

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE  
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

## LES PSYCHOSES DU POST-PARTUM

La maternité : une période psychologique à risque.

Célia GIOVANNONI

Directeur de mémoire : Dr GARRET-GLOANEC N.

Promotion 2002-2006

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Première partie : De la psychologie à la psychopathologie de la maternité</b>	<b>3</b>
<b>1. Le désir d'enfant</b>	<b>3</b>
<b>2. La grossesse</b>	<b>3</b>
2.1 Premier trimestre	4
2.2 Deuxième trimestre	4
2.3 Troisième trimestre	5
2.4 La « maternalité »	5
2.5 « La transparence psychique » de la femme enceinte	6
<b>3. L'accouchement et la naissance</b>	<b>7</b>
<b>4. Les premiers contacts</b>	<b>7</b>
<b>5. Les interactions du nourrisson avec sa mère</b>	<b>8</b>
5.1 Les compétences du nouveau-né	8
5.2. Structuration de l'enfant dans les liens précoces	11
<b>6. Les troubles du post-partum</b>	<b>11</b>
6.1 Le baby-blues	11
6.2 La dépression du post-partum	12
<b>Deuxième partie : Les psychoses du post-partum</b>	<b>14</b>
<b>1. Historique, Nosographie, Epidémiologie</b>	<b>14</b>
1.1 Historique	14
1.2 Epidémiologie	16
1.3 Nosographie : une question toujours actuelle	16
<b>2 Clinique</b>	<b>17</b>
2.1 Psychoses délirantes aiguës	17
2.2 Troubles thymiques sévères	19
2.3 Etats schizophréniformes	20
<b>3. Ethiopathogénie</b>	<b>21</b>

3.1 Facteurs de risque	21
3.2 Etiologies somatiques	22
3.3 Entourage familial	23
3.4 Hérité et vulnérabilité personnelle	23
<b>4. Psychopathologie</b>	<b>24</b>
4.1 La fragilité psychique	24
4.2 L'ambivalence et le rejet de l'enfant	24
4.3 La filiation narcissique	25
<b>5. Conséquences de ces troubles dans la relation avec l'enfant</b>	<b>25</b>
<b>6. Traitements curatifs</b>	<b>27</b>
6.1 Chimiothérapie	27
6.2 Hospitalisation mère-enfant	28
<b>7. Prévention</b>	<b>33</b>
7.1 L'organisation des soins : exemple d'un protocole de prise en charge des psychoses puerpérales	33
7.2 Le plan périnatalité (34)	37
7.3 Rôle de la sage-femme	38
<b>8. Evolution, pronostic</b>	<b>39</b>
8.1 Le pronostic vital	39
8.2 Le pronostic psychiatrique	40
<b><i>Troisième partie : Cas clinique : Melle B. et Manon</i></b>	<b><i>41</i></b>
<b>1. Arrivée au HOME</b>	<b>41</b>
<b>2. Histoire de Melle B</b>	<b>41</b>
2.1 Son enfance	41
2.2. La grossesse et la naissance de Manon	42
<b>3. Déroulement de l'hospitalisation</b>	<b>45</b>
3.1 Arrivée au HOME	45
3.2 Transfert en psychiatrie adulte	45
3.3 Les médiations thérapeutiques	48
3.4 Séjour au HOME	50
<b>4. Commentaires</b>	<b>56</b>

4.1 Antécédents personnels _____	56
4.2 Relation avec son ami _____	57
4.3 Conflit entre M. V et les parents de Melle B _____	57
4.4 La prise en charge _____	58
<b>Conclusion</b> _____	<b>61</b>
<i>Bibliographie</i>	
<i>Annexes</i>	

# Introduction

Si la maternité est un phénomène physiologique, c'est aussi une période de grand bouleversement psychique. En effet, il s'agit pour toute femme d'une crise comparable à la période de l'adolescence. Pour Racamier, cette crise dénommée la « maternalité » s'approche « normalement » et de façon réversible d'une structure psychotique. Ainsi la période entourant la naissance d'un enfant est contemporaine d'une vulnérabilité psychique particulière.

La qualité des échanges entre la mère et son enfant conditionne la structuration de l'enfant et le mode de résolution de cette crise.

Cependant, lorsqu'il existe une fragilité psychique chez la mère, ce processus de « maternalité » est débordé et c'est alors que la psychose puerpérale « éclate ». Mais faut-il parler de psychose puerpérale au singulier ou au pluriel ? Le singulier désigne une affection qui a différentes formes cliniques, le pluriel évoque un cadre nosographique composé de différentes affections. Il n'y a pas de sémiologie particulière comme peut l'être la dissociation dans la schizophrénie, mais il y a un lien de causalité : la puerpéralité.

Cette pathologie peut avoir des conséquences graves sur la relation mère-enfant et nécessite donc une hospitalisation dans une unité spécialisée.

Actuellement plusieurs auteurs remettent en question la définition de la psychose puerpérale comme étant « un violent coup de tonnerre dans un ciel serein » et remarquent très souvent des signes précurseurs pendant la grossesse, à l'éclosion du délire dans le post-partum. Ainsi, une prévention de la décompensation délirante serait possible, où la sage-femme et le médecin jouent un rôle primordial.

Dans un premier temps, nous traiterons de la psychologie de la maternité et des deux autres troubles du post-partum: le baby-blues et la dépression du

post-partum. Dans un deuxième temps nous définirons les psychoses du post-partum et nous nous attarderons sur le traitement et la prévention. Enfin, nous décrirons un cas clinique rencontré et suivi lors d'un stage au HOME.

# **Première partie : De la psychologie à la psychopathologie de la maternité**

## **1. Le désir d'enfant**

Il est fondé sur une partie instinctuelle, qui n'est pas à rejeter, mais qui est insuffisante pour rendre compte du phénomène (21).

Il est le fruit de l'union de deux êtres, avec chacun leur passé et leur histoire. Même si ce désir se présente comme une démarche consciente et programmée, il est infiltré de significations et de désirs inconscients (18).

La parentalité se prépare dès l'enfance, chez la petite fille comme chez le petit garçon. En effet, le désir d'enfant s'appuie sur une relation parentale de qualité, pour qu'il s'étaye sur une relation d'amour (21). En enfantant, « une femme rencontre et touche sa propre mère, la devient, la prolonge. » (31). Une relation perturbée avec la mère est alors susceptible de gêner le désir d'enfant et le bon déroulement de la grossesse (18).

Ce désir est influencé par la dimension sociale et culturelle de l'époque. Il est aussi lié au désir d'immortalité, à la transmission transgénérationnelle. Mais il peut également masquer d'autres désirs, comme celui de prouver sa fécondité par un simple désir de grossesse, ou bien retrouver son enfance.

## **2. La grossesse**

La grossesse provoque sur le plan émotionnel des changements radicaux chez la future mère et le futur père. Elle fait peser des menaces sur le corps de la femme. De plus, le couple accède à de nouveaux rôles sociaux et familiaux. L'évolution psychologique normale d'une grossesse peut-être considérée comme un enchaînement de tâches où se succèdent : l'incorporation, la différenciation et la séparation du fœtus. La femme doit accepter la présence du

foetus dans son corps, réaliser qu'il ne fait pas partie d'elle-même et s'en séparer (18).

Pour certains auteurs, comme Bydlowski (1), à chaque trimestre de la grossesse se manifestent des difficultés particulières.

## 2.1 Premier trimestre

La grossesse est secrète : en effet les modifications ne sont pas visibles par l'extérieur. Le « je suis enceinte » du début de grossesse met en jeu le fantasme d'une création solitaire, le fantasme de « filiation narcissique » selon Guyotat (25). Il s'agit d'une « crise narcissique » décrite par G.Lemoine. En même temps, les signes sympathiques de grossesse, comme les vomissements, extériorisent l'ambivalence du début de la grossesse. Ils sont aussi la manifestation de l'angoisse que crée la perspective de la dégradation corporelle, la diminution de l'attirance sexuelle ou la crainte de l'attente d'un enfant anormal.

Des troubles du comportement avec des difficultés à supporter l'entourage et les activités professionnelles apparaissent. Une labilité émotionnelle se met en place, illustrée par des réactions exagérées à des événements apparemment neutres.

Notons l'importance des relations de la femme avec sa propre mère : elle retrouve une dépendance ancienne et en même temps s'identifie à sa mère. Ce peut être l'occasion de réveiller les conflits plus ou moins liquidés qui ont marqué la phase oedipienne (17).

## 2.2 Deuxième trimestre

La réalité de la grossesse s'affirme et est visible : le ventre s'arrondit, les mouvements du foetus sont là et permettent la sédation de l'angoisse. Le « je suis enceinte » se substitue à « j'attends un enfant ». La femme est moins ambivalente. Le nouveau statut est accepté : les vomissements s'arrêtent et laissent place parfois à une certaine forme de boulimie. L'enfant est à la fois réel et imaginaire. Réel car il se manifeste : il bouge, il est à l'origine de multiples sensations. Imaginaire, car, faute d'exister dans la réalité, il demeure

l'enfant des désirs infantiles, support de fantasmes et de représentations issues de l'histoire propre de chacun des deux parents.

La femme se sent bien. Elle est dans un état de plénitude. Son statut est reconnu par l'entourage, dont son mari qui peut commencer à se rendre compte de sa paternité (18 ; 17).

### 2.3 Troisième trimestre

Dès avant la naissance, l'enfant imaginaire, celui de la névrose infantile, laisse progressivement place à l'enfant actuel, celui qu'une femme attend d'un homme qu'elle aime, celui qu'elle lui donne. Il est inscrit dans la croisée de deux généalogies.

Le deuil de l'enfant imaginaire qui se prépare ainsi que la proximité de l'accouchement entraînent des bouffées d'angoisse, « peur d'avoir un enfant pas normal », « peur de ne pas supporter la douleur de l'accouchement ».

Le physique de la gestante devient de plus en plus handicapant, ce qui renforce son isolement et sa régression dépendante.

Ainsi, la grossesse entraîne des modifications du physique, de la personnalité, du caractère, car tout l'univers intérieur et extérieur de la femme enceinte s'en trouve modifié. Comme le décrit Françoise Molénat, pendant la grossesse, une « vulnérabilité accrue », une transparence et des ressentis inhabituels sont perçus par la femme enceinte et l'entourage (13).

### 2.4 La « maternalité »

En 1961, Racamier introduit le terme de « maternalité » par lequel il désigne « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme durant la maternité ». Il s'agit d'une transformation de la personnalité et du fonctionnement psychique de la mère, qui se déroule du début de la grossesse, jusqu'au début de la vie de l'enfant.

Racamier assigne à la « maternalité » une authentique phase de développement de la personnalité féminine en la comparant à l'adolescence.

Durant cette phase, la structure psychique s'approche normalement mais de façon réversible d'une structure « psychotique ». Elle est caractérisée par une régression intense placée sous la dépendance de facteurs historiques et actuels. Si les expériences infantiles ne permettent pas à la femme de construire une image stable d'elle-même en devenir, elle va puiser dans son environnement actuel des nouveaux points de repère : compagnon, famille élargie, amis, entourage médical. Le médecin et la sage-femme prennent alors une place particulière.

Ainsi, pour Racamier, toute psychopathologie de la maternité se donne à voir ou à entendre comme trouble, plus ou moins profond, plus ou moins durable de la maternalité (17 ;29).

## 2.5 « La transparence psychique » de la femme enceinte

Monique Bydlowsky décrit le concept de « transparence psychique de la femme enceinte ». Ce concept peut être décomposé en deux termes spécifiques de la grossesse quel qu'en soit le stade.

Il s'agit premièrement d'un « état relationnel particulier » qui correspond à un état d'appel à l'aide, latent et quasi-permanent comme à l'adolescence.

Secondairement, c'est « une authenticité particulière de la vie psychique », c'est-à-dire que l'état de conscience est modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient est abaissé. Ainsi d'anciennes réminiscences et des fantasmes régressifs resurgissent à la conscience sans rencontrer de barrière correspondant au refoulement. Les représentations invasives peuvent être des fantasmes incestueux, des thèmes de propriété, des deuils anciens non résolus qui resurgissent... Cette remémoration d'évènements passés prépare la mère à abandonner l'enfant qu'elle fût, pour accueillir son bébé et acquérir une nouvelle identité, celle de mère (1 ; 3)

### **3. L'accouchement et la naissance**

Il subsiste une angoisse de mort parce que l'épreuve physique de l'accouchement fait encore écho aux souvenirs de femmes mortes en couches, aux hantises de morcellement ou d'éclatement, au châtement de culpabilité.

La naissance représente avant tout la séparation physique de la mère et de l'enfant. Ils sont à présent deux personnes distinctes. La mère n'est plus la seule à être en contact direct avec son enfant. Il devient une personne à part entière avec un nom, il est inscrit sur le registre de l'état civil, il ne fait plus partie d'elle-même.

C'est aussi le deuil de « l'enfant imaginaire » et la découverte de « l'enfant réel » en couple. C'est le moment pour la mère de « partager » son enfant avec le père. Celui-ci prend alors réellement conscience de sa « paternité » (17).

### **4. Les premiers contacts**

La naissance se déroule sous le double signe d'une rupture (physique et psychologique avec le deuil de l'enfant réel) et d'une continuité par la voie du maternage. « Le contact affectif » entre la mère et l'enfant reste très étroit. En effet, l'enfant fait corps avec sa mère dont il ne se distingue pas et la mère vit avec son enfant selon un régime d'identification fusionnelle et profonde. Cette relation anaclitique, décrite par Racamier, prolonge après la naissance le régime narcissique prénatal, amortissant ainsi le « traumatisme » de la naissance aussi bien pour l'enfant que pour la mère, d'où l'importance du contact précoce en salle de naissance.

La « préoccupation maternelle primaire » décrite par Winnicott (15) fait partie de cette continuité. Elle se développe progressivement. Il s'agit d'un état chez la mère à la limite du pathologique fait de repli sur soi-même, de désintérêt pour tout ce qui n'est pas son enfant, qui lui permettent de pressentir avec une admirable perspicacité tous les besoins de celui-ci. Cette attitude bénéfique à la fois pour la mère et pour l'enfant va progressivement faire place à une relation

rationnelle, plus ouverte vers l'extérieur. Cet état est nécessaire à la mise en place d'une relation mère-enfant satisfaisante.

C'est de l'équilibre entre les investissements narcissiques et objectaux de l'enfant à venir par chacun des parents, entre investissement parental et conjugal, entre rôle paternel et maternel que dépendent les relations précoces.

## **5. Les interactions du nourrisson avec sa mère**

Ce sont les influences réciproques qui existent entre un enfant qui vient de naître et son très proche entourage.

### **5.1 Les compétences du nouveau-né**

Dès la naissance, le bébé est capable de fixer et de suivre des yeux un objet en mouvement, dans une distance d'accommodation optimale qui correspond à l'espace qui sépare les yeux de l'enfant de ceux de sa mère lors des tétées. Ce contact décroît tout doucement pour laisser la place à une exploration plus active de l'environnement.

Sur le plan auditif, le bébé différencie la voix humaine à tout autre bruit. Il reconnaît la voix de sa mère et peut s'orienter de manière sélective dans sa direction.

Pour se manifester, le bébé utilise préférentiellement ses cris. Ils sont de plusieurs types (douleur, faim...) et la mère est capable de les différencier en y répondant de manière spécifique. De plus chaque cri est reconnu dans son originalité et la mère est capable de le distinguer des autres nourrissons.

Le nouveau-né est doté de plusieurs réflexes dits archaïques : succion, foussement... qui lui permettent de ne pas être qu'un poupon passif.

Mais ces capacités ne doivent pas faire oublier son extrême vulnérabilité. S'il est prêt à « fonctionner », le nourrisson reste un être dépendant, inachevé, dont le potentiel demande à se réaliser grâce à un environnement sensoriel et affectif stimulant (38).

