

# PERINATALITE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES MATERNELS

**Professeur Catherine MASSOUBRE**

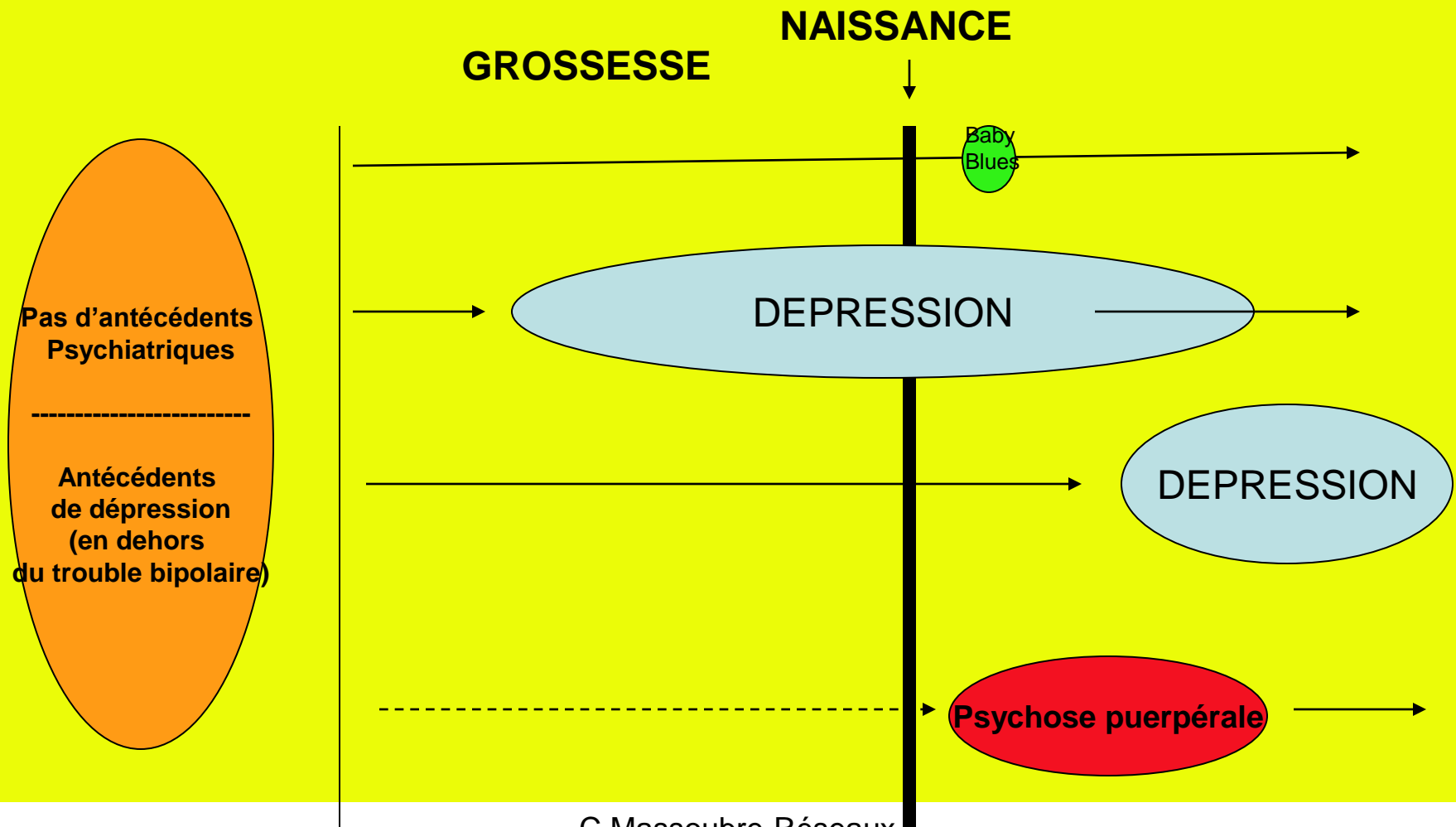
**Unité de Psychiatrie de Liaison et de Psychologie Clinique  
CHU de Saint-Etienne**

