

# **Les risques psycho-pathologiques de la femme enceinte**

## **La dépression maternelle atypique (DMP)**

**Un facteur étiologique de troubles  
du développement du jeune enfant**

**Dr. Monique Bydlowski**

# UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

- . 10 à 15% des accouchées sont atteintes de DMP dès la 6ème semaine de post partum (Cox, 1987-1989)
- . 25% des bébés exposés à la DMP sont à risque de troubles affectifs et cognitifs ultérieurs et d'inadaptation scolaire (Murray, 1996)
- . Soit, pour une Maternité de 2000 naissances, une prédiction annuelle de, au moins, 60 nouveau-nés à risque

# **Objectifs de la prise en charge des maternités problématiques**

- **Assurer la sécurité à la naissance en collaboration avec l'équipe médicale**
- **Dépistage des cas difficiles et à risque de dépression post natale**
- **Assurer un lien mère-bébé harmonieux**

## **Éléments théoriques**

- **La maternité est l'occasion d'un intense travail psychique. Les événements traumatiques du passé reviennent au préconscient**
- **Le travail de prévention et de soins est facilité par cette transparence psychique particulière de la femme pendant la grossesse**  
**Préoccupation maternelle primaire (D.Winnicott)**  
**dans les semaines qui suivent la naissance**

## **Avant la naissance**

**Les épisodes dépressifs prénatals sont rares**

**Le malaise clinique s'exprime surtout sur le mode médical**

- **somatisations vraies et plaintes diverses**
- **menace de prématurité, contractions utérines**
- **accident vasculaire, hypertension gravidique**
- **dystocie dynamique avec mise en danger vital de l'enfant**

**Ces signes médicaux font redouter une DMP ultérieure et imposent un travail de prévention**

## **La DMP s'installe à partir de la 5ème/ 6ème semaine du post partum**

**Les dépressions postnatales (DMP) avec  
leurs effets néfastes sur le développement  
de l'enfant sont souvent méconnues et repérées  
tard par le pédiatre devant les troubles  
fonctionnels du bébé : cris pleurs excessifs,  
troubles du sommeil...**

# **Le dépistage maternel de la DMP**

- **Les jeunes mères sont très réticentes à consulter**  
**Fatigue, ralentissement, difficultés à s'engager**  
**dans l'interaction, peur d'être « mauvaise mère »**  
**Hypervigilance et sur-stimulation du bébé**
- **Le tableau est typique à 6-8 semaines**
- **L'évolution est torpide et durable une année si**  
**l'environnement ne s'alarme pas**
- **Diagnostic assuré à 8 semaines grâce à l'échelle**  
**auto-questionnaire EPDS (J. Cox 1989)**

## **Comment comprendre l'effet négatif de la dépression maternelle sur le jeune enfant (I)**

- . Le malaise maternel retentit sur la fréquence et la qualité des interactions précoces entre la mère et le bébé**
- . L'empathie maternelle qui est nécessaire pour éprouver les états émotionnels du bébé est altérée. L'intersubjectivité peine à s'installer**



## **Comment comprendre l'effet négatif de la dépression maternelle sur le jeune enfant (II)**

- . E. Tronick a modélisé ce dysfonctionnement interactif (dans l'épreuve du « still face » 1984) :  
le retrait expérimental du bébé est analogue et illustratif du retrait clinique du bébé face à sa mère déprimée**
- . Des facteurs aggravants :
  - 1) Idéalisation de la naissance par les proches et non reconnaissance de la DMP**
  - 2) Précarité sociale, solitude, absence de famille et de compagnon**
  - 3) Prématurité, hospitalisation du bébé, antécédent de mort foetale, deuil non résolu****

## **Un travail de prévention**

**Il est plus facile de prévenir la survenue de la DMP pendant la grossesse que de la traiter après la naissance de l'enfant dont les troubles fonctionnels vont être au premier plan**

**N. Nanzer (2011) a montré l'efficacité préventive pendant la gestation de quatre entretiens psychanalytiques sur une population de femmes à risque de DMP**

# **Stratégies thérapeutiques de la DMP installée**

- . Le traitement est une urgence afin de prévenir les troubles fonctionnels et du développement ultérieur de l'enfant**
- . La difficulté réside dans la réticence des jeunes mères à consulter**
- . Le traitement par visites à domicile est mieux accepté (Appleby 2001 ; Conquy, Bydlowski et al. (1998))**
- . Ce traitement est nécessairement relationnel : psychothérapie mère-bébé visant à la requalification narcissique de la jeune mère**

# **Les accidents psychiques aigus**

## **La psychose puerpérale**

- . Accident rare et spectaculaire (1/4000 naissances)**
- . Survenue entre le 10ème jour et le 2ème mois post partum**
- . Confusion, agitation, insomnie et délire : tableau mélancolique (avec risque de suicide et d'infanticide) ou tableau maniaque**
- . Ce peut être une forme amplifiée du blues**
- . Pas de corrélation entre intensité clinique et pronostic**
- . Guérison simple si le lien avec le bébé est maintenu**
- . Traitement idéal : hospitalisation conjointe mère-bébé en Unité spécialisée**

## **Le cas particulier du blues**

- . Le blues du 3ème au 10ème jour post partum (B. Pitt, H. Kennerley, 1968)**
- . 80 % des accouchées**
- . Etat émotionnel particulier : alternance de larmes et de rires, sentiment d'élévation**
- . Travaux récents : corrélation du blues avec la régulation émotionnelle du nouveau-né et un meilleur ajustement maternel dans l'interaction à 3 mois. En conséquence, c'est l'absence de blues qui serait plutôt à référer à la pathologie**





Guido da  
Siena





Titien