### **5.1.1 L'attachement**

Bowlby a défini dans les années 50 sa « théorie de l'attachement », basée sur un besoin social primaire. Pour lui, la capacité à établir des liens affectifs forts est une composante fondamentale de la nature humaine, existant dès la naissance (38).

Selon lui, l'enfant se sert de la figure d'attachement comme une base « sécuritaire » qui facilite l'exploration de son environnement. La relation entre l'enfant et sa figure d'attachement est donc plaisante et cette dernière fait généralement preuve d'une grande sensibilité envers l'enfant (28).

L'attachement a donc une double fonction : de protection et de socialisation en se déplaçant au fil des années vers d'autres personnes.

### **5.1.2 Les différentes interactions**

La notion d'interactions parents-enfants souligne la participation active de l'enfant dans le processus d'établissement des liens entre lui et ses parents.

On distingue trois niveaux dans ces interactions : les interactions comportementales, les interactions affectives et les interactions fantasmatiques (21).

#### **5.1.2.1 Les interactions comportementales**

Ces interactions comportementales s'organisent autour de cycles attention / retrait dans lequel le bébé prend l'initiative d'une interaction puis s'en retire, avant de le relancer à nouveau au bout d'un moment : il s'agit des « cycles d'interaction » décrit par Brazelton (4).

Leur description est issue de l'observation directe entre la mère et son bébé suivant trois registres : corporel, visuel, vocal (21).

- le corps

Les échanges corporels correspondent au portage de l'enfant, à l'ajustement postural, à la manière de donner un biberon ou au contact bouche-mamelon. Pour Winnicott, le « holding » définit la façon dont l'enfant est porté mais

également soutenu, maintenu, contenu. Le « handling » correspond à la manière dont il est traité, manipulé physiquement mais aussi psychiquement.

Un défaut de « holding » peut provoquer des angoisses majeures chez le nourrisson ( « angoisses impensables, impression de chute majeure... ») (4).

- la vue

Sur le plan visuel, le regard réciproque est un élément important. Il est associé à la qualité de l'échange. La mère sert de miroir à l'enfant dans la reconnaissance de ses sentiments, du sens, de l'intérêt...

- la voix

Les interactions vocales sont avec les cris et les pleurs le premier langage du nourrisson. La mère utilise des fréquences particulières au timbre plus aigu, une voix chantante, rythmée et modulée pour s'adresser à son bébé.

A la charnière de ces interactions comportementales et affectives se situent les comportements de tendresse ( embrassement, étreinte, baiser, caresse) (21).

#### 5.1.2.2 Les interactions affectives

Elles permettent au bébé de faire l'expérience d'une vie émotionnelle partagée avant même l'apparition du langage. Selon Stern il s'opère un « accordage affectif » entre la mère et l'enfant. Dans ce bref moment, il existe une correspondance entre la conduite manifeste de l'enfant et celle de l'adulte mais le moyen d'expression utilisé par la mère est différent de la modalité expressive de l'enfant. Par exemple, à certains gestes du bébé correspondent l'amplitude et la durée des vocalisations maternelles (4).

L'enfant peut déployer à partir de l'accordage affectif son empathie, il comprend que son message a été reçu de l'intérieur, il découvre ainsi son monde interne dans ses concours de vitalité (21).

### 5.1.2.3 Les interactions fantasmatiques

Chacun est présent dans la relation actuelle, qui constitue l'interaction avec l'enfant mais aussi avec les expériences, les sensations, les rêveries passées. L'interaction s'inscrit dans les allégories trans-générationnelles.

## 5.2. Structuration de l'enfant dans les liens précoces

Dès la naissance, le nouveau-né est dépendant. La constitution de son identité et de son monde psychique reste tributaire de sa relation à l'autre, tant sur le plan psychique que physique. C'est donc dans le lieu de la rencontre mère-enfant que va se construire le monde psychique et affectif du nourrisson. En effet, grâce aux fonctions sécurisantes de ses parents, le bébé va pouvoir créer les fondations de sa relation à l'autre afin d'affronter les expériences de la réalité. De l'interaction, l'enfant entre dans la relation (38).

Ces premiers temps de la vie sont donc des temps précieux, car fondateurs de la vie psychique.

## 6. Les troubles du post-partum

### 6.1 Le baby-blues

Au lendemain de l'accouchement, la mère est portée par ce double mouvement de coupure-continuité décrit précédemment, à l'origine d'une confusion existentielle nommée « baby-blues ». Il survient trois à dix jours après l'accouchement, de façon inconstante dans sa symptomatologie, et qui associe anxiété, insomnie, plaintes somatiques, agressivité vis-à-vis de l'entourage, réactions vives à la moindre difficulté de l'alimentation de l'enfant, petite confusion. Le bouleversement hormonal ainsi que les facteurs environnementaux participent à l'origine de ce post-partum blues.

L'évolution de cette dépression mineure du post-partum est presque toujours heureuse. Cette issue est favorisée par l'entourage ( mari, famille, personnel de la maternité) qui rassure la jeune mère, et lui donne confiance en ses capacités maternelles. En outre, la reconnaissance des besoins propres de l'enfant, la

mise en route du nourrissage précoce et surtout le plaisir corporel pris à celui-ci confortent, pour peu que le développement de l'enfant soit harmonieux, cette évolution heureuse (2 ; 36 ; 31).

## 6.2 La dépression du post-partum

Elle débute souvent entre la quatrième et la sixième semaine. Elle prend deux aspects principaux : l'un ou domine l'anxiété et l'irritabilité, l'autre marqué surtout par l'évitement et l'indifférence. La perte d'énergie, le sentiment de culpabilité, les difficultés de concentration se verraient plus fréquemment que dans les dépressions courantes.

Elles sont souvent atypiques et polymorphes. Les troubles sont souvent mis sur le compte de la fatigue, des contraintes nouvelles de la maternité et de la nécessité de s'adapter à un nouveau contexte familial, et volontiers ignorés. Bien souvent aussi la jeune femme cache ses troubles par sentiment de honte et de culpabilité de ne pas se trouver heureuse comme elle devrait l'être ; les familles tendent souvent à la même dissimulation. Enfin il n'est pas rare que les troubles soient banalisés ou minimisés par les médecins.

La durée habituelle de la dépression varie de quelques semaines à quelques mois.

Leur étiologie est mal connue. Il semble que des facteurs sociaux interviennent : bas revenu, chômage du couple, niveau faible d'éducation et d'emploi ; des facteurs familiaux : insuffisance du soutien moral et matériel de la part du conjoint et des proches, isolement affectif, conflits conjugaux. L'existence d'antécédents familiaux de dépression (notamment dans la parenté du premier degré ) doit être considéré comme un facteur de risque. Il en est de même d'une éventuelle dépression du conjoint car les deux dépressions maternelles et paternelles s'influencent négativement en raison du manque de soutien réciproque.

En ce qui concerne les facteurs personnels, les antécédents psychiques préexistants à la grossesse jouent un rôle certain : difficultés familiales

majeures dans l'enfance, séparation précoce d'avec les parents, carences affectives précoces.

Ces facteurs sociaux, familiaux, et personnels sont souvent interdépendants et vont venir perturber le processus d'adaptation de la maternité.

Le traitement repose sur la chimiothérapie par antidépresseurs associée à une thérapie de soutien procurant aide et conseil et réduisant les sentiments de découragement et de culpabilité. Dans les dépressions délirantes ou à haut risque suicidaire, outre l'hospitalisation en urgence, il faut associer des neuroleptiques aux antidépresseurs (2 ;36 ;31).

« Mais quand la dépression, signe de ce qui, de « l'accoucher » conduit au « donner naissance », ne peut même pas s'envisager, sinon comme destruction, pour la mère, d'elle-même, c'est qu'alors quelque chose de la coupure, ou de la naissance, ne peut, radicalement advenir nous en voici venus aux psychoses puerpérales. » (17).

# Deuxième partie : Les psychoses du post-partum

## 1. Historique, Nosographie, Epidémiologie

### 1.1 Historique

Depuis l'antiquité, « la folie des parturientes » intéresse de nombreux observateurs s'interrogeant tour à tour sur la spécificité clinique de cette pathologie et surtout sur son étiopathogénie. Au cours des siècles, plusieurs théories se sont opposées. Actuellement, les débats restent toujours ouverts. Hippocrate (460 avant JC) est le premier à avoir décrit des troubles mentaux survenant à l'occasion de la maternité. A cette époque, la remontée au cerveau d'un mélange de sang des lochies et de lait reste la principale théorie étiologique (4).

Au XIXème siècle, Esquirol refuse d'adhérer à cette théorie « humorale » et décrit « l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices.» Il entreprend la première enquête psychiatrique systématique. Il signale l'évolution particulière du trouble, la fréquence des prodromes, et la guérison souvent spontanée. Il insiste sur le risque d'infanticide.

L'état affectif particulier des nouvelles accouchées et la susceptibilité aux influences extérieures deviennent des éléments essentiels. Un terrain prédisposé ( hérédité, susceptibilité antérieure, accès de folie antérieure), une vulnérabilité somatique et des causes morales ( isolement traumatismes familiaux ) sont les étiologies retenues de l'affection. (4)

Puis, en 1858, c'est Marcé, psychiatre et élève d'Esquirol qui crée le concept de « psychoses puerpérales » dans son « traité sur la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. » En décrivant plusieurs cas, il met l'accent sur la variété des formes sémiologiques et des conditions de

leur émergence. Ces états délirants ne lui paraissent pas différer des troubles psychiatriques survenant en dehors de la puerpéralité. Il souligne l'imprécision du cadre nosologique, voire l'incertitude étiologique (12).

Par la suite, les différentes théories étiopathogéniques vont se succéder. Magnan (1877), puis Ballet (1892),(4) expliquent ces troubles du post-partum par la théorie de la dégénérescence. La grossesse et la naissance d'un enfant ne sont pas directement responsables de la pathologie. Ils sont un facteur déclenchant, comme un autre, de troubles qui doivent être rattachés en premier lieu à la prédisposition individuelle. (38)

Différentes causes seront successivement évoquées comme l'infection, l'auto-intoxication (Toulouse et Marchand) et les théories endocriniennes (Sivadon). Mais ces différents travaux ne sont parvenus à des résultats convaincants et n'ont pas eu d'impact thérapeutique.( 4; 38 ).

Puis pour Racamier, la compréhension des troubles psychiatriques qui surviennent dans le post-partum passe par l'analyse psychologique de la maternité (4 ; 29).

On va également s'intéresser de très près à la prise en charge.

En 1956, Douglas rapporte son expérience d'hospitalisation conjointe mère-enfant chez des femmes présentant une psychose puerpérale. C'est au Royaume-uni que se créent les premières unités d'hospitalisation conjointes mère-enfant (14). Puis Racamier, en 1961, montre comment le devenir des psychoses puerpérales change lors de l'hospitalisation des mères avec leur bébé (29).

Si ces unités se développent rapidement en Angleterre puis aux USA, ce n'est que dans les années 80 qu'elles se créent officiellement en France. C'est à Créteil que sera créé la première unité (22). Elles démontrent que l'hospitalisation conjointe en cas de psychose puerpérale réduit de manière significative la durée de l'hospitalisation comme le taux de rechute, comparativement à l'hospitalisation de la mère dans un service de psychiatrie générale.

Actuellement, les recherches (J Dayan) s'orientent vers l'intérêt de la prévention pendant la grossesse, du délire dans le post-partum (5).

## 1.2 Epidémiologie

La fréquence des psychoses puerpérales varie selon les statistiques de 1 à 2 pour 1000 accouchements (4 ;20 ;31).

De nombreuses enquêtes rétrospectives ont été menées durant les dix dernières années pour tenter d'évaluer la fréquence et les caractéristiques des troubles psychiatriques du post-partum, conduisant à une hospitalisation. Malgré l'utilisation de références aux nosographies différentes, de critères diagnostiques et chronologiques variables, les résultats semblent convergents. Les troubles de l'humeur sont les plus fréquents et la schizophrénie représente une faible mais récurrente proportion des psychoses du post-partum (4).

## 1.3 Nosographie : une question toujours actuelle

Les classifications françaises avec Ey (4) et Lempérière (27) ont maintenu un cadre spécifique aux épisodes psychotiques de la gravido-puerpéralité quelle qu'en soit l'expression clinique. Il n'en est pas de même des classifications internationales, qui tendent à retirer toute spécificité à la psychose puerpérale.

### **1.3.1 La classification de l'organisation mondiale de la santé : CIM 10 (classification internationale des maladies) (4 ;33 ; 20)**

La CIM 10 considère qu'il est généralement possible de classer les troubles mentaux associés à la puerpéralité en associant deux diagnostics : « troubles mentaux et troubles comportementaux » du chapitre V et « troubles mentaux et maladies du système nerveux compliquant la puerpéralité », du chapitre XV. Cependant, une classification propre à la psychose puerpérale demeure possible dans la section F53 « Troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs » du chapitre « syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ». Cette section est subdivisée en troubles légers et sévères, ces derniers incluant la psychose puerpérale. Il ne faut réserver cette catégorie que pour les troubles qui ne répondent pas aux critères habituellement décrits et sous réserve qu'ils se manifestent dans les six semaines qui suivent l'accouchement.

### **1.3.2 La classification de l'association américaine de psychiatrie : le DSM IV (Diagnostic and statistical manual 4th edition) (4 ;32)**

Les psychoses puerpérales apparaissent dans les troubles de l'humeur. Le trouble doit débuter moins de quatre semaines après la naissance. La mention « avec début lors du post-partum » ne peut s'appliquer qu'à un épisode, de troubles thymiques ou à un trouble psychotique bref. Ce dernier ne peut excéder un mois.

## **2 Clinique**

### **2.1 Psychoses délirantes aiguës**

Elles sont répertoriées sous des vocables divers : bouffées délirantes aiguës, psychoses cycloïdes, confuso-délirantes, oniroïdes, psychoses schizophréniformes. Leur incidence serait d'environ 1 pour 1000 naissances (4).

#### **2.1.1 La notion de « phase émergente » (15,5)**

Cette phase prédélirante est décrite par J. Dayan (1997) : il s'agit de « phénomènes psychosensoriels a minima » qui apparaissent avant l'éclosion délirante. Elle n'est pas constamment observée. Elle a été décrite tout d'abord en 1991 par Righetti, Manzano et Salvador dans une étude rétrospective (30) puis par J Dayan. Les signes en sont :

- Des troubles du sommeil à type d'insomnies totales ou croissantes sans rémission, de cauchemars terrifiants avec agitation nocturne ;
- Des bizarreries du propos et/ou du comportement ayant pour origine des illusions perceptives, des déformations ou des hallucinations généralement non exprimées spontanément par la patiente à ce stade ;
- Des ruminations anxieuses spécifiques par leur caractère étrange et persistant ;
- Désintérêt ou dégoût progressif vis-à-vis du contact corporel avec l'enfant ;
- Des crises de larmes

- - Une asthénie

Elle peut survenir dès le lendemain de l'accouchement (30), ou pendant la grossesse (Dayan). L'angoisse de la mère croît ainsi que celle de l'entourage. Le délire éclate à l'acmé d'une angoisse devenue insoutenable. 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 une attitude distraite, des gestes de plus en plus « automatisés » ou distants(4).

### **2.1.2 La phase d'état**

Le tableau clinique ressemble à celui d'une bouffée délirante avec un début brutal, dans les trois semaines qui suivent l'accouchement avec un pic de fréquence au 10<sup>ème</sup> jour (20). On observe un état de confusion mentale de profondeur variable, avec des phénomènes oniriques. 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, alimentant l'anxiété et le délire (4).

Cette émergence délirante est marquée par une désorientation temporelle, des confusions sur l'identité des personnes, sur leur fonction, une humeur extrêmement labile, variable dans ses modalités avec fréquemment passage de l'excitation maniaque au ralentissement mélancolique. Des périodes de lucidité ne sont pas rares, où la mère reconnaît l'étrangeté souvent angoissante de son état (5).

Les thèmes délirants sont souvent mal structurés avec une tonalité persécutrice et terrifiante centrée sur la naissance et le bébé : négation du mariage, négation de la maternité, doute sur l'origine de l'enfant, son sexe ou crainte que l'enfant ne soit mort, qu'on l'ait substitué, qu'il ait été dérobé par des proches malveillants, etc. Elle peut se sentir elle-même menacée, soumise à des influences maléfiques, droguée, hypnotisée. Les idées sont

particulièrement lugubres et funèbres (« délire triste » décrit par Marcé). Elle tente de lutter contre l'angoisse de destruction par des conduites itératives de réparation magique. L'agressivité de la mère envers son enfant est parfois manifeste, même lorsque la mère semble apathique ou indifférente. L'infanticide et/ou le suicide demeurent toujours possibles, surprenant l'entourage par la brutalité de sa réalisation. On retrouve fréquemment une confusion d'identité entre la mère et son bébé sur lequel celle-ci projette des éléments délirants en rapport avec sa propre mère ( 4 ; 20).

Le tableau clinique est influencé par l'attitude de l'entourage.

Il existe une variabilité du tableau d'une malade à l'autre et d'un moment à l'autre chez une même malade. Cette variabilité est l'un des aspects les plus caractéristiques de cette psychose puerpérale aiguë. 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.

## 2.2 Troubles thymiques sévères

Ce sont les plus fréquents des désordres psychiatriques majeurs du post-partum. Ils représentent pratiquement les deux tiers des hospitalisations psychiatriques dans les premiers mois du post-partum. Ils peuvent prendre la forme d'un épisode maniaque ou celle d'un épisode dépressif sévère de type mélancolique.

### 2.2.1 L'accès maniaque

Les accès maniaques représentent 35 à 40 % des troubles psychotiques puerpéraux (4).

La manie puerpérale survient généralement dans les deux premières semaines qui suivent la naissance.

Elle se caractérise par son début brutal et précoce, une agitation intense, une désorganisation psychotique, une exhibition, une exubérance, une hyperactivité souvent désordonnée, une accélération de la pensée et du débit verbal, une diminution des besoins de sommeil. Les manifestations hallucinatoires sont

fréquentes avec une thématique délirante variée, irrégulièrement centrée sur l'enfant : idées de toute puissance, d'influence, de mission divine, thèmes érotomaniaques ou de persécutions.(4 ;20)

L'accès maniaque est souvent mixte, avec des fluctuations thymiques importantes.

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

### **2.2.2 L'accès dépressif majeur**

Dans la majorité des cas, la dépression ne devient manifeste que 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. Approximativement, un tiers des dépressions majeures serait précédé par une dépression mineure ou modérée en ante-partum.

Le tableau clinique est celui d'une mélancolie délirante avec des sentiments d'incapacité, d'indignité, de ruine, de culpabilité, de mort qui convergent vers le nourrisson. Il est menacé d'un destin malheureux ou de mort par la faute de sa mère qui pense ne pas savoir s'occuper de son enfant ni le soigner. Des visions funestes la hantent, mettant en scène des catastrophes dont elle se dit responsable ( mort ou maladie de proches par exemple). Le risque suicidaire et/ou d'infanticide est particulièrement à redouter.

La surveillance et les mesures thérapeutiques appropriées ne peuvent être réalisées qu'en milieu hospitalier.

## **2.3 Etats schizophréniformes**

Il s'agit de troubles qui revêtent les formes cliniques de la schizophrénie, chez des femmes jusque-là non repérées comme telles. Ils représentent une faible mais constante proportion des psychoses puerpérales.

Ils peuvent débuter tôt après l'accouchement réalisant :

- une véritable flambée schizophrénique avec une agitation délirante, une discordance idéo-affective, des bizarreries dans le comportement, des conduites impulsives, un repli autistique, un négativisme.
- un tableau de schizophrénie à trouble thymique avec une excitation atypique, une dépression délirante et discordante

Parfois, c'est l'inadéquation de la mère aux besoins du bébé qui est flagrante, avec des attitudes de repli et d'hostilité, des comportements bizarres qui témoignent de l'instauration progressive d'un tableau dissociatif. Nombre de schizophrénies puerpérales ont été précédées de poussées psychotiques antérieures ou de signes avant-coureurs. Parfois la puerpéralité paraît avoir précipité l'affection chez les femmes à la personnalité antérieure rigide et schizoïde, mais jusque-là bien adaptées. Cependant il faut être prudent avant d'entériner un tel diagnostic, s'il n'existe pas d'antécédents évidents car ces états schizophréniformes sont souvent un mode d'expression de psychose maniaco-dépressive comme en témoigne les rechutes ultérieures franchement thymiques. Il n'en demeure pas moins que 5 à 15 % des psychoses aiguës du post-partum évolueraient vers un état dissociatif chronique ou une schizophrénie dysthymique.(4)

Dans ces schizophrénies à début (ou à rechute) puerpéral, l'adaptation à la maternité est sévèrement compromise. La plupart de ces jeunes femmes sont incapables d'assumer pleinement leur rôle de mère.

### 3. Ethiopathogénie

#### 3.1 Facteurs de risque

##### **3.1.1 Démontrés**

- La parité : D'après les études, on trouve environ 70% de primipares parmi les psychoses puerpérales.
- Les antécédents psychiatriques : Les antécédents personnels et familiaux des troubles de l'humeur sont des facteurs de risque connus, ainsi

que les antécédents personnels de psychoses puerpérales toutes formes confondues (4).

### **3.1.2 Plausibles**

- L'isolement des mères dont la séparation physique et /ou morale avec leur propre mère,
- La césarienne ou la mort périnatale,
- Les traumatismes de l'enfance notamment sexuels,
- Le sexe de l'enfant (4).

## **3.2 Etiologies somatiques**

### **3.2.1 Les facteurs biologiques**

Durant la grossesse et l'accouchement, la femme traverse des bouleversements hormonaux d'une ampleur et d'une rapidité unique dans son existence.

L'« inondation » hormonale durant la grossesse laisse place, lors de l'accouchement, à une chute des oestrogènes qui vont remonter vers le 25<sup>ème</sup> jour du post-partum, date approximative du retour de couches.

L'implication des oestrogènes reste un axe actuel de recherche : en effet les récepteurs dopaminergiques centraux seraient inhibés par l'oestradiol et ses dérivés ( BROCKINGTON, 1996). Ainsi à la naissance, suite à l'effondrement du taux d'oestrogènes, les récepteurs à dopamine ne seraient plus inhibés. Une prévention des rechutes psychotiques en post-partum a été évaluée par KUMAR. L'effet thérapeutique semble attesté dans les dépressions majeures (23).

### **3.2.2 Complications obstétricales et néonatales**

Plusieurs études rétrospectives ont mis en évidence la présence d'un nombre élevé de complications obstétricales et néonatales précédant le trouble puerpéral, dont la césarienne. Elles ne permettent pas de conclure quant à la nature psychologique ou biologique du facteur éventuellement en cause.

### 3.3 Entourage familial

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, le vécu de la grossesse est tributaire des relations établies entre la femme enceinte et son entourage : avec le père de son enfant et avec ses propres parents, notamment sa mère avec laquelle se réaménagent de nombreux liens (RACAMIER)

Pour certains auteurs, le conjoint de ces femmes développant une psychose puerpérale, est décrit comme immature, anxieux, faible, peu présent, ou au contraire quand il est là, il est plus une seconde mère, un médecin, presque tyrannique. La mère est elle souvent vue comme autoritaire et abusive (17).

### 3.4 Hérité et vulnérabilité personnelle

#### 3.4.1 Vulnérabilité constitutionnelle

La notion de prédisposition aux pathologies mentales est présente depuis longtemps dans la littérature. L'hypothèse constitutionnaliste a été révélée par BALLETT dès le siècle dernier « les troubles sont constitutionnels, la puerpéralité ne fait que les révéler »(4).

Puis Marcé, en 1858, évoque la notion de « prédisposition ». Plus tard, Racamier parlera de « fragilité de la personnalité ». Il décrit ces femmes comme étant, soit « des schizophrènes en puissance », soit ayant des « organisations obsessionnelles à la fois rigides et mal structurées », soit ayant « des contacts avec autrui pauvres, distants ». Cela revient à considérer la grossesse comme un facteur déclenchant de décompensation d'une situation préexistante.

#### 3.4.2 hérité

Le risque de décompensation dans le post-partum de patientes chez qui il existe des antécédents psychiatriques familiaux est connu. L'hypothèse d'une hérité de type génétique est discutée par les psychanalystes. Il s'agit probablement d'une origine mixte alliant facteurs héréditaires et environnementaux. Cependant aucun argument formel n'a pu être jusqu'ici apporté.

### **3.4.3 Vulnérabilité acquise**

La notion de vulnérabilité acquise est rarement évoquée. Néanmoins certaines études de cas révèlent le rôle des traumatismes sexuels de l'enfance dans la survenue d'épisodes délirants puerpéraux ( Dayan, Guyotat) (5 ;25).

## **4. Psychopathologie**

### **4.1 La fragilité psychique**

Pour Racamier, « les femmes atteintes sont psychiquement très fragiles et très mal préparées à aborder le processus de la maternité ». La psychose puerpérale est le résultat de l'échec de ce processus. Les liens psychiques fragiles unissant la femme enceinte à sa propre mère sont réactivés et les mécanismes de défense ordinaires de la patiente (refoulement, déplacement, dénégation...) sont débordés et ne suffisent pas à contenir l'angoisse qui assaille la parturiente. L'expérience de la maternité fait resurgir certaines représentations et affects insupportables jusque là refoulés. Dans ces conditions, l'équilibre ne peut être maintenu lorsque survient la grossesse et surtout l'accouchement. Seuls le déni, le clivage, les défenses maniaques ou la mélancolie permettent de maintenir cette entité devenue précaire qu'est le psychisme maternel et que menace le bébé.

### **4.2 L'ambivalence et le rejet de l'enfant**

Racamier voit aussi dans la psychose puerpérale, un échec de la maternité dans le sens où la mère est incapable de supporter la régression puerpérale et le traumatisme de séparation avec l'enfant. Durant la grossesse, il s'introduit et se comporte comme un parasite dans le corps de sa mère. Elle est incapable de supporter la relation anaclitique et fusionnelle avec lui. Si elle réussit à considérer l'enfant en gestation comme partie intégrante d'elle-même, elle ne supporte pas sa naissance qui pour elle, est un éclatement de sa personne .La mère est alors partagée dans un conflit douloureux entre amour et dépendance, haine et culpabilité. Elle est en fait incapable de s'identifier à une image de bonne mère. La relation à l'enfant se trouve alors très compromise : la mère

peut devenir incapable de reconnaître l'enfant réel auquel elle identifie la « mauvaise partie » d'elle-même. L'agressivité, l'angoisse et la culpabilité de la mère vis-à-vis de l'enfant vont être exprimés par le délire.(17 ;4)

Pour Racamier, l'introduction de l'enfant lors des hospitalisations conjointes mère-enfant, a une valeur réparatrice de la « brèche narcissique » ouverte, suite à l'angoisse de la régression aux liens archaïques.

### 4.3 La filiation narcissique

Au début de la gestation, la femme vit physiologiquement un fantasme de filiation narcissique, solitaire, unisexué. Puis progressivement, le père est reconnu comme tiers et l'enfant comme existant à la croisée de deux généalogies ; l'enfant imaginaire laisse place à l'enfant réel.

Pour Guyotat (25), dans la psychose puerpérale, la reconnaissance du père n'a pas lieu. La femme nie l'enfant réel, l'enfant imaginaire est alors double de la mère, évince la conception, la sexualité, le père de l'enfant et s'accompagne d'un fantasme de mort de l'enfant réel. La psychose puerpérale devient alors « modèle matriciel de filiation narcissique ».

Cette catastrophe qui touche la filiation, réveille ou révèle un défaut, un manque, dans l'histoire de la mère et sa structure fragilisée. En effet, dans les antécédents de ses patientes, Guyotat retrouve des événements traumatiques touchant à la filiation : secrets, illégitimités, décès, abandons ou encore imagos paternels déficients. Ce sont essentiellement les représentations catastrophiques et incommunicables associés au trouble de la filiation qui sont en cause dans la psychose puerpérale.

Guyotat situe l'approche thérapeutique de la présentation de l'enfant autour du travail de désillusion du fantasme narcissique, au profit de la reconnaissance progressive de l'enfant réel, né des deux parents.

## 5. Conséquences de ces troubles dans la relation avec l'enfant

Lorsque l'état psychique de la mère entraîne une défaillance des capacités d'attachement et que le bébé ne peut faire l'expérience d'une sécurité (Bowlby),

lorsque l'engagement dans l'interaction du bébé ne trouve pas de répondant et ne lui permet pas de développer ses compétences (Brazelton), lorsque la régression habituelle de la mère ne la conduit pas à s'identifier à son bébé et à anticiper sur les besoins de celui-ci (Winnicott), c'est le développement même du bébé qui est mis en question.

Les perturbations de la relation mère-enfant vont se traduire au niveau :

du portage : non sécurisant, discontinu, alternant des périodes « collé excitant » et « lâches », brusque, avec raideur du maintien, inadéquat au besoin du bébé. Celui-ci est alors, hypertonique, raide, immobile et vide.

du regard ;chez la mère les interactions visuelles sont rares, Quant au bébé, son regard est évitant, dans la fuite, peut paraître inquiet, cherchant des appuis dans le regard des personnes environnantes.

des soins : incohérents, inadéquats. L'environnement quotidien est imprévisible et le bébé ne peut anticiper.

de l'initiation des jeux, absente ou excessive et inadéquate.

De la façon de parler à son bébé avec des intonations inadaptées, il n'y a pas de médiation dans le transfert des affects, la mère ne parvient à calmer son enfant.

Du comportement du bébé avec des vocalises pauvres, il pleure souvent.(21,2)

Cependant, l'influence de la mère sur son bébé n'est pas univoque et il est également nécessaire de prendre en compte d'autres paramètres comme les caractéristiques propres du bébé et sa capacité à faire face à la maladie maternelle, ainsi que le rôle joué par l'environnement familial (père, grands-parents) ou social.

Un épisode psychotique du post-partum peut avoir comme conséquence une séparation immédiate entre la mère et son enfant. Les conséquences ne seront pas les mêmes si le bébé est gardé dans un milieu familial attentif.

Une fois l'accès guéri, les relations mère-enfant s'établissent ou se rétablissent généralement « normalement », et ce d'autant plus que la mère est aidée dans cette tâche.

## 6. Traitements curatifs

L'objectif général est de permettre l'intervention précoce dans les troubles relationnels graves mère-bébé ; en premier lieu, à visée thérapeutique pour la mère (urgence du soin à donner) et en second, à visée préventive pour le bébé dans son développement à venir.

Le diagnostic précoce et l'instauration rapide d'un traitement constituent les aspects les plus importants de la prise en charge. Le traitement est habituellement instauré en milieu hospitalier, au mieux dans une unité mère-bébé où des professionnels sont qualifiés et disponibles pour s'occuper de la mère et de la dyade mère-bébé (9).

### 6.1 Chimiothérapie

L'état de ces femmes, profondément perturbées, va nécessiter un traitement psychotrope destiné à réduire leur état d'angoisse et de perplexité, à les maintenir en sécurité, et à leur assurer de bonnes conditions d'alimentation et d'hydratation. Les médicaments habituellement utilisés sont des neuroleptiques, comme les phénothiazines (chlorpromazine®, par exemple) ou les butyrophénomes (comme l'halopéridol®), ou des nouveaux antipsychotiques (comme la rispéridone® ou l'olanzapine®).

Pour les psychoses dépressives, les antidépresseurs sont aussi utilisés mais, en raison de leur délai d'action de 10 à 14 jours, les patientes les plus sévèrement atteintes peuvent parfois même nécessiter un recours à l'électroconvulsivothérapie, qui permet une amélioration rapide. Le traitement psychotrope doit être poursuivi après la rémission de la phase aiguë, pendant au moins trois mois en raison du risque élevé de rechute.

Si une patiente présente une rechute d'un trouble maniaque ou dépressif, un traitement par thymorégulateur (lithium par exemple) peut être envisagé.

Les fortes doses de neuroleptiques, les nouveaux antipsychotiques, le lithium sont contre-indiqués aux femmes enceintes (4 ;9 ;2)

## 6.2 Hospitalisation mère-enfant

Plus de trente ans après la publication princeps de P-C. Racamier sur les psychoses puerpérales, l'idée de maintenir ensemble la dyade mère-bébé en cas de défaillance psychique de la mère, reste encore controversée.

Pour B.Durand, « la question n'est pas de savoir s'il faut maintenir ensemble les deux éléments de la dyade pour préserver une symbiose mythifiée, ou engager une séparation physique précoce, avec son risque de rupture des liens, mais de déterminer le cadre le plus à même d'apporter la sécurité et une continuité des soins du côté du bébé, et un travail psychique du devenir mère chez cette dernière, ce que réalise l'unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé. »(8)

En France les hospitalisations mère-enfant dépendent toutes d'un secteur psychiatrique infanto-juvénile. Elles sont pratiquées préférablement sous la responsabilité de pédo-psychiatres et le soin est axé sur le lien parents-enfants.

Il existe actuellement en France : 19 unités d'hospitalisation conjointes à temps plein, (annexe 2) et de rares services de psychiatrie adulte qui assurent l'hospitalisation mère-bébé dans des chambres aménagées à cette fin au sein de ce service.

Nous prendrons comme modèle de description des unités mère-enfant en France l'unité de Nantes le HOME créé en 2003 (22).

### 6.2.1 Indications et contre-indications d'hospitalisation

C'est essentiellement la perspective et la possibilité de travailler le lien mère-enfant qui vont conditionner les indications d'hospitalisation mère-bébé, ainsi que le diagnostic psychiatrique maternel, s'il en existe un.

Les indications d'hospitalisation peuvent concerner :

- Des troubles préexistants : une psychose chronique, une pathologie dépressive, un précédent épisode puerpérale, ou un suivi de travail de deuil après un accident gravidique. Des familles à problème multiple (suivies par la PMI, Antécédents d'enfants placés, maltraitance, alcoolisme) peuvent être soutenues dans le service.

- Des troubles apparaissant dans le post-partum : psychoses puerpérales, dépressions du post-partum, troubles précoces du nourrisson qui peuvent être témoin d'un dysfonctionnement du lien entre la mère et le bébé. ( l'unité est alors sollicitée par des intervenants médico-sociaux dès la maternité ou plusieurs semaines après le retour au domicile).
- Une préparation à une séparation mère-enfant : le HOME peut servir d'intermédiaire lors d'un placement familial. Cette situation relève toujours du même objectif du travail sur le lien mère-enfant
- La pathologie de l'enfant après sa phase aiguë :les prématurés ou suite à un séjour long en néonatalogie
- Les pathologies anorexiques du bébé

Les contre-indications absolues à l'hospitalisation mère-enfant sont liées à l'état psychique de la mère et au type de pathologie qu'elle présente. Dans certains cas, les psychoses du post-partum peuvent contre-indiquer la mise en relation de la mère et du bébé. La proximité de la mère et du nourrisson ne sera permise que de façon progressive, accompagnée et évaluée. Il est nécessaire d'organiser la présentation du bébé à la mère, visant à rétablir la réalité de l'enfant vivant.

### **6.2.2 Admission**

Les demandes d'admission peuvent être issues : de la mère, du père, de la famille, du secteur de psychiatrie, de la maternité, de la PMI, du réseau médico-social. Cependant l'accord de la mère, sa participation au projet social, sont indispensables.

L'admission relève d'un projet thérapeutique qui prend en compte le temps d'hospitalisation et la suite.

### **6.2.3 Modalités thérapeutiques**

- l'hospitalisation à temps plein (3lits)
- l'hospitalisation de jour

Les modalités d'hospitalisation sont choisies selon l'indication la plus adaptée en fonction de la qualité de l'interaction mère-bébé, du temps de la prise en charge et de l'évolution de la pathologie maternelle.

Le but est de s'adapter le plus possible à l'évolution ( en permettant le passage d'une modalité à l'autre ) et permettre une reprise progressive de la vie à domicile avec, entre autre, l'intervention de la PMI.

#### **6.2.4 Composition de l'équipe soignante**

L'équipe infirmière est composée volontairement de personnes provenant de différents pôles :psychiatrie adulte, pédo-psychiatrie, HME, médecine générale. Cette multiplicité de références tient compte de la situation complexe d'une hospitalisation conjointe d'une mère avec son bébé. Chaque infirmière occupe un poste à temps plein pour permettre une régularité optimale du suivi. Chaque dyade a une infirmière référente.

Le HOME bénéficie de la présence d'une puéricultrice, d'une sage-femme à mi-temps, d'une psychomotricienne, d'une psychologue.

Une aide-soignante complète l'équipe.

Trois Médecins interviennent sur l'unité : un pédopsychiatre (chef de l'unité) , un psychiatre pour adulte, un généraliste qui s'occupe des problèmes pédiatriques..

#### **6.2.5 L'accompagnement de la relation mère-enfant**

Il s'agit d'offrir un cadre contenant et sécurisant et d'introduire une médiation qui facilite la reconstruction maternelle et la relation mère-enfant. Le cadre architectural de l'unité facilite ce travail par son caractère familial et ressemble plutôt à une maison où vivent des mères et des bébés qu'à un service hospitalier traditionnel. Les mamans et les soignants prennent le repas ensemble. Les visites des papas sont toujours les bienvenues.

Les soins quotidiens passent par l'observation de la dyade mère-bébé. Le personnel soignant de l'unité a été formé à l'observation selon la méthode

d'Esther Bick, qui est basée sur une observation très soutenue ( pour savoir comment orienter le soin) et non interventionniste. En pratique, il s'agit d'observer et de savoir intervenir lorsque cela est nécessaire. C'est la mère qui assure elle-même les soins auprès du bébé, mais les infirmières sont prêtes à la relayer dès qu'elles constatent qu'elle est trop désorganisée. La difficulté, pour ce genre d'unité, est de savoir doser les interventions afin, d'une part, de pouvoir observer les troubles de l'interaction et laisser la mère prendre conscience de ses difficultés, d'autre part de ne pas laisser l'enfant trop en souffrance ou en danger.

Il existe une présence permanente et enveloppante autour de la mère et de son bébé mais il lui faut préserver des moments vrais d'intimité.

Des entretiens réguliers ont lieu avec le pédopsychiatre et le psychiatre du service, le plus souvent en présence de l'infirmière référente et du bébé selon les possibilités.

Les entretiens sont proposés au père et à la famille proche.

Le fonctionnement de l'équipe est organisé autour de deux réunions hebdomadaires (observation thérapeutique et reprise clinique) en présence du pédopsychiatre qui relie les observations retranscrites selon le ressenti de chacun, et permet d'orienter le soin.

L'adaptation du traitement chimiothérapique est annexe pour les mamans ayant une prescription.

Lorsque la pathologie de la mère nécessite une séparation mère-enfant avec une hospitalisation en psychiatrie, des « visites médiatisées » sont organisées au HOME dès que l'état de la mère le permet. Ces rencontres ont pour but de présenter l'enfant à sa mère et de l'introduire progressivement.

#### **6.2.6 Rôle de la sage-femme**

Le poste de sage-femme a été créé dès la mise en place du HOME.

L'intérêt premier de ce poste était d'établir un lien étroit entre le HOME, la PMI et la maternité.

La sage-femme s'occupe des patientes adressées au HOME pendant leur grossesse pour tenter de prévenir les troubles de la future relation mère-bébé et les aider à vaincre leurs angoisses liées à cette grossesse et à la future maternité.

Elle est aussi directement impliquée dans le soin puisqu'elle est référente de certaines patientes (le plus souvent celles adressées pendant leur grossesse pour assurer une continuité des soins).

Enfin, elle propose à toutes les mamans (selon les possibilités) diverses activités : relaxation, massages, balnéothérapie, entretien leur permettant d'exprimer le vécu de leur accouchement. Ces activités aident les femmes à revaloriser leur image, ce qui est par la suite bénéfique pour la relation mère-bébé.

#### **6.2.7 Critères de sortie**

La sortie définitive d'une mère présentant des troubles psychopathologiques et de son enfant se décide selon deux paramètres.

Le premier est la bonne santé psychique de la mère, ou la stabilisation d'un état mental satisfaisant.

Le second paramètre, et c'est celui qui fait toute la spécificité des unités mère-enfant, est celui des capacités parentales qui doivent permettre à l'enfant de trouver au sein de son milieu de vie habituel le minimum de stabilité, de sécurité et de stimulation nécessaire à un développement harmonieux.

La fin d'une hospitalisation psychiatrique n'étant pas synonyme d'arrêt du suivi, il faut pouvoir insérer la femme et son enfant dans un réseau de soins au sein duquel elle pourra trouver une continuité des soins qu'elle a reçu dans cette unité.

Ce réseau se constitue à partir des services de maternité avec les équipes d'obstétrique et de pédiatrie, et continue d'opérer pendant et après l'hospitalisation avec la PMI, un suivi psychiatrique de la femme et du bébé par un psychiatre et un pédopsychiatre extérieur, les services sociaux.

## 7. Prévention

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs auteurs ont mis en évidence qu'une symptomatologie plus discrète précède les épisodes aigus. L'objectif est de permettre une prise en charge précoce, basée sur ces signes précurseurs, afin d'éviter l'éclosion délirante.

Dans cet objectif, J Dayan a élaboré au CHU de Caen, un protocole sur la prise en charge des psychoses puerpérales mené en collaboration avec les services d'obstétrique. Son objet principal est de prévenir l'installation du délire. (11 ;19 ; annexe 1)

### 7.1 L'organisation des soins : exemple d'un protocole de prise en charge des psychoses puerpérales

Ce protocole se fonde sur la prise en compte des facteurs de risque, l'observation attentive des symptômes « prédélirants » et sur une prise en charge dont les maîtres mots sont l'urgence et l'association entre l'abord médicamenteux et l'approche psychothérapeutique.

#### **7.1.1 Détection des facteurs de risque et des symptômes prédélirants**

Elle repose sur plusieurs éléments

- La recherche systématique pendant la grossesse par les sages-femmes et les obstétriciens d'antécédents de troubles délirants aigus en est le premier élément. Ceux-ci peuvent s'être manifestés soit à l'occasion d'un accouchement, soit dans toute autre circonstance : bouffées délirantes aigües, mélancolie délirante ou accès maniaque. Il convient bien-entendu de sensibiliser psychiatres et généralistes pour qu'ils puissent communiquer aux services la teneur du risque psychiatrique tout autant qu'ils ont coutume de le faire pour un diabète ou une hypertension artérielle. Communiqués à l'obstétricien ou la sage-femme, ils peuvent alors faire l'objet d'une démarche préventive (11).

- L'observation attentive par le personnel soignant, médical et paramédical, permet de détecter les « phénomènes psychosensoriels à minima » pouvant apparaître durant la grossesse et le post-partum. Ces signes ont d'autant plus de valeurs qu'il existe des antécédents psychiatriques. Ils feront dans tous les cas l'objet d'une évaluation psychiatrique (11; 19).
- Ces deux premiers points entraînent donc la nécessité d'une sensibilisation et d'une formation des équipes obstétricales sur la recherche de facteurs de risques. Cette formation nécessite à la fois une action de terrain incluant un travail d'explicitation et de renseignements sur tous les cas adressés et un enseignement systématique. Selon J. Dayan, le travail indirect, auprès des équipes, constitue ainsi un pan essentiel de l'intervention psychiatrique en maternité. Une bonne collaboration entre les équipes « psy » et obstétricales est indispensable (7).

### **7.1.2 Psychothérapie précoce associée à un abord médicamenteux**

- Psychothérapie précoce

J. Dayan formule l'hypothèse selon laquelle la psychose puerpérale peut être traitée précocement en maternité. Il préconise donc une psychothérapie d'urgence, intensive et active dès la mise en évidence de signes prodromiques : « phénomènes psychosensoriels à minima », antécédent(s) d'épisodes délirant puerpéral, antécédent(s) maniaco-dépressifs. Ainsi, la patiente n'est pas submergée par l'angoisse, même si celle-ci est très présente, elle demeure encore capable de verbaliser et d'exprimer certains conflits, elle peut procéder à certaines associations. Cette psychothérapie tend à l'aménagement et à l'élaboration de compromis psychiques à travers le travail effectué sur la filiation (réelle et imaginaire) et les processus d'identification.

La psychiatrie périnatale doit être une psychiatrie d'urgence. Une large disponibilité des intervenants, psychiatres ou psychologues, doit permettre une

réponse immédiate. Les entretiens doivent être prolongés, sans se tenir à l'évaluation rapide et superficielle, et répétés quotidiennement si nécessaire. Cette disponibilité est justifiée par l'évolution souvent rapide en aggravation ou en amélioration.

Cette pratique du soin psychothérapeutique s'attache donc à une période particulière du trouble qui est son émergence, stade auquel les psychiatres sont rarement confrontés. En effet, ils sont généralement amenés à rencontrer des patients délirants depuis plusieurs jours ou ayant manifestés des troubles du comportement intolérables pour l'entourage.

La psychothérapie entreprise dès la mise en évidence de signes prodromiques, permet la régression voire l'extinction du délire puerpéral, dès lors que celui-ci n'est pas totalement organisé (6 ;5 ;19).

- abond médicamenteux

Dans le post-partum, il comprend deux éléments :

- La lithiothérapie : elle est systématique en cas d'antécédents de trouble bipolaire et devant des signes même frustes. Elle est discutée en l'absence de tout signe ou lorsque les antécédents laissent supposer que la patiente supporte mal ce traitement ou que son efficacité est réduite. Le lithium ne modifie pas l'état de conscience et permet ainsi une approche psychothérapeutique sans que l'état de vigilance ne soit abaissé par l'imprégnation neuroleptique. Stewart a montré l'efficacité de l'administration du lithium dans le post-partum immédiat, dans la prévention des psychoses puerpérales, dans une étude concernant 21 femmes à risque répertoriées dans trois centres. 5 ont reçu du lithium au troisième trimestre de la grossesse, 16 dans les 24 heures suivant l'accouchement. Ces dernières n'ont pas développées de psychoses puerpérales (ou juste des signes modérés ne nécessitant pas d'hospitalisation). Les femmes ayant reçues du lithium pendant la

grossesse n'ont pas été mieux protégées et une a été victime d'une mort-fœtale inexpliquée.

- Les neuroleptiques : ils sont prescrits uniquement lorsqu'une symptomatologie délirante est avérée ou que l'anxiété n'est pas contrôlable par l'approche psychothérapeutique et le soutien institutionnel, à des doses réduites, permettent une conscience suffisamment claire pour mener le travail psychothérapeutique (19 ;11)

Le caractère plus ou moins intensif et prolongé de la psychothérapie est modulé selon l'existence d'une symptomatologie délirante avérée et l'emploi ou non de neuroleptiques.

La sensibilisation, l'organisation et la tolérance de certaines équipes obstétricales permettent de traiter certains troubles anxieux graves, voir certains états délirants lors de la *phase émergente* en maternité sans avoir recours à une hospitalisation psychiatrique. Cette pratique est toutefois limitée par la nécessité d'assurer un cadre contenant et sécurisant et la possibilité d'organiser une hospitalisation prolongée. Dans certains cas, il faudra organiser le transfert de la patiente en psychiatrie et mettre en place les relations mère-bébé.

- Pour la sortie

Il faudra prévoir pendant une durée minimale de quinze jours, une présence constante à domicile : travailleuse familiale, sage-femme ou puéricultrice, famille. Dans cette optique, il est très important de sensibiliser le conjoint et la famille sur la gravité de la pathologie pendant l'hospitalisation. Suite à l'élaboration de ce protocole par J.Dayan, Caen est la seule ville de France où les travailleuses familiales sont remboursés à 100% par la sécurité sociale. Les consultations psychiatriques seront espacées en fonction de l'état de la patiente.

### 7.1.3 Conclusion

L'efficacité d'une telle démarche reste difficile à prouver car la proportion de femmes concernées reste faible. Dans sa pratique J.Dayan a eu à traiter ainsi dix femmes ayant présenté des antécédents psychiatriques puerpéraux et non puerpéraux. Il n'a connu qu'un seul cas (soit 10% contre 40% ordinairement) de délire franc ne répondant pas à ce travail et nécessitant deux semaines d'hospitalisation en psychiatrie. Les résultats de cette action tendent à montrer l'importance de certains facteurs externes dans la résolution du délire comme l'avait déjà démontré l'amélioration des troubles chez les femmes soignées en présence de leur enfant (19).

Linda Morisseau, pédopsychiatre à l'hôpital L.Mourier à Paris, a mis en place un travail d'accompagnement psychologique des mères similaire. Elle constate qu'après quinze années de travail, le nombre de décompensations psychiques aiguës a nettement diminué pour disparaître les sept dernières années, à une exception près. Ce sont davantage les difficultés liés à des problèmes psychiques plus chroniques qui sont actuellement au premier plan (11).

Le développement de la psychiatrie de liaison en maternité constitue donc les prémices indispensables à un tel travail. Bien que le modalités d'organisation des soins varient largement d'une structure à l'autre, il apparaît dans tous les cas la nécessité d'établir un cadre thérapeutique précis permettant une référence commune aux intervenants et aux patients dans le cadre de cette « psychiatrie ouverte » (3§).

## 7.2 Le plan périnatalité (34)

Tout ceci rejoint finalement le chapitre « plus d'humanité par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance » du plan périnatalité avec la mise en place :

- de véritables collaborations médico-psychologique en maternité
- de l'entretien individuel du quatrième mois

- de formations interprofessionnelles regroupant l'ensemble des professionnels de la naissance dont l'objectif est de faciliter la réflexion commune notamment au cours de la reprise de cas et d'améliorer ainsi les interventions.
- et d'un réseau de professionnels centré sur chaque famille qui le souhaite s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une cohérence suffisante de l'ante ou post-natal. »

## 7.3 Rôle de la sage-femme

### 7.3.1 Généralités sur la profession de sage-femme

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la déclaration et la surveillance de grossesse, la préparation à la naissance, l'entretien du quatrième mois, la pratique des accouchements physiologiques, les soins donnés aux femmes enceintes, aux accouchés et à leur nouveau-né. Ses compétences l'habilitent à surveiller un nouveau-né ainsi que sa mère jusqu'à la sixième semaine du post-partum et de réaliser la visite post-natale, voire au-delà pour des problèmes concernant l'allaitement. Elle peut aussi pratiquer les séances de rééducation périnéale (35).

### 7.3.2 Place privilégiée dans la prévention

Son rôle dans la constitution du dossier et la recherche des antécédents lors des consultations est identique à celui du médecin. Cependant elle a une place privilégiée près de la patiente lors des cours de préparation à la naissance, de l'entretien du quatrième mois, du suivi du travail et la surveillance du post-partum.

- *Lors des séances de préparation à la naissance*, Blanchard E. et al.(16) expliquent que les femmes cherchent avant tout à être rassurés étant donné les transformations importantes et les mouvements psychiques auxquels elles sont confrontées au cours de leur grossesse. Elles cherchent une écoute, une

compréhension et sollicitent un échange, un accompagnement sur le plan relationnel. Elles attendent de cette préparation une mise en confiance afin de préparer des conditions optimales pour accueillir leur enfant. Ces cours, qui se déroulent sur huit séances, sont généralement des moments privilégiés aussi bien pour la femme qui parle facilement de ses angoisses et n'hésite pas à poser des questions que pour la sage-femme qui peut alors détecter les facteurs de risque déjà évoqués et donc aller dans le sens d'une prévention.

- *L'entretien du 4<sup>ème</sup> mois*, individuel ou en couple, est proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes. Il est sous la responsabilité d'une sage-femme. Son objectif est « de mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents ». Ce peut être pour la sage-femme l'occasion de détecter les femmes à risque et d'en faire part à un psychiatre ou un psychologue dans le contexte de « collaboration médico-psychologique » (34).

- *Lors de l'accouchement et du post-partum immédiat*, les sages-femmes sont en contact étroit avec les patientes et la dyade mère-enfant. L'observation attentive est donc facile à réaliser. Pour J. Dayan, « Leur sensibilité paraît bien plus élevée que celle obtenue à partir de n'importe quelle échelle d'évaluation. Elles sont capables de dépister les prémices de l'accès délirant. » (11)

## 8. Evolution, pronostic

### 8.1 Le pronostic vital

Avant l'avènement des neuroleptiques et des techniques de réhydratation, le pourcentage de décès était de 10 à 20%, secondaires à des déshydratations sur les agitations maniaques ou bien les dénutritions sévères en cas d'anorexie mélancoliques.

Actuellement les risques vitaux concernent le risque de suicide (5% à court ou long terme ) et d'infanticide ( 4%) (4).

## 8.2 Le pronostic psychiatrique

### 8.2.1 L'accès aigu

Il est globalement favorable. Actuellement, l'évolution sous traitement conjugué à une hospitalisation conjointe mère-enfant, conduit à une sédation complète en quelques semaines mais pouvant aboutir à une ou plusieurs récurrences d'hospitalisations jusqu'à la sédation complète. Au centre hospitalier de Caen, où a été mis en place le protocole de prise en charge des psychoses puerpérales élaboré par Mr Dayan, sur cinq ans, la durée d'hospitalisations psychiatrique en post-partum indépendamment des rechutes, était de quinze jours, (4). Rappelons donc l'importance du dépistage à la phase prodromique, qui permet une prise en charge précoce et la régression voir l'extinction du délire puerpéral, dès lors que celui-ci n'est pas complètement organisé.

### 8.2.2 L'évolution à long terme

Le taux global de récurrences puerpérales et non puerpérales est évalué à 50%, (2, 4). La fréquence des récurrences est diminuée par l'augmentation moyenne de l'intervalle séparant deux grossesses. Elle est par contre augmentée par l'existence d'épisodes antérieurs non puerpéraux.

Enfin, le risque de récurrence est moindre en cas de maintien du lien mère-enfant.

# Troisième partie : Cas clinique : Melle B. et Manon

## 1. Arrivée au HOME

Melle B est une jeune maman de 23 ans qui a « déliré » trois jours après la naissance de son premier enfant, Manon. Quelques jours après sa sortie de la maternité elle est adressée au HOME par la PMI : Manon a de deux semaines.

Melle B se présente au HOME accompagnée de son ami M. V et de Manon, qui dort dans sa turbulette. Durant le premier entretien, cette jeune femme parle beaucoup, fait des associations d'idées, semble délirante. Parallèlement, son ami paraît à la fois et alimenter et contre-dire cet égarement verbal par de nombreuses interventions orales.

## 2. Histoire de Melle B

### 2.1 Son enfance

Nous avons pu retracer l'histoire de Melle B à partir du premier entretien réalisé avec elle et son ami puis, plus tard, par une entrevue avec ses parents.

Melle B est issue d'une fratrie de trois enfants. Elle est la deuxième et la seule fille. Sa mère travaille dans la maroquinerie et son père est stratifieur sur les bateaux. Elle a toujours été élevée par ses parents.

Sa mère se rappelle que, dès la petite enfance, elle est moins habile que ses frères et très réservée, que son apprentissage du langage est plus tardif, elle le situe après l'entrée à l'école.

Elle précise que la scolarité de sa fille a été très perturbée :

Dès la maternelle elle est suivie par un psychologue scolaire, elle a du mal à exprimer ses émotions, à maîtriser ses gestes ; elle redouble le CE1.

Elle est aussi exclue et rejetée par ses camarades, ce qui s'accroît à son entrée au collège, si bien que ses parents la changent d'établissement. En vain, car elle sera une adolescente très isolée, ayant peu d'amis.

Après le collège, elle est orientée vers une maison familiale. Sa formation se déroule en alternance : une semaine à l'internat puis trois semaines en stage. La première année se déroule bien jusqu'au troisième trimestre où elle est encore rejetée et agressée par ses collègues. La deuxième année est marquée par plusieurs événements : tout d'abord des pleurs incessants qui conduisent les parents de Melle à l'adresser à un psychiatre, puis plus tard une fugue de l'école et du domicile. Ses parents décident alors de la déscolariser et d'arrêter le suivi psychiatrique. Elle reste vivre chez ses parents et travaille en intérimaire. Sa mère raconte qu'elle et Melle B étaient très proches, le dialogue était très facile entre elles. Elle pense qu'il y avait une certaine dépendance de Melle B à son égard.

Melle B rencontre son ami M. V à l'âge de 15 ans. Ils racontent qu'ils se sont rencontrés en discothèque. Ils se connaissent donc depuis huit ans et vivent ensemble depuis cinq ans. M. V est assistant chargé d'affaires dans une société d'électricité. Les parents de Melle B pensaient que leur installation pourrait aider leur fille car ils décrivent Mr V comme une personne sûre d'elle et qui « assure ». Mais très rapidement, ils trouvent M. V très possessif envers leur fille, elle devient complètement dépendante de lui. M. V éloigne de plus en plus sa compagne de ses parents, refuse qu'elle se confie à sa mère. Le couple est très isolé, M.V sépare Melle B de la seule amie qu'elle avait.

## 2.2. La grossesse et la naissance de Manon

Puis Melle B annonce qu'elle attend un enfant. Ses parents sont alors très étonnés et très inquiets. Ils ne pensaient pas leur fille prête, assez mûre. Cependant Melle B et M. V rapportent qu'ils ont tous deux désiré cette grossesse. Melle B est suivie par son gynécologue de ville jusqu'au huitième mois puis la consultation du neuvième mois et ses échographies sont réalisées

par un gynécologue exerçant dans la clinique où se déroulera l'accouchement. Elle suit des cours de préparation auprès d'une sage-femme libérale. Melle B nous confie que sa grossesse reste un mauvais souvenir. Elle est d'abord marquée par un double test révélant un risque de trisomie 21 évalué à 1 /64 nécessitant une amniocentèse. Trois semaines d'angoisse se sont écoulées avant les résultats de cet examen qui révèle un caryotype normal et un bébé de sexe féminin. Ces deux nouvelles réjouissent le jeune couple.

Les parents de Melle B la décrivent comme radieuse tout le deuxième trimestre de sa grossesse. Après un entretien avec la sage-femme des cours de préparation, nous apprendrons que Melle B était une jeune femme très agitée, non réceptive à la relaxation, elle se mettait à l'écart du groupe et refusait tout dialogue avec les autres mamans et elle-même. La sage-femme a signalé son comportement étrange à la clinique. La rencontre du gynécologue ayant suivi la première partie de la grossesse nous apprendra que Melle B était une jeune femme très angoissée par sa grossesse. La difficulté physique de son activité a entraîné un arrêt de travail à partir du troisième mois de grossesse. Elle se retrouve alors encore plus isolée.

Mr V nous confie que trois semaines avant la fin de la grossesse, Melle B est victime d'une insomnie croissante qui devient totale, angoissée au sujet de la vie de Manon et de son ami, elle pleure beaucoup, est très agitée, fait le ménage plusieurs fois par jour. Son ami pense que sa mère est la principale responsable de ses angoisses. Le gynécologue ayant pris en charge la fin de sa grossesse nous dit n'avoir aucune note de ces états.

Pour le couple l'accouchement s'est mal passé. Le travail était suivi par « une jeune sage-femme, elle-même enceinte qui ne gérait pas la situation. », disent-ils. Melle B est très marquée par la diminution de l'effet de la péridurale pendant quinze minutes et en veut à la sage-femme de l'avoir laissé souffrir pendant « tout ce temps ». En même temps elle considère le recours à la péridurale comme un échec : elle se pense comme incapable de supporter un

accouchement. Finalement Manon est née par voie basse sans interventions et Melle B l'a prise de suite dans ses bras.

Lors de son hospitalisation à la maternité, l'équipe est très marquée par l'attitude du couple. Dès le premier bain, Melle B est très demandeuse de soins techniques, ses gestes sont brusques, saccadés. Le terme « être capable de » est récurrent. Le papa est excessif dans l'attention qu'il porte à Manon, il veut tout diriger et Melle B refuse la visite du pédiatre en l'absence de son ami.

La deuxième nuit, Melle B est très perturbée, très instable, se lève plusieurs fois dans la nuit pour faire du rangement, interpelle les infirmières pour leur dire « je sais faire le bain, je sais donner le biberon, il me reste le cordon et après je pourrai partir ».

Le lendemain elle répète plusieurs fois les mêmes termes « je sais faire », « je suis capable de » et donne le biberon à son bébé de façon très étrange, la serre très fort et lui met le biberon de force dans sa bouche ce qui alerte l'équipe qui prévient le psychiatre. Celui-ci est très inquiet, Melle B lui dit avoir « envie de passer par la fenêtre » et avoir peur d'elle-même.

Quelques minutes après, M. V alerte l'équipe car Melle B est allongée sur le lit sans bouger et ne répond à aucun stimulus. Puis soudain, elle se met à hurler pendant trois quart d'heure en s'appuyant très fort sur le ventre : « je veux que mon bébé sorte, je veux me vider, donnez-moi des crachoirs, fermez la fenêtre ». Elle renie complètement la naissance de son enfant. Tout l'étage est effrayé. Manon est dans la chambre à ce moment. Subitement, Melle B se calme, voit Manon dans son lit et veut la prendre, son ami lui dit que ce n'est pas prudent. Elle est vue par le psychiatre juste après sa crise qui lui explique qu'elle va être transférée en psychiatrie. Melle B se montre très coopérante, elle ne comprend pas pourquoi elle a fait ça, mais à aucun moment ne se soucie de Manon. M. V et Melle B pense que c'est un baby-blues. M. V n'a pas conscience de la gravité de la situation.

Manon est transférée en néonatalogie sans aucune question ni réticence de la part des deux parents. Melle B doit être hospitalisée à la demande d'un tiers

mais son ami refuse sur les conseils du frère de Melle B médecin, très remonté contre la clinique. Melle B est alors hospitalisée à la maternité. Le traitement qu'elle reçoit l'endort énormément et M. V pense qu'elle va mieux. Elle reste hospitalisée quatre jours puis rentre à domicile avec un suivi PMI et un rendez-vous au HOME très prochainement.

Dès la première visite de la puéricultrice de PMI, celle-ci est très inquiète car c'est le papa qui s'occupe de tout, Melle B ne demande aucun conseil concernant le bébé et parle uniquement d'elle. La puéricultrice est très impatiente que Melle B prenne contact avec le HOME.

### 3. Déroulement de l'hospitalisation

#### 3.1 Arrivée au HOME

Durant le premier entretien médical, Melle B parle facilement de sa grossesse et de son accouchement avec l'aide de son ami, mais semble confuse au niveau spatial et temporel. Elle devient rapidement agitée, diffluente, fait des associations d'idées. L'entretien est alors rapidement arrêté pour expliquer au mari seul, que l'état de sa femme est très grave et qu'une hospitalisation en psychiatrie adulte serait plus appropriée pour le moment. Cependant celui-ci n'est pas d'accord donc Melle B est hospitalisée au HOME.

Cependant dès le départ de son ami, Melle B est de plus en plus délirante, agitée. Pendant la nuit, elle déambule dans les couloirs, va réveiller les autres mamans et leur bébé, elle se déshabille, déplace les lits.

Ces troubles ne permettent pas le maintien de la patiente au HOME ; elle est transférée en psychiatrie.

Manon est confiée à son papa et aux grands-parents paternels.

#### 3.2 Transfert en psychiatrie adulte

##### **3.2.L'évolution de l'état clinique :**

Lors de l'entretien d'arrivée avec le psychiatre du service, Melle B est victime de croyances intuitives délirantes : « mon frère est mort », « mon mari est

homosexuel » ; d'angoisse de mort concernant Manon, d'éléments délirants de persécution : elle a peur d'être contaminé par « la folie » des autres patients à leur contact. S'ajoutent à ces symptômes des troubles identitaires, elle veut changer son image corporelle. Melle B a énormément besoin d'être rassurée, elle recherche en permanence la présence des soignants. C'est aussi une patiente très instable physiquement qui déambule beaucoup dans les couloirs.

Devant l'état clinique de Melle B., il est institué un traitement par Risperdal®, Tercian®, Dépamide®. Il est conseillé de limiter les visites de Manon auprès de sa mère, ce que M. V. ne respecte pas. Il amène Manon tous les jours à l'hôpital.

Quelques jours plus tard, l'état de la patiente est préoccupant, car elle réagit peu au traitement. La Dépamine® est alors remplacée par du Dépakote®. Une semaine plus tard, malgré la modification du traitement, l'amplification du syndrome confuso-onirique nécessite son transfert dans une unité fermée et l'arrêt des visites de Manon. Dans ce service, l'état de Melle B. reste très alarmant et elle évoque de moins en moins Manon.

Deux semaines d'isolement sont nécessaires pour que son sommeil s'améliore, que les éléments hallucinatoires s'estompent. Malgré son discours marqué par une diffluence, son retour en chambre est indiqué et il est alors possible de parler avec Melle B. de sa fille qui semble lui manquer.

Devant cette amélioration clinique relative, il est possible de débiter les médiations thérapeutiques au HOME. Melle B. obtient une permission le samedi, en présence de son ami et de Manon.

### **3.2.2 Rencontre avec les parents de Melle B.**

Le premier contact a lieu au début de l'hospitalisation par un appel téléphonique de la mère de Melle B., qui semble très inquiète au sujet de sa fille, et souhaiterait la voir. Le psychiatre rencontre les parents. Lors de cet entretien, ils racontent l'enfance de Melle B. Ils pensent l'avoir surprotégée. Ils évoquent les relations difficiles qu'ils entretiennent avec leur gendre, leur fils se faisant leur intermédiaire. Les parents font leur possible pour rétablir des relations harmonieuses avec le couple. Ils semblent très perturbés par la

situation, ne savent plus ce qui est bien ou mal pour leur fille, se sentent coupables.

A l'issue de cet entretien, il est décidé qu'ils peuvent téléphoner à leur fille le soir, en présence d'un soignant. C'est le lendemain du premier appel téléphonique, que l'état de Melle B. va s'aggraver.

### **3.2.3 Rencontre avec M. V.**

Elle aura lieu dès le premier entretien médical, car c'est lui qui accompagne Melle B. Il ne semble pas être conscient de la gravité de la situation. Il évoque dès le départ sa réticence face à cette hospitalisation au HOME. D'ailleurs, il ne respecte pas les consignes données ; Manon est amenée tous les jours à sa mère lorsque cela lui est déconseillé.

Lorsqu'il apprend le rendez-vous fixé avec les parents de Melle B., il se montre très en colère, menaçant verbalement, dit qu'il va arrêter son hospitalisation, et que leur rencontre détruit tout son « travail » et celui du frère de Melle B. pour la séparer de ses parents.

M. V. est convoqué, l'équipe médicale lui explique de nouveau clairement l'état de sa compagne : il s'agit d'une psychose puerpérale sur peut-être une personnalité schizoïde. Suite à ce diagnostic, il établit une défense paranoïaque : il trouve que l'état de Melle B. est « pire depuis qu'elle est chez les fous ». Pour lui, tout est du à l'attitude de sa belle-mère, très possessive envers sa fille.

### **3.2.4 Contact avec Manon.**

Manon réagit bien face à la séparation avec sa mère. Elle a trouvé un substitut maternel auprès de sa grand-mère paternelle ; c'est un bébé très souriant avec son père. De nombreux échanges sont observés entre eux ; M. V. est un papa très attentionné, ce qui est confirmé par le suivi PMI.

### 3.3 Les médiations thérapeutiques

Devant l'amélioration clinique de Melle B., des médiations thérapeutiques entre Manon et sa maman, en présence d'un pédopsychiatre et d'une infirmière référente sont instituées au HOME.

#### 3.3.1 Première médiation thérapeutique.

Elle a lieu en présence de M. V. Melle B. et Manon. Melle B. arrive après Manon et son papa. Lors de son arrivée, on constate une ambivalence affective entre son visage inexpressif et le fait qu'elle semble ne voir que Manon dans la pièce. Elle s'approche d'elle, la prend maladroitement dans ses bras. Manon regarde sa maman mais reste vigilante. La discussion de Melle B devient très vite uniquement centrée sur les différentes formations qu'elle veut entreprendre, Manon ne fait pas partie de la conversation. Elle semble avoir oublié qu'elle est dans ses bras. Lors de son discours on constate une dissociation d'idées, un côté ludique « Dr vaisselle plus drôle que Dr Varelle », elle passe du coq à l'âne.

M. V essaie de la recentrer sur Manon puis alimente son discours en disant que « c'est sa mère qui lui a mis toutes ces idées dans la tête ». On propose à Melle B de donner le biberon à Manon. Manon fixe toujours sa maman, glisse dans ses bras. Elle tète vigoureusement. Le biberon sort de sa bouche car Melle B ne s'en préoccupe pas.

Soudain, on sent que quelque chose d'insupportable perturbe Melle B. Elle se lève brutalement, dépose Manon dans les bras du papa sans verbalisation puis se dirige vers le landau, soulève la couverture. On lui demande si elle cherche quelque chose...pas de réponse. On essaie de comprendre ce qui est insupportable...pas de réponse. Puis elle se rassoit, évoque à nouveau ses projets professionnels, puis reprend Manon dans les bras brusquement, sans prévenir, pour lui faire faire son rot. Manon glisse dans ses bras, pleure, son visage est enfoui dans le pull de Melle B. Le papa intervient pour la dégager.

Devant cette instabilité et le manque de vigilance, la médiation est arrêtée.

Après le départ de Melle B, une discussion est entamée avec le papa. Il est toujours dans le déni mais on sent une souffrance. Il souhaite une hospitalisation au HOME rapidement. On lui explique que c'est encore trop difficile pour Melle B. d'être avec Manon. On lui fait remarquer l'absence d'expression d'affect de Melle B. pendant la visite. Elle a encore besoin de soins, avant de travailler la relation mère-bébé. M. V. comprend et finit par acquiescer.

Le lendemain, Melle B. montre une amélioration clinique et parle spontanément de Manon. Il est alors proposé une médiation thérapeutique la semaine prochaine.

### **3.3.2 Les médiations thérapeutiques suivantes.**

Elles vont se succéder pendant plusieurs semaines, avec tout d'abord un état stationnaire de Melle B. qui se dirige toujours vers Manon dès son arrivée avec un visage fermé et peu d'affect. Elle reste très instable, son discours est inadapté lors des médiations thérapeutiques évoquant ses différents projets personnels sans y inclure sa maternité.

Puis, progressivement, son état s'améliore. Elle devient plus posée, plus souriante, contente de retrouver Manon lors des visites. Des permissions de week-end sont instaurées, durant lesquelles M. V. aide beaucoup Melle B. pour les soins de Manon.

M. V. redevient de plus en plus hostile à la prise en charge. Il trouve que tout se passe bien durant les week-ends et ne voit plus la nécessité d'une hospitalisation au HOME. Puis après entretien, revient sur sa décision et finit par accepter cette hospitalisation.

L'amélioration du contact de Melle B. et son comportement lors des visites au HOME, permettent d'envisager une hospitalisation à temps plein au HOME.

## 3.4 Séjour au HOME

### 3.4.1 Première semaine.

#### 3.4.1.1 Etat clinique de Melle B et comportement avec son compagnon

A son arrivée, Melle B. est un peu hébétée, recroquevillée, somnolente, elle a de grandes difficultés d'élocution. L'arrivée de Manon est prévue le lendemain. Melle B. a un discours cohérent mais peu perceptible. Elle semble impatiente de retrouver Manon, son regard exprime un manque. Dans la soirée, le contact des soignants est facile avec cette maman, qui parle de sa fille avec le sourire, mais, qui, très vite fait des associations d'idées, et énumère un tas de projets professionnels.

Le lendemain, Manon se présente accompagnée de son papa. Elle dort dans la poussette. Melle B. est ravie de la retrouver. L'équipe constate que le papa est très directif, très envahissant avec son amie. Lorsqu'il est présent, Melle B. s'occupe de Manon avec des gestes timides, sans trop d'initiatives face à celui-ci. On la sent soumise. En effet il se fâche contre elle parce qu'elle est maquillée et lui nettoie le visage. Elle subit de nombreuses humiliations de sa part comme lorsque qu'il lui dit vivement devant tout le monde : « arrête de baver, tu sais très bien que tu peux te retenir. ». Lors de l'entretien, il répond à sa place et rejette encore la faute sur sa belle-mère, ne se remet jamais en cause.

Lorsqu'il est absent, Melle B prend plus d'initiatives avec Manon. Elle s'interroge à propos de son état. Pourquoi est-elle malade ? Que s'est-il réellement passé avec sa mère ? Pourquoi elle et pas ses frères ? Elle dit vouloir une relation saine et épanouissante avec sa fille.

Son comportement est fluctuant, elle alterne des moments de lucidité ou elle réfléchit beaucoup autour de son état et des moments incohérents avec des associations d'idées, des propos hors réalité, qui se reflètent dans son regard vide, hagard. Elle reste très instable surtout la nuit. Elle se lève plusieurs fois ,

est confuse sur le plan temporel, ne tient pas en place, range et dérange ses affaires, n'arrive pas à se reposer.

#### 3.4.1.2 Relation avec Manon

Cette Maman essaie d'établir un contact avec Manon même si ses initiatives sont peu adaptées (elle présente par exemple des jouets à Manon qui ne sont pas de son âge, la réveille pour lui donner un biberon) et que son regard exprime peu d'émotions. Elle a du mal à s'adapter aux cycles de Manon. Elle est volontaire pour s'occuper de Manon, cherche de l'aide auprès de l'équipe soignante et est très à l'écoute de ce qui lui est dit. Elle sent qu'elle est très en difficulté avec Manon surtout lorsqu'elle pleure : elle déambule dans les couloirs avec son bébé dans les bras et arrive très rarement à la calmer seule. Pendant le bain, ses gestes sont très saccadés, maladroits et hésitants. Elle a toujours besoin de soutien. Les moments du biberon sont souvent les plus difficiles. Manon est constamment tournée vers l'extérieur, les poings fermés refusant le contact avec sa maman. Elle finit toujours ses biberons goulûment comme si elle voulait que cet instant se termine le plus rapidement possible. Quant à Melle B, il est très difficile pour elle de rester éveiller- contrastant avec son agitation permanente- et donc de capter l'attention de Manon. Elle glisse dans ses bras, la main qui tient le biberon est tombante. Les deux se fuient lors de ce moment qui devrait être privilégié. La prise du biberon nécessite une stimulation extérieure constante.

Manon fuit le regard de sa mère. C'est un bébé qui pleure énormément. Sa mère est une étrangère pour elle.

A la fin de la semaine Melle B et Manon rentrent chez elles pour le week-end avec M. V.

### **3.4.2 deuxième semaine**

#### 3.4.2.1 Etat clinique de Melle B

Melle B et Manon reviennent au HOME le lundi matin. Melle B est souriante et détendue.

Cependant elle a encore beaucoup de mal à suivre un sujet, elle évoque beaucoup de projets sur sa vie professionnelle... mais Manon n'en fait pas parti.

On note une très grande ambivalence dans sa personnalité entre être responsable et rester petite fille. Elle reparle durant les entretiens de ses relations parentales, elle est consciente de son état et rejette la faute sur sa mère. Elle évoque aussi ses anciennes relations amicales ; elle nous confie que M. V l'aurait séparé de ses amis mais ne critique pas son attitude autoritaire, au contraire elle la justifie.

Il devient très ambivalent concernant sa présence au HOME : un jour souhaite partir puis le lendemain revient spontanément sur sa position et comprend qu'elle est ici pour son bien.

#### 3.4.2.2 Relation de la dyade

Melle B est plus organisée dans ses gestes, plus méthodique. A présent, C'est elle qui gère l'emploi du temps pour le bain et les biberons. Cependant ses gestes restent machinaux. Elle n'exprime aucun affect face à un bébé qui commence à chercher sa maman du regard.

Les biberons se déroulent toujours de la même façon avec deux êtres qui se fuient et un soignant qui stimule les deux personnes pour tenter d'établir un contact.

Pendant le bain, elle savonne toujours Manon très énergiquement, la plonge dans l'eau et la ressort sans la prévenir. L'immersion est toujours très courte. Manon regarde sa mère avec méfiance mais celle-ci ne la « voit pas », n'établit aucune communication avec sa fille. Elle est très concentrée pour bien faire, mais ne dégage aucune émotion. Le bain est source de grandes crises de larme pour Manon. Melle B ne semble pas entendre ces pleurs, est imperturbable, continue de faire ce qu'elle a appris. Nous sommes obligés d'intervenir pour lui faire remarquer que Manon n'apprécie pas ce moment et qu'il faudrait la calmer. Elle décide alors à chaque fois de promener Manon comme un automate jusqu'à ce qu'elle s'endorme d'épuisement ou qu'un soignant réussisse à la calmer...

Manon s'appuie beaucoup sur les soignants qui l'entourent. Il est décidé que le relais doit être souvent proposé pour permettre à Manon de trouver du réconfort. Manon reste malgré tout un bébé très souriant et très éveillé avec l'équipe qui s'en occupe.

#### 3.4.2.3 Entretien avec Melle B et ses parents

Melle B est heureuse de revoir ses parents, ses yeux brillent. Pendant l'entretien, elle oublie qu'elle est mère et évoque devant ses parents ses différents projets professionnels. Elle leur dit qu'elle se sent inférieur à ses frères, qu'elle n'a rien réussi dans sa vie. Sa mère lui dit alors qu'elle a une belle réussite : Manon. Melle B lui répond : « Ah oui c'est vrai ». Elle reproche à sa mère de l'avoir trop protégé, de trop s'immiscer dans sa vie. Elle mélange plusieurs sujets, se souvient de certains détails de son enfance. Puis reproche à sa mère de l'avoir forcé à « faire le ménage tous les jours pendant sa grossesse ». Celle-ci lui dit calmement qu'elle se trompe que c'est son ami qui voulait que la maison soit propre. Melle B réfléchit quelques secondes et lui dit qu'elle a raison. Puis repart sur ses différents projets : se couper les cheveux, faire de la boxe, être puéricultrice...

Une fois Melle B partie, la mère confie qu'elle se sent coupable. Les parents ne savent pas comment se comporter avec le couple, ils souffrent énormément.

#### 3.4.2.4 Entretien avec M. V

Il lui est précisément dit que son discours sur sa belle-mère met sa femme dans une situation douloureuse à l'origine de l'aggravation de son état. Il lui est conseillé d'accepter de laisser ce sujet de côté.

Ceci sera repris de nombreuses fois avec lui en présence ou en l'absence de sa femme.

### 3.4.3 Troisième semaine

Melle B revient de son week-end avec Manon très en forme. Elle est moins endormie, plus énergique. Elle est très réticente sur sa présence ici. Une certaine tension apparaît. Des doutes s'installent sur la prise de son traitement,

mais Melle B affirme qu'elle l'a bien pris. Elle est énervée, remontée contre l'équipe. Elle nous trouve trop présent auprès d'elle, veut s'occuper seule de sa fille. Elle est dans le déni de sa maladie, dans l'idéalisation de sa relation avec sa fille.

Elle dit qu'elle « sait » donner un bain, le biberon, changer une couche..., qu'elle n'a pas besoin d'être entourée. On lui explique que sa maladie est grave, qu'elle est ici pour aller plus loin que des gestes techniques, pour travailler la relation avec son bébé apprendre à le connaître, à ressentir ses besoins et vice-versa. On lui rappelle que les infirmières ne sont pas là pour la juger mais pour l'aider à devenir mère mais elle est très hostile à la présence d'un soignant auprès d'elle. La prise en charge devient compliquée.

On décide de prendre une certaine distance, d'observer de loin ce qu'il se passe et mettre Melle B face à la réalité.

On remarque un bébé qui pleure beaucoup, et une maman qui est très en difficulté, malgré ce qu'elle peut dire. Elle déambule dans les couloirs avec Manon comme un automate, avec un regard vide. Elle ne met rien en place face à ses pleurs, et refuse l'aide. Elle pense à son bébé par intermittence, et l'oublie très vite. Dès qu'on cesse de lui parler de Manon, cette dernière n'est plus présente dans son discours.

Lors des séances avec la sage-femme, Melle B. a beaucoup de mal à se détendre. Elle évoque un souvenir très négatif de son accouchement, parle beaucoup de ses sentiments personnels (douleurs, angoisses) mais Manon n'est pas présente.

Melle B. se souvient qu'elle a « déliré ». Elle pense que c'est un baby-blues. Nous lui expliquons qu'il s'agit d'une psychose puerpérale, ce qui est beaucoup plus grave et qui nécessite une hospitalisation et un traitement médicamenteux.

Lors de ses visites, M. V. critique violemment sa belle-mère, l'équipe médicale et la prise en charge. Il se sent tout puissant face à nous. Il pense que les locaux sont insalubres, que sa femme et sa fille seraient mieux chez lui. Malgré de nombreuses explications, il refuse de prendre conscience de la gravité de la situation, et ne comprend toujours pas l'intérêt de l'hospitalisation. Il complique énormément le travail. Il est toujours très autoritaire avec sa

compagne, refusant par exemple qu'elle prenne du temps avec la sage-femme en sa présence. En revanche, il est très attentionné avec Manon. On remarque une grande complicité entre eux. Manon s'appuie énormément sur la présence de son père.

#### **3.4.4 Quatrième semaine.**

La prise en charge devient de plus en plus difficile. Melle B. est tellement obsédée par le désir de ne plus être hospitalisée à temps plein au HOME, qu'elle ne réussit pas à se concentrer sur Manon. Le doute sur la prise du traitement pendant le week-end s'amplifie.

Tous les gestes de Melle B sont automatiques comme appris par cœur et récités, il n'y a aucune relation entre la mère et l'enfant. Quand Manon pleure, elle fait les cent pas dans les couloirs, sans s'adresser à son enfant, sans reconforter, sans empathie. Elle n'entend pas son bébé. Melle B. semble encombrée par cet enfant qu'elle porte, qui glisse dans ses bras. Elle ne fait jamais attention à sa position dans ses bras.

Les jours passent et se ressemblent. Lors des biberons, aucun contact ne s'établit. Pendant le bain, les gestes sont saccadés et de plus en plus difficiles à supporter pour Manon : à présent, elle la force à s'asseoir, lui fait faire la gymnastique brutalement, trouve une façon plus simple de lui rincer les cheveux en la tenant par les pieds et lui plongeant la tête dans l'eau du bain...

Le rhabillage s'accompagne toujours des hurlements de Manon pendant que Melle B. prend beaucoup de temps à arranger ses vêtements.

Cet enfant est de plus en plus mal en présence de cette maman qui ne la voit pas, ne l'entend pas et ne ressent pas ses besoins. Ce bébé pleure, hurle beaucoup et a énormément de mal à se calmer. Elle prend appui sur les soignantes mais avec un air de plus en plus triste.

Melle B. prend conscience de la situation de rares fois. C'est alors qu'elle pleure, dit ne pas savoir comment faire, souffre que Manon la rejette. Puis dès qu'elle prend contact avec son compagnon change de discours. M V. est très remonté contre le HOME, critique fortement la prise en charge, pense que nous sommes responsable de l'état de Manon, que nous allons « en faire une

colérique ». Il soutient que « il n'y a qu'au Home que Manon pleure ». Il entretient perpétuellement l'ambivalence chez Melle B.

Face à une prise en charge qui devient de plus en plus difficile, devant un couple qui refuse l'hospitalisation à temps plein, à la suite d'un entretien avec le pédopsychiatre une hospitalisation de jour cinq jours par semaine est « négociée ».

### **3.4.5 Cinquième semaine**

Melle B. revient avec Manon en hospitalisation de jour avec toujours le même discours de refus de prise en charge, ne comprend toujours pas ce qu'elle fait ici. La prise en charge sera alors arrêtée au Home. La PMI et son psychiatre de Cholet sont prévenus de sa sortie mais c'est à Melle B et à son ami de prendre contact avec eux.

Quelques semaines plus tard, un appel téléphonique au psychiatre et à la PMI nous révèle que personne n'a de nouvelles, elle ne sera plus revue au Home.

Cette situation demeure inquiétante mais il ne semble pas y avoir suffisamment d'éléments objectifs pour faire un signalement.

## **4. Commentaires**

### **4.1 Antécédents personnels**

L'histoire de Melle B nous montre de grandes difficultés d'adaptation dès son plus jeune âge, aussi bien sur le plan scolaire : apprentissage tardif du langage, suivi psychomoteur, redoublement proposé plusieurs fois ; qu'au niveau social : enfant ayant peu d'amis et rejetée par les personnes de son âge nécessitant un suivi par un psychiatre. C'est déjà une enfant très fragile. Ne révélerait-elle pas déjà une personnalité à tendance schizoïde ?

Ses parents la décrivent « plus fragile que ses frères », moins « dégoûtée ». Melle B a certainement souffert de cette situation, se sentant inférieure à ses frères ce qu'elle souligne souvent : « eux ont réussi, et pas moi », de l'emprise de sa mère la surprotégeant tout le temps.

## 4.2 Relation avec son ami

Melle B rencontre M. V dans une période où elle est très vulnérable. Mr V est décrit comme quelqu'un sûr de lui, directif. Elle devient très vite complètement dépendante de lui. Le couple a une relation exclusive. Ils n'ont pas d'amis. Mr V cherche à séparer Melle B de sa famille, principalement de sa mère avec l'aide de son beau-frère. Ne cherche-t-il pas à prendre la place de sa belle-mère auprès de Melle B ?

On constatera au fur et à mesure de la prise en charge que monsieur est très directif avec sa femme. Face à ce comportement, Melle B ne semble pas parvenir à s'épanouir individuellement dans son couple, ni en tant que mère. En effet, il prend toute la place auprès de Manon, ne laisse pas Melle B être présente seule et ne laisse aucun tiers s'interposer dans cette relation, ce qui a rendu la prise en charge très difficile. Il se comporte un peu comme une mère autoritaire. Les rôles s'inversent d'où le désir de séparer Melle B de sa mère et de prendre sa place.

De plus, il a toujours dénié le véritable état de sa femme, sauf lorsqu'il a été débordé. En effet, il a partout bloqué l'accès des soignants sauf lors de la phase aiguë qui était très impressionnante et dont il s'est protégé.

Il s'agit d'une relation de couple pathologique, avec une mère malade mentale et un père alimentant sa pathologie et confirmant sa puissance et sa santé dans une position maternelle et soignante. Il y avait une dimension perverse à la relation chosifiée à sa femme, il ne s'adressait pas à elle mais à une partie déficiente, « mineure de sa femme ».

Cette relation est donc certainement une des causes principales de la situation clinique de Mlle B et de l'échec de la prise en charge.

## 4.3 Conflit entre M. V et les parents de Melle B

Nous connaissons très bien le rôle primordial d'une mère auprès de sa fille lorsque celle-ci devient mère à son tour. Ainsi la séparation imposée par M. V entre Melle B et sa mère ne peut être que néfaste surtout chez cette jeune femme au caractère très fragile. Melle B se retrouve éloignée de sa mère à un

moment où elle en a le plus besoin et ne trouve réconfort auprès d'aucun substitut maternel puisque M. V est le seul présent.

Mme B. se trouve face à deux personnes qui ont beaucoup d'influence sur elle et entre lesquelles elle doit finalement choisir : son ami et sa mère.

Peut-être que ce choix est trop difficile pour Melle B malgré ses apparences à repousser sa mère. Peut-être que Manon représente pour elle le lien entre son ami et ses parents. Ainsi, comme elle ne réussit pas à affronter ce conflit, elle « choisit » de se réfugier dans le délire et mettre Manon de côté.

## 4.4 La prise en charge

### 4.4.1 Evolution de la situation clinique

La prise en charge de Melle B a été très difficile. Elle a nécessité une séparation avec Manon, plusieurs changements de traitement, un isolement en chambre fermée. Progressivement l'état clinique de Melle B va s'améliorer, lui permettant de prendre confiance en elle, en ses gestes. Elle saura s'occuper de Manon mais aucune relation ne se mettra en place entre elles deux. Melle B à sa sortie est toujours incapable de ressentir les besoins de son bébé. Manon qui était un bébé très souriant devient de plus en plus triste et apprécie de moins en moins d'être au contact de sa mère.

On est très probablement face à une évolution vers une psychose (qui semble malheureusement déborder la dimension de la psychose puerpérale) d'une jeune femme qui a besoin d'une relation de dépendance pour se maintenir à minima, mais qui en même temps, se retrouve enfermée dans une relation pathologique qui la coupe de ses premiers liens d'attachement avec son enfant.

### 4.4.2 Où se situe l'échec ?

#### 4.4.2.1 Une prévention était-elle possible pendant la grossesse ?

Lorsque l'on récapitule les ressentis de Melle B au cours de la grossesse, on note une profonde angoisse lui provoquant des insomnies profondes qui deviennent totales d'après ce qu'elle confie. De plus la sage-femme des cours de préparation avait remarqué des bizarreries dans son comportement : elle la

décrit comme une femme très tendue, n'arrivant pas à se détendre, ne communiquant pas avec les autres mamans.

Plusieurs signes prédictifs d'un délire dans le post-partum sont mis en valeur : les antécédents psychiatriques, les insomnies et les bizarreries du comportement. Cependant le suivi psychiatrique était inconnu par les différentes personnes ayant suivi cette grossesse. La question a-t-elle réellement été posée ? Même si c'était le cas, Melle B y aurait-elle répondu franchement ? La sage-femme des cours de préparation avait signalé à l'établissement ou elle devait accoucher son inquiétude face à son comportement bizarre : La situation actuelle aurait-elle pu être évitée si cela avait été pris en compte et suivi ?

Notons que la sage-femme a été la seule à repérer « les signes d'alerte » ce qui montre l'importance de son rôle dans la prévention.

De plus la multiplicité des intervenants pendant cette grossesse n'entraîne-t-il pas une perte de certaines informations et donc un échec de prévention ?

Si les signes prédictifs avaient été relevés et assemblés, on aurait pu tenter de prévenir le délire en prenant en charge Melle B en suivant le protocole établi par M. Dayan. Melle B aurait pu suivre une thérapie, mettre des mots sur ses angoisses et donc éviter l'apparition du délire et peut-être permettre une meilleure mise en place de la maternité.

#### 4.4.2.2 La prise en charge a-t-elle été trop tardive ?

M. V ayant refusé l'hospitalisation à la demande d'un tiers, Melle B a été hospitalisé au HOME que quinze jours après l'apparition de son délire. Sa prise en charge précédente a été chaotique avec une hospitalisation en maternité pendant une semaine et un retour à domicile. On aurait donc pu traiter beaucoup plus tôt Melle B si elle avait été hospitalisée de suite, et peut-être éviter la séparation avec Manon et donc réussir à établir un lien entre la mère et la fille.

#### 4.4.2.3 L'hospitalisation

La gravité de l'état de Melle B a été exposé de nombreuses fois et par différentes personnes à M. V, ce qu'il n'a jamais voulu entendre. Il aurait peut-être été intéressant de comprendre sa réaction comme son conflit avec ses beaux-parents. Cependant ceci paraissait très difficile compte-tenu de son agressivité envers nous...

De plus, une rencontre avec le frère de Melle B, médecin, ayant refusé l'hospitalisation et ayant de très bons rapports avec M. V, nous aurait peut-être apporté des éléments supplémentaires pour comprendre la situation.

On peut penser que le HOME est en partie responsable de cet échec étant donné le jugement de M. V. Cependant à sa sortie Melle B et M. V devaient contacter le psychiatre de Cholet et la PMI pour un suivi à domicile, mais ils ne l'ont pas fait. Personne n'était au courant de leur sortie. Ce qui montre qu'en réalité M. V était contre toute prise en charge, contre toute introduction d'un tiers dans sa relation avec Melle B.

Ainsi, il est très difficile de savoir réellement où se situe l'échec. Nous pouvons juste essayer de repérer les « erreurs » probables afin qu'elles servent de leçon pour une prochaine situation, comme par exemple la prévention lors de la grossesse. Cependant Nous savons qu'il est beaucoup plus facile d'émettre des commentaires à posteriori, surtout dans une situation aussi compliquée...

Tout ceci montre les limites de nos actions.

## Conclusion

L'étude de la maternité nous montre qu'il s'agit pour toute femme, d'une période intégrative, faite à la fois de réactualisation et d'évolution : une crise. Nous avons pu montrer dans ce travail que la période qui entoure la naissance d'un bébé est contemporaine d'une vulnérabilité psychique particulière.

La qualité des échanges entre la mère et son enfant, conditionne la structuration de l'enfant et le mode de résolution de cette crise pour la mère.

Bien qu'étant rares, les manifestations « bruyantes » de la « phase d'état » des psychoses du post-partum, ne posent guère de problèmes de reconnaissance diagnostique. En revanche, les signes prodromiques décrits par certains auteurs, ne sont pas toujours présents et plus difficiles à repérer.

Cependant la psychose puerpérale est une maladie grave. La prise en charge passe obligatoirement par une hospitalisation. Mais, une fois installée, cette psychose peut-être très difficile voire impossible à traiter provoquant ainsi des troubles irréversibles chez la mère et l'enfant, comme nous l'avons vu chez Melle B. et Manon. La prévention prend alors une place primordiale. La sage-femme et le médecin jouent un rôle essentiel par leur position privilégiée auprès des femmes au cours de la maternité. Leur sensibilisation au problème est donc importante de même qu'une bonne collaboration entre le personnel psychiatrique et obstétrical.

Ainsi, la prise en charge de la grossesse par le médecin et la sage-femme doit se faire aussi bien sur un plan médical que psychologique afin d'assurer le meilleur avenir à la mère et son enfant.

# Bibliographie

## OUVRAGES

1. Bydlowsky M.

*La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*

Paris : puf, 1997. 205p.

2. Bydlowsky M.

La transparence psychique de la femme enceinte

In : Mazet P., Lebovici S.

*Psychiatrie périnatale*

Paris : puf, 1998. pp.101-110.

3. Bydlowsky M.

*Psychopathologie périnatale*

Paris : puf, 1998. 240p.

4. Dayan J. ; Andro G. ; Dugnat M.

*Psychopathologie de la périnatalité*

Paris : MASSON, 1999. 576p.

5. Dayan J.

Recherches thérapeutiques en psychiatrie périnatale : intérêt de la psychothérapie dans la prévention des psychoses puerpérales

In : Dayan J *Les portes du soin en psychiatrie*

Ramonville Saint-Agne : érès, 2002. pp.75-90.

6. Dayan J.

Filiations confuses et délires puerpéraux

In : Mazet P. ; Lebovici S.

*Psychiatrie périnatale*

Paris : Puf, 1998. pp. 349-364.

7. Dugnat M., M.-Th. Roure

Collaboration entre les psys et les équipes obstétricales

In : Mazet P., Lebovici S.

*Psychiatrie périnatale*

Paris : Puf, 1998. pp.247-260.

8. Duand B., Amzallag C.

Quinze ans de pratique d'hospitalisation conjointe mère-enfant

In : Mazet P. Lebovici S.

*Psychiatrie Périnatale*

Paris : Puf, 1998. pp.365-376.

9. Elliot SA. ;Henshaw CA.

*Manuel didactique Marcé : « Effets de la naissance sur les émotions »*

Paris : Société Marcé Francophone, 1<sup>ère</sup> édition française, 2005. 134p.

10. Guedeney A.

*Intervention psychologique en périnatalité*

Paris : MASSON, 2001. 272p.

11. Guillaumont C.

*Les troubles psychiques précoces du post-partum*

Ramonville Saint-Agne : érès, 2002. 120p.

12. Marcé LV.

*Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des Nourrices*

Paris : L'Harmattan, 2002. 390p.

13. Molénat F.

*Mères vulnérables, les maternités s'interrogent*

Paris: Stock, 1992. 356p.

14. Sutter AL.

*Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale*

Paris : puf, 1996. 128p.

15. Winnicott DW.

La préoccupation maternelle primaire

In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*

Paris : Payot, 1969. pp.285-291.

## **ARTICLES**

16. Blanchard E., Guillaume S., Philippe H.-J.

De la psychoprophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance.

Editions technique- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Obstétrique, 5-049-K-10, 1994, 7p.

17. Bertschen A., Charvet F.

Psychologie et psychopathologie de la maternité – psychoses puerpérales

Confrontations psychiatriques, n°16-1978, pp.83-124.

18. Darves-Bornoz J.-M., Gaillard P., Degiovanni A.

Psychiatrie et grossesse: la mère et l'enfant

Encycl. Méd. Chir., Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 2001, 7p.

29. Dayan J.

Considérations sur la « folie maternelle »

In : Le journal de la psychanalyse de l'enfant n°21 : Les parents

Bayard édition, 1997. pp.253-265.

20. Durand B.

Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum

La revue du praticien 2001, 51 pp. 1259-1263

21. Garret-Gloanec N.

Attachement et carences affectives précoces : points de repère chez le bébé

In :Colloque sur la carence affective

Conseil général de Loire-Atlantique, Juin 1998. pp.16-23.

22. Garret-Gloanec N.

Dispositif de psychiatrie périnatale et développement du réseau de prise en charge des troubles relationnels précoces mère-bébé.

Secteur I et II de psychiatrie infanto-juvénile

CHU Nantes : non publié, 2001. 21p.

23. Garret-Gloanec N.

Troubles précoces dans la relation parents-enfants ; déroulement normal et

Signes d'alerte

CHU Nantes, non publié, Août 2002. 14p.

24. Gregoire A.-J., Kumar R., Everitt B., Henderson A.-F., Studd J.-W.

Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression

Lancet, 1996 Apr6; 347 (9006): 918-9

25. Guyotat J.  
processus psychotique et filiation  
Confrontations Psychiatriques n°16-1978 pp.191-217
  
26. Heim A., Benassouli P., Heim N., Philippe H.-J.  
Troubles psychiatriques et grossesse.  
Editions Techniques- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France),  
Gynécologie /Obstétrique, 5-046-A-0, Psychiatrie, 37-660-A-10, 1995, 6p.
  
27. Lemperiere T., Rouillon F., Lepine J.-D.  
Troubles psychiques liés à la puerpéralité  
Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 37600-A10, 1984, 7p.
  
28. Petit L.  
Attachement  
In : Perturbations de la relation parents-enfants de 0 à 3 ans  
Livret documentaire MG Form, Juin 2003. pp.13-16.
  
29. Racamier P.-C.  
La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum  
Evolution psychiatrique, 1961, vol.26. pp.525-570.
  
30. Righetti-Veltana M., Manzano J., Salvador A  
Signes précurseurs de la psychopathologie du post-partum: une étude comparative.  
In : Psychologie médicale 1991, n°23, 2. pp.204-209.
  
31. Stewart D.-E., Klompenhouwer J.-L., Kendell R.-E., van Hulst A.-M.  
Prophylactic Lithium in Puerperal Psychosis  
Br. J. Psychiatry, 1991, 158, pp.393-397.

## **SITES INTERNETS**

32. <http://home.tiscali.be/frederic.staes3/psydsm4.htm>
33. [http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/cim10-c5.c\\_p0.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/cim10-c5.c_p0.html)
34. [www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf)
35. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro.htm>

## **MEMOIRES ET THESES**

36. Lasne G.  
Peut-on prévenir la dépression du post-partum?  
Nantes, école de sage-femme, mémoire 2002. 49p.
37. Lion M.  
Psychoses du post-partum ou l'impossibilité d'être mère  
Lille, Thèse de médecine, 1996
38. Roland J.  
La folie puerpérale...  
Dijon, Thèse de médecine, 2001
39. Stephan V.  
Schizophrénie et maternité  
Nantes, école de sage-femme, mémoire 2002. 142p.

# ANNEXES

## **Annexes 1 : Protocole de prise en charge des psychoses puerpérales élaboré par J. DAYAN, pédopsychiatre au CHU de Caen.**

### **1°) Dépistage systématique** (cf dossier obstétrical)

Parmi les items (cf dossier obstétrical)

Proposer systématiquement aux femmes :

- Recherche d'antécédents de traitement par psychotropes (hypnotiques, antidépresseurs, anxiolytiques, autres...).
- Recherche d'antécédents d'hospitalisation pour troubles dépressifs ou autres troubles (à faire préciser : antécédents de psychose puerpérale, de trouble mélancolique ou maniaque, autre trouble de l'humeur ou trouble délirant)

### **2°) Si positif**

*Grossesse :*

Prévoir une consultation avec le psychiatre référent en périnatalité:

- Au quatrième mois de grossesse,
- Quinze jours avant la date d'accouchement supposée

Si troubles bipolaires ou antécédents de dépression majeure (troubles unipolaires) sévère récidivante ou de dépression majeure en cours : envisager traitements par des régulateurs de l'humeur ou antidépresseurs.

*Après la naissance :*

- prévoir une consultation à J1 (par le psychiatre référent) si risque élevé, mise en place d'un traitement par régulateur de l'humeur (Lithium) et suivi psychiatrique quotidien durant les premiers jours du post-partum pour adaptation du traitement (mesure de la lithiémie au troisième jour) et soutien psychologique.

1. Recherche par le personnel soignant des signes précoces d'épisode maniaque ou mixte : insomnie sévère, bizarreries du comportement ou des propos, agitation. A distance, prévoir des visites à domicile trois fois durant les premiers quinze jours par l'équipe psychosociale, après contact avec le psychiatre de périnatalité.

2. En présence de signes de gravité :

Si absence d'agitation ou agitation très modérée : Hospitalisation dans le service de gynécologie obstétrique prescription de neuroleptiques à faibles doses, régulateurs de l'humeur plus entretiens psychiatriques quotidiens. Prévoir pour la sortie pendant quinze jours, une présence constante à domicile (travailleuse familiale plus puéricultrice, et/ou sage-femme plus famille) et consultation psychiatrique pour réunion de synthèse au milieu de la deuxième semaine.

Si agitation qui ne peut être calmée par entretien et psychotropes : organiser avec le psychiatre référent le transfert de la patiente en psychiatrie et les relations mère/bébé.

## **Annexes 2 : Liste des unités d'hospitalisation conjointes mère-enfant à temps plein (au moins 5 jours par semaine) en France (par ordre alphabétique).**

### **Albi (à la demande)**

Maryse SOULIE (chef de service :  
Pr C. ROSENTHAL)  
CHS Pierre-Jamet  
Fondation Bon-Sauveur d'Alby  
1, rue Lavazière, BP 94  
81003 Albi cedex  
Tél. 33 5 63 48 48 01 / fax 33 5 63 48 51 29  
E-mail : 81g01@bonsauveuralby.asso.fr

### **Besançon**

Sylvie NEZELOF (chef de service :  
Pr P. BIZOUARD)  
Service de psychiatrie infanto-juvénile  
Centre hospitalier universitaire Besançon  
2, place Saint-Jacques  
25000 Besançon  
Tél. 33 3 81 21 81 54 / fax 33 3 81 21 88 17  
E-mail : snezelof@chu-besancon.fr

### **Bordeaux**

Anne-Laure SUTTER  
Service universitaire de Psychiatrie  
(chef de service : Pr H. VERDOUX)  
Réseau de psychiatrie périnatale  
121, rue de la Béchade  
33076 Bordeaux cedex  
Tél. 33 5 56 56 17 82 / fax 33 5 56 56 17 68  
E-mail : alsutter@perrens.aquisante.fr

### **Créteil**

Blanche MASSARI et Charlotte PERDIGON  
(chef de service : Dr J. SARFATY)  
Unité médico-psychologique  
pour la Mère et l'Enfant,  
C.H.I.C., 40, avenue de Verdun  
94010 Créteil Cedex  
Tél. 33 1 45 17 51 20 / fax 33 1 45 17 51 22  
E-mail : charlotte.perdigon@chicreteil.fr  
jacques.sarfaty@chicreteil.fr

### **Le Vésinet**

Alain DEBOURG, Caroline MIGNOT  
(chef de service : Dr M. BLAZY)

### **Hôpital du Vésinet**

Service de soins en périnatalité  
72, avenue de la Princesse  
78110 Le Vésinet  
Tél. 33 1 30 15 83 91 / fax 33 1 30 15 83 80  
E-mail : drmicheline.blazy@hopital-levesinet.fr  
alain.debourg@hopital-levesinet.fr  
caroline.mignot@hopital-levesinet.fr

### **Lille**

Michel MARON (chef de service :  
Pr. M. GOODEMAND, en collaboration  
avec le Dr P. DELION)  
CHRU Lille  
Service hospitalo-universitaire de Psychiatrie  
6, rue du Pr-Laguesse  
59037 Lille Cedex  
Tél. 33 3 20 44 45 84 / fax 33 3 20 44 62 65  
E-mail : m-maron@chru-lille.fr

### **Lille 2 /addictologie**

Jean VIGNAU  
Service d'Addictologie  
Clinique de la Charité - CHRU Lille  
57, bd de Metz  
59037 Lille cedex  
Tél. 33 3 20 44 60 98 / fax 33 3 20 44 54 37  
E-mail : j-vignau@chru-lille.fr

### **Limoges**

Christine RAINELLI  
C.H. Esquirol, pavillon Bergouignan  
Unité mère-bébé  
15, rue du Dr-Marcland  
87025 Limoges cedex  
Tél. 33 5 55 43 11 00 / fax 33 5 55 43 11 11  
E-mail : chrainelli@wanadoo.fr

### **Fabienne SOUCHAUD**

Crèche thérapeutique C.H.S. Esquirol  
15, rue du Dr-Marcland  
87025 Limoges cedex  
Tél. 33 5 55 06 02 29 / fax 33 5 55 43 11 11  
E-mail : souchaud.fab@infonie.fr

**Lyon-Bron**

Nathalie ELBAZ-CUOQ (chef de service)  
C.H.S. Le Vinatier, clinique Jean-Delay  
95, boulevard Pinel  
69677 Bron  
Tél. 33 4 37 91 55 84 / fax 33 4 37 91 55 68  
E-mail : nathalie.elbaz-cuoq@ch-le-vinatier.fr

**Marseille** (plein temps sauf week-end)

François POINSO et David DAFONSECA  
Unité d'hospitalisation parents-enfants  
Hôpital Sainte-Marguerite  
270, bd Sainte-Marguerite  
13274 Marseille cedex 09  
Tél. 33 4 91 74 40 70 / fax 33 4 91 22 13 43  
E-mail : frval.poinso@wanadoo.fr

**Moulins** (à la demande)

Anne-Marie BLANCHOT et Pierre CROST  
Centre hospitalier de Moulins-Yzeure (CHMY)  
Service de Pédiatrie  
03006 Moulins  
tél. 33 4 70 35 76 69 ou 4 70 35 77 77  
E-mail : blanchot.jf@wanadoo.fr  
picrost@club-internet.fr

**Nantes** (plein temps sauf week-end)

Nicole GARRET-GLOANEC  
Centre nantais de la parentalité (CNP)  
CMP et HOME  
C.H.U., 27 Square La Pérouse  
44000 Nantes  
Tél. 33 2 40 08 79 65 / fax 33 2 40 08 79 69

**Montfavet**

Michel DUGNAT  
Unité de prévention et de traitement  
des troubles de la relation précoce  
Secteur 84 I 01  
Centre hospitalier de Montfavet  
84140 Montfavet  
Tél. 33 4 90 03 92 37 / fax 33 4 90 23 51 17  
E-mail : arip@wanadoo.fr  
upb@ch-montfavet.fr

**Montesson**

Véronique LAFONT, Leila BENALLAL, Jean-Luc  
COUCHOT (chef de service : Dr P. CHARDEAU)  
Institut Théophile-Roussel, Unité 107  
1 rue Philippe-Mithouard  
78360 Montesson  
Tél. 33 1 30 86 38 70 / fax 33 1 30 86 44 57

E-mail : v.lafont@th-roussel.fr  
couchotjl@telez.fr

**Paris**

Rafaële CAMMAS et Marie CHAMPION  
Unité d'hospitalisation mère-bébé La Pomme  
(rattachée au C.H.S. Maison-Blanche)  
4, rue Charles-Lauth  
75018 PARIS  
Tél. 33 1 40 37 50 96 / fax 33 1 40 37 29 86  
E-mail : rcammas@wanadoo.fr  
champion.marie@wanadoo.fr

**Poitiers** (plein temps, sauf week-end)

Jean-Jacques CHAVAGNAT, Agnès PAGET  
et Michel BERTHIER  
Centre hospitalier Henri-Laborit  
Pavillon Pierre-Janet, Unité mère-bébé  
BP 587, 86021 Poitiers cedex  
Tél. 33 5 49 44 58 77 / fax 33 5 49 44 58 74  
E-mail : umb@ch-poitiers.fr

**Strasbourg**

Marie-Agathe ZIMMERMANN  
et Bernard FISCHER  
CHU, Hôpital civil  
Clinique psychiatrique (chef de service :  
Pr. J.-M. DANION)  
1, place de l'Hôpital, BP426  
67092 STRASBOURG CEDEX  
Tél. 33 3 88 11 66 48 / fax 33 3 8 11 62 92  
E-mail : marie-agathe.zimmermann@chru-  
strasbourg.fr  
bernard.fischer@chru-strasbourg.fr

**Villejuif**

Odile CAZAS et Françoise DELAIN  
(chef de service : Pr. M. REYNAUD)  
Hôpital Paul-Brousse, service de Psychiatrie  
12, av. Paul-Vaillant-Couturier  
94804 Villejuif Cedex  
Tél. 33 1 45 59 38 44 / fax 33 1 45 59 34 24  
E-mail : odile.cazas@pbr.ap-hop-paris.fr

NOM : GIOVANNONI

PRENOM : CELIA

Titre de mémoire : Les psychoses du post-partum

La maternité : une période psychologique à risque

---

## Résumé

La maternité est une crise comparable à l'adolescence pour toute femme, dénommée « maternalité » par Racamier. La qualité des échanges entre la mère et l'enfant conditionne la structuration de l'enfant et le mode de résolution de cette crise pour la mère. Cependant lorsqu'il existe une fragilité psychique, les psychoses du post-partum peuvent « éclater ». Ces maladies sont rares mais graves aussi bien pour l'enfant que pour la mère. Elles nécessitent une hospitalisation dans une unité spécialisée avec un traitement médicamenteux pour la mère. Le lien mère-enfant doit être conservé tant que l'état de la mère le permet. Actuellement, certains auteurs mettent en avant l'existence de signes précurseurs (pendant la grossesse, l'accouchement et /ou le post-partum immédiat) de l'éclosion délirante. Ils émettent donc l'hypothèse d'une prévention du délire où la sage-femme et le médecin jouent un rôle primordial.

---

## Mots-clés

psychoses du post-partum

maternalité

attachement

prévention

prise en charge