Journée des réseaux de santé en périnatalité Rhône-Alpes  
19 novembre 2010

# INTRODUCTION

- Grossesse et post-partum :
  - périodes d'intenses émotions
  - périodes à risque au plan psychique
- Nécessité de différencier les modifications émotionnelles de la grossesse et des suites de couches des symptômes révélateurs d'une pathologie psychiatrique

# Troubles psychiatriques chez la future mère et la mère



# Troubles de l'humeur : la dépression

- Dépression prénatale mineure : prévalence de 7 à 26% (surtout au 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres)
- Dépression prénatale majeure : prévalence entre 3,2% et 11,5%
  - **Au moins 5 des symptômes suivants (DSM-IV-TR) :**
    - **Presque tous les jours**
    - **Pendant au moins 15 jours**
  - **Humeur dépressive** pratiquement toute la journée,
  - **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités ou presque**
  - **Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (>5% en un mois)**
  - **Insomnie ou hypersomnie**
  - **Agitation ou ralentissement psycho-moteur**
  - **Fatigue ou perte d'énergie**
  - **Sentiment de dévalorisation de culpabilité excessive ou inappropriée**
  - **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision**
  - **Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes (avec ou sans plan précis pour se suicider)**

# Troubles de l'humeur

## Dépression prénatale majeure :

Les patientes sont soit effondrées soit irritables, certains se sentent agressives, d'autres vides et anéanties



**Attention à celles qui font « bonne figure » et qui gardent longtemps une façade en dissimulant leurs difficultés à leurs familles et à leurs proches**

# Dépression post-natale : une des plus fréquentes complications obstétricales

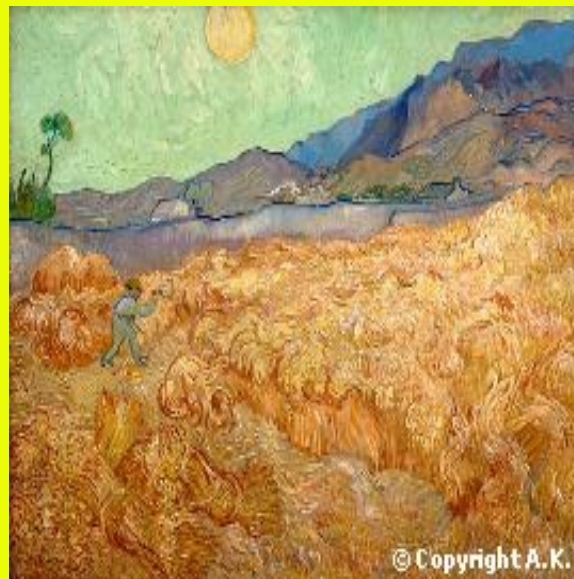
- Dans l'année qui suit la naissance : 10 à 15% des femmes
- Pour 60 % d'entre elles : 1<sup>er</sup> épisode
- Clinique :
  - dépression post-natale mineure (2/3),
  - dépression post-natale majeure (1/3)
  - Rarement : l'épisode dépressif avec caractéristiques psychotiques, un certain type de psychose puerpérale
- A 5 semaines risque X 3 à 5 (par rapport aux autres femmes)
- Risque de rechute dans les 5 ans X 2 (pour les épisodes survenant en dehors de la période périnatale) |

# La dépression : Facteurs de risque

- Antécédents personnels et familiaux d'épisodes dépressifs
- Conditions de vie difficiles : problèmes financiers, conjugaux ou relationnels, isolement social
- Personnalité anxieuse, perfectionniste, hyperréactivité émotionnelle
- Antécédents d'infertilité, de fausse couche, de mort in utero, complications somatiques pendant la grossesse

# Troubles de l'humeur : Le trouble bipolaire ou maladie maniaco-dépressive

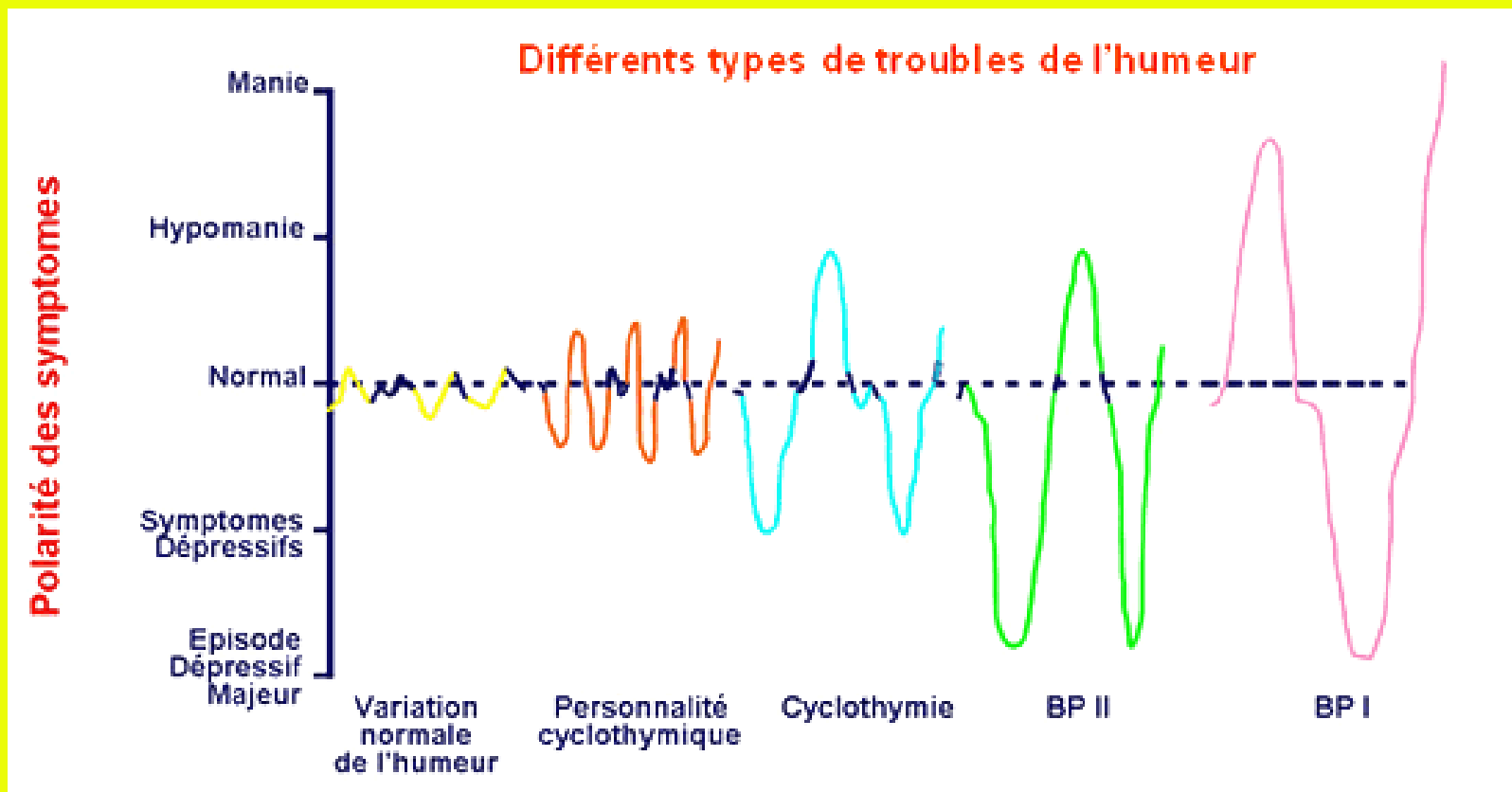
"J'y vis alors dans ce faucheur - vague figure qui lutte comme un diable en pleine chaleur pour venir au bout de sa besogne - J'y vis alors l'image de la mort, dans ce sens que l'humanité serait le blé qu'on fauche" (Van Gogh)





# Troubles de l'humeur : le trouble bipolaire (ou maladie maniaco-dépressive)

Schéma de l'American Psychiatric Association (APA)



# Troubles de l'humeur : le trouble bipolaire (ou maladie maniaco-dépressive)

## LA DEPRESSION

- Sans caractéristiques psychotiques (pas d'idées délirantes )
- Avec des caractéristiques psychotiques : idées délirantes de culpabilité, d'incurabilité, thèmes de filiation,... = **TROUBLE PSYCHOTIQUE AIGU pendant la grossesse / PSYCHOSE PUERPERALE après l'accouchement**

## LA MANIE (avec ou sans caractéristiques psychotiques)

Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante pendant au moins une semaine (ou moins si l'hospitalisation est nécessaire)

## L'HYPOMANIE

Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle pendant au moins 4 jours

## EPISEME MIXTE

# Troubles de l'humeur : le trouble bipolaire (ou maladie maniaco-dépressive)

## MANIE / HYPOMANIE :

Symptômes (au moins 3, 4 si l'humeur est irritable) :

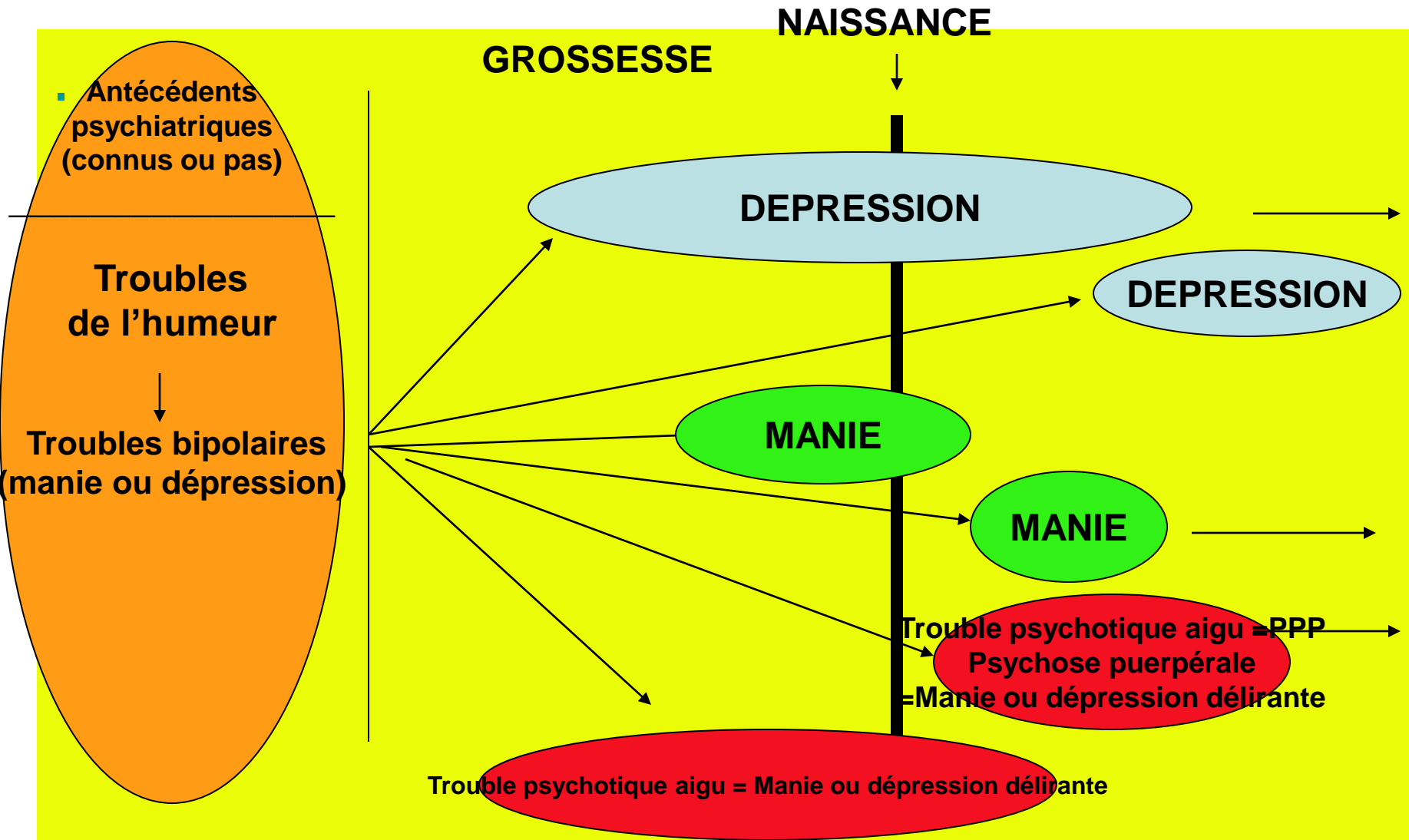
- Augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur, **idées délirantes associées ou non (caractéristiques psychotiques)**
- Réduction du besoin de sommeil
- Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment, desinhibition
- Fuite des idées
- Distractibilité
- Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice
- Engagement excessif dans des activités agréables , mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

# Différences entre la dépression en dehors du trouble bipolaire et dans le trouble bipolaire

## Trouble bipolaire

Age de début	Plus tardif	Plus précoce
Fréquence des épisodes	+	+++
Ralentissement	—	++
Symptômes psychotiques	—	++
Antécédents familiaux	Dépressions	Troubles bipolaires
Antécédents personnels	Dépressions	Manie, alcoolisme
Tr. Personnalité	—	++
Troubles du post-partum	—	++

# Troubles bipolaires



# **Pathologies aiguës : « Psychoses du post-partum » ou « psychoses puerpérales » (1)**

## **En général dans le registre des troubles de l'humeur de type bipolaire**

1 à 2 femmes pour 1000

- Début brutal après la naissance
- Tableau de manie ou dépressif ou mixte
- Idées délirantes (thèmes de filiation)
- Hallucinations
- Perception altérée de la réalité

# Pathologies aiguës : « Psychoses du post-partum » ou « psychoses puerpérales » (2)

## – Facteurs de risque :

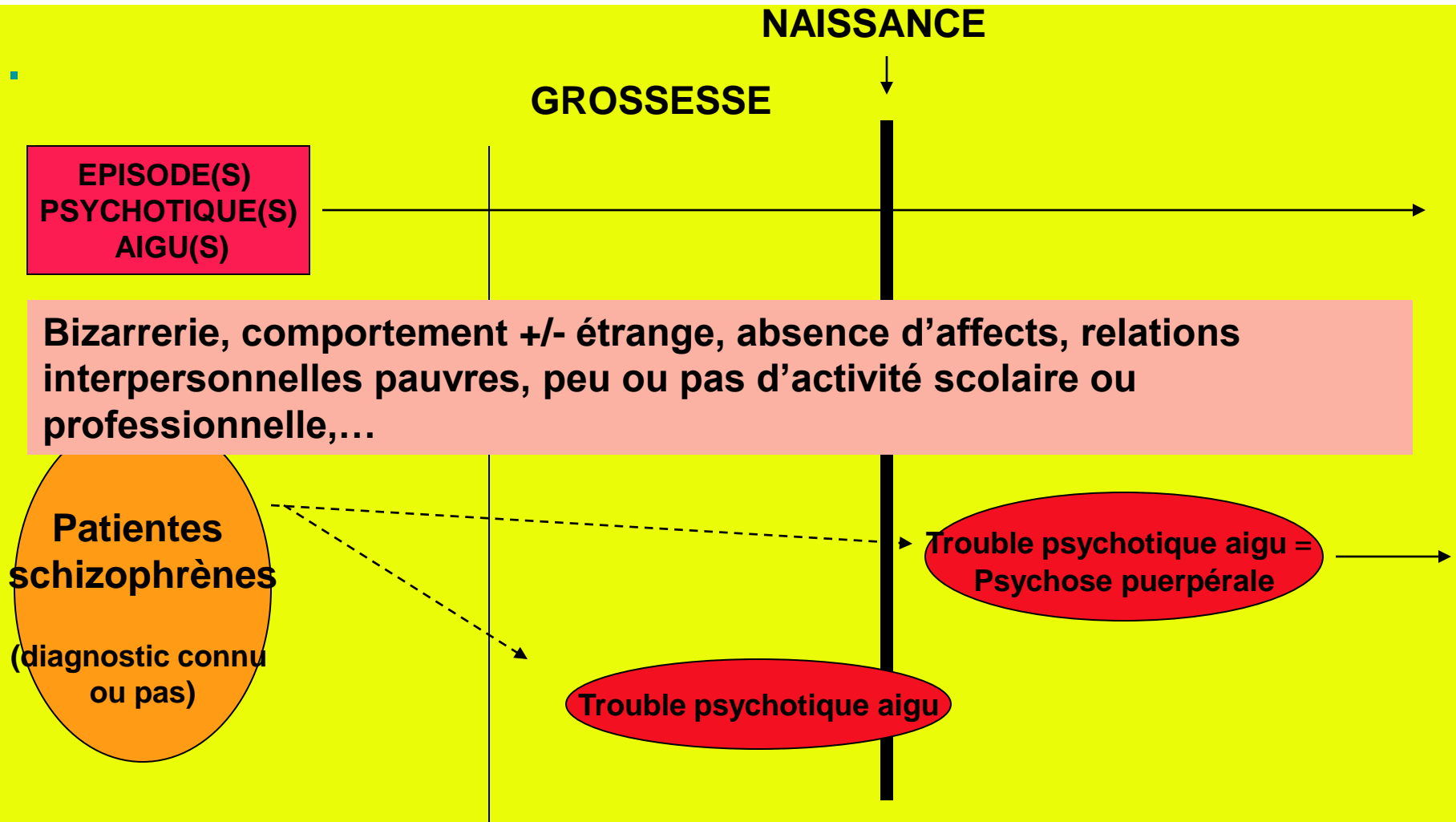
- Antécédents de trouble psychiatrique (thymique surtout) avant la grossesse ou au décours d'une précédente naissance
- Antécédents familiaux de troubles thymiques au 1<sup>er</sup> degré
- Autres facteurs moins spécifiques : césarienne, accouchement difficile (1<sup>ère</sup> naissance), âge avancé (1<sup>ère</sup> grossesse)

# Psychoses chroniques : Les schizophrénies

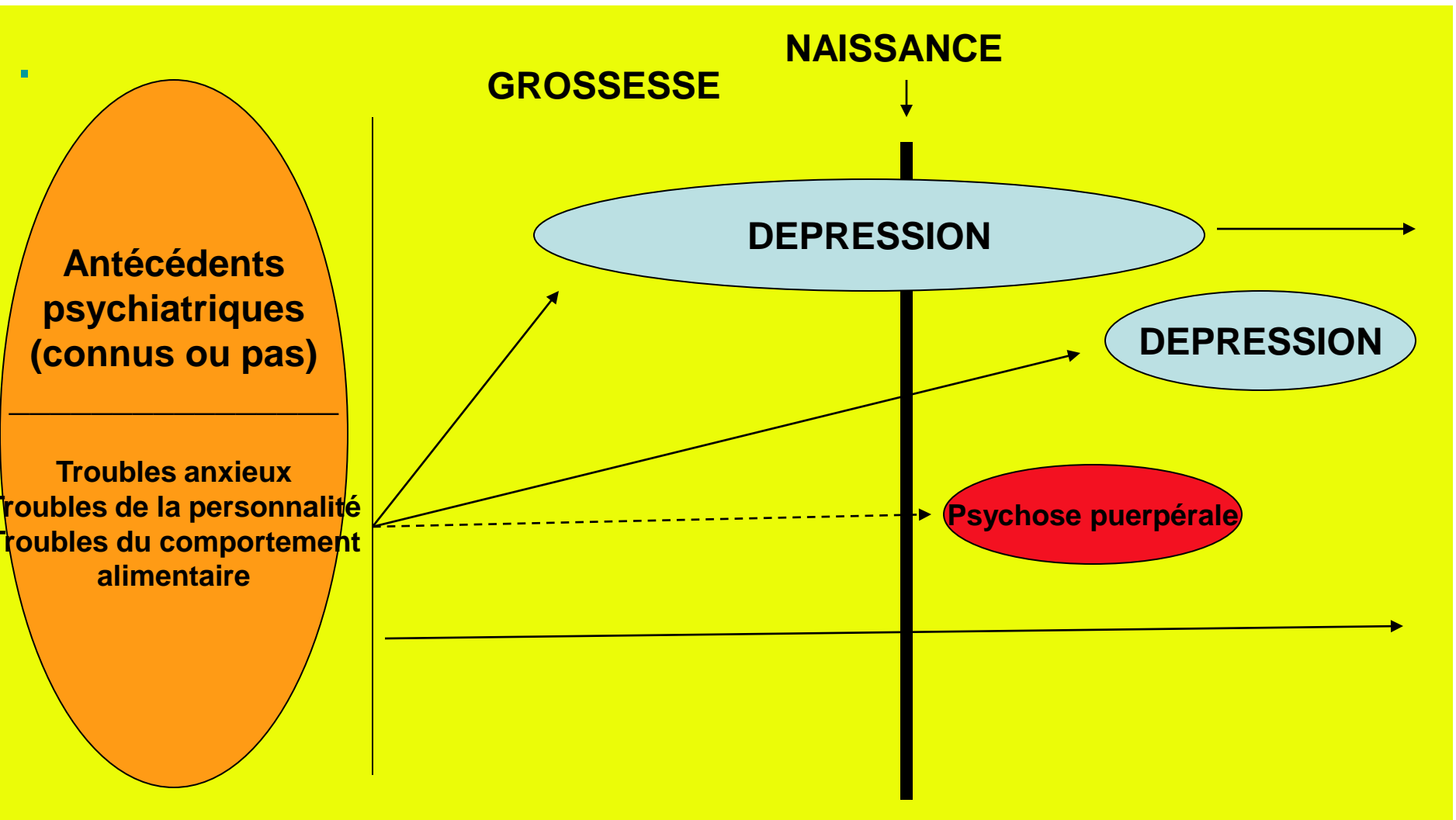
- La psychose chronique la plus fréquente : 1% de la population
- Facteurs génétiques : risque 10% si parent 1<sup>er</sup> degré, 40% si les 2 parents sont atteints
- La patiente ne reconnaît pas ses troubles (durée > 6 mois)
- **Symptômes positifs de la maladie** : Idées délirantes et/ou hallucinations
- **Symptômes de désorganisation** du discours et /ou du comportement (bizarrerie, étrangeté, ...)
- **Symptômes négatifs** : retrait social, perte de volonté, émoussement affectif, ...



# Les schizophrénies



# Autres troubles psychiatriques chez la future mère et la mère



# Effets sur l'enfant des troubles psychiques maternels postnataux (Sutter-Dallay, 2008)

- **En cas de dépression postnatale de la mère :**
  - selon la durée et l'intensité des symptômes, le faible statut socio-économique, la qualité du soutien conjugal, le sexe de l'enfant
  - Difficultés des mères à réagir aux signaux de l'enfant pourraient entraver les capacités de l'enfant à faire naître des liens cohérents entre les événements de son environnement et les affects qui s'y rattachent
- **Schizophrénies :** retentissement généralement plus important de par la chronicité de la maladie et les difficultés relationnelles qui en résultent

# Que faire ?

- Un dépistage le plus précoce possible
- Par qui ?
  - Sage-femme
  - Gynécologