatif entre deux électrodes placées de part et d'autre du crâne du patient, de façon à provoquer une convulsion généralisée (Stevens, Fischer et al. 1996; Rabheru 2001). L'ECT est indiquée en cas de psychose ou de dépression sévère qui ne peuvent être traitées par médicaments ou quand les doses maximales (fai-

bles en cas de grossesse) ne suffisent pas. L'ECT peut ainsi également être utilisée en première intention dans la dépression majeure et le trouble bipolaire durant la grossesse. Le rythme des séances est de deux à trois fois par semaine. L'anesthésie dure à peine quelques minutes et la convulsion une vingtaine de secondes. Les effets secondaires sont essentiellement de légers troubles mnésiques se résolvant rapidement. L'ECT peut être appliquée à tout moment de la grossesse pour autant que l'état du fœtus soit surveillé pendant et après chaque séance et que, lors de l'approche du terme ou d'une grossesse à risque, un obstétricien soit présent. Les risques principaux lors de la réalisation d'une ECT durant la grossesse sont un avortement spontané, l'induction du travail avant terme, une insuffisance utéro-placentaire et une rupture placentaire (Rabheru 2001).

- **Une hospitalisation** est requise s'il y a un risque de suicide (par exemple dans une mélancolie).

Conclusion

Les perturbations psychiques auxquelles la parturiente est confrontée sont nombreuses et encore trop souvent non prises en compte.

Un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate sont les deux éléments essentiels qui doivent permettre à ces femmes de vivre pleinement leur maternité.

La durée du séjour en maternité se raccourcissant, il y est parfois difficile de déceler la maladie psychique dès son début. C'est une des raisons pour laquelle, encore actuellement, des suicides et/ou infanticides ont lieu chaque année (Trautmann-Villalba and Hornstein 2007).

C'est avant tout le rôle du gynécologue de réaliser un dépistage (D'Amelio, Rauccio et al. 2006). Il doit être attentif à ce que ressent sa patiente, ne doit rien banaliser et doit pouvoir faire la distinction entre ce qui relève du normal et du pathologique. Plus tôt sera reconnu le trouble, meilleures seront les possibilités thérapeutiques et plus efficacement seront empêchées les conséquences pour le bébé et la famille.

Le dépistage commence dès le début de la grossesse avec la recherche des facteurs de risque (1) avant la grossesse tels que : les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux; les antécédents à risque pour la grossesse (hypertension artérielle, diabète, maladie héréditaire); les antécédents obstétricaux pathologiques (mort *in utero*, fausse couche, malformation fœtale, retard de croissance intra-utérin, enfant hospitalisé longtemps, troubles psychiatriques de la grossesse ou du postpartum); séparation de la famille; personnalité immature; toxicomanie; conflits conjugaux; grossesse non attendue; grossesse multiple non acceptée; stérilité.

Ensuite, (2) en cours de grossesse, il faudra être attentif à d'autres facteurs de risque tels que la découverte d'une anomalie fœtale, une menace d'accouchement prématuré ou une pathologie liée à la grossesse (par exemple diabète gestationnel).

La mise en évidence de l'un de ces facteurs doit rendre le médecin (*a fortiori* le gynécologue) doublement attentif à l'état psychique de sa patiente.

De nombreuses études sont encore en cours pour permettre d'obtenir les données étiopathogéniques nécessaires à l'élaboration de moyens de prévention et de traitements des troubles psychiques liés à la maternité.

Auteur correspondant :

Kevin Nameche

Cliniques universitaires Saint-Luc

Secrétariat de Psychiatrie adulte

Avenue Hippocrate, 10, 1200 Bruxelles

Belgique

kevin.nameche@gmail.com

Résumé

La maternité, de la grossesse à l'accouchement, est une expérience qui influence trois dimensions dans la vie de la femme : la dimension biologique, la dimension psychologique et la dimension socioculturelle.

(i) La dimension biologique intègre essentiellement l'ensemble des remaniements hormonaux liés à la grossesse et au post-partum.

(ii) La dimension psychologique apparaît aux travers (1) de l'expérience de la maternité en elle-même, (2) de la représentation en évolution de l'enfant à venir, (3) ainsi que de la préparation psychologique à l'accouchement et à ses suites.

(iii) La dimension socioculturelle comprend l'environnement de la parturiente (couple, profession, proches) qui est à la fois affecté par la grossesse et l'attente de l'enfant mais influe également sur le bon déroulement de celle-ci.

La grossesse représente donc un terrain privilégié pour l'apparition de troubles psychiques si l'une ou plusieurs de ces trois dimensions défailent avant, pendant ou après la maternité.

Dès lors, il est important de pouvoir rapidement repérer le développement de véritables pathologies psychiatriques potentiellement dangereuses pour la mère et son enfant. La prise en charge pluridisciplinaire, qui s'avère alors souvent incontournable, varie selon le type et l'intensité des troubles rencontrés. Celle-ci s'inscrit dans le champ de la psychiatrie périnatale.

Mots clés : Dépression du post-partum - Troubles psychiatriques puerpéraux - Psychoses gravidiques - Post-partum blues

Références

- D'Amelio, R., V. Rauccio, et al.** (2006). «Is it possible to predict postnatal depression? Research into the origin of blues and depression. The role of the gynaecologist.» *Clin Exp Obstet Gynecol* **33**(3): 151-3.
- de Tychev, C., E. Spitz, et al.** (2005). «Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach.» *J Affect Disord* **85**(3): 323-6.
- Durand, B.** (2001). «Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum.» *La revue du praticien*. (51): 1259-1264.
- Frayne, J., T. Nguyen, et al.** (2009). «Motherhood and mental illness--part 2--management and medications.» *Aust Fam Physician* **38**(9): 688-92.
- Freeman, M. P.** (2007). «Bipolar disorder and pregnancy: risks revealed.» *Am J Psychiatry* **164**(12): 1771-3.
- Gavin, A. R., C. Holzman, et al.** (2009). «Maternal Depressive Symptoms, Depression, and Psychiatric Medication Use in Relation to Risk of Preterm Delivery.» *Women's Health Issues* **19**(5): 325-334.
- Howard, L. M.** (2006). «Pregnancy in women with psychotic disorders.» *Clinical Effectiveness in Nursing* **9**(S2): e201-e211.
- Kohen, D.** (2004). «Psychotropic medication in pregnancy.» *Adv. Psychiatr. Treat.* **10**: 59-66.
- Konnecke, R., H. Hafner, et al.** (2000). «Main risk factors for schizophrenia: increased familial loading and pre- and peri-natal complications antagonize the protective effect of oestrogen in women.» *Schizophr Res* **44**(1): 81-93.
- Lancaster, C. A., K. J. Gold, et al.** (2010). «Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review.» *Am J Obstet Gynecol* **202**(1): 5-14.
- Lemperrière, T., A. Féline, et al.** (2006). Les troubles mentaux liés à la gravo- puerpéralité - Le déni de grossesse. *Psychiatrie de l'adulte*. T. Lemperrière, A. Féline, A. Adès, P. Hardy and F. Rouillon. Paris, Elsevier Masson S.A.S.: 464-465
- Lin, H. C., I. J. Chen, et al.** «Maternal schizophrenia and pregnancy outcome: does the use of antipsychotics make a difference?» *Schizophr Res* **116**(1): 55-60.
- Marcus, S. M., K. L. Barry, et al.** (2001). «Treatment guidelines for depression in pregnancy.» *Int J Gynaecol Obstet* **72**(1): 61-70.
- Marcus, S. M. and H. A. Flynn** (2008). «Depression, antidepressant medication, and functioning outcomes among pregnant women.» *Int J Gynaecol Obstet* **100**(3): 248-51.
- Rabheru, K.** (2001). «The use of electroconvulsive therapy in special patient populations.» *Can J Psychiatry* **46**(8): 710-9.
- Racamier, P. C.** (1979). La maternité psychotique. *De psychanalyse en psychiatrie*. P. C. Racamier. Paris, Payot: 193-242.
- Stevens, A., A. Fischer, et al.** (1996). «Electroconvulsive therapy: a review on indications, methods, risks and medication.» *Eur Psychiatry* **11**(4): 165-74.
- Teixeira, C., B. Figueiredo, et al.** (2009). «Anxiety and depression during pregnancy in women and men.» *J Affect Disord* **119**(1-3): 142-8.
- Trautmann-Villalba, P. and C. Hornstein** (2007). «[Children murdered by their mothers in the postpartum period].» *Nervenarzt* **78**(11): 1290-5.
- Uguz, F., K. Gezginc, et al.** (2007). «Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy.» *Compr Psychiatry* **48**(5): 441-5.
- Viguera, A. C., R. Nonacs, et al.** (2000). «Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance.» *Am J Psychiatry* **157**(2): 179-84.
- Ward, S. and K. L. Wisner** (2007). «Collaborative management of women with bipolar disorder during pregnancy and postpartum: pharmacologic considerations.» *J Midwifery Womens Health* **52**(1): 3-13.
- Wieck, A. and A. Gregoire** (2006). «Psychiatric medications for childbearing women.» *Women's Health Medicine* **3**(2): 74-77.
- Yonkers, K. A., K. L. Wisner, et al.** (2009). «The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists.» *General Hospital Psychiatry* **31** (5): 403-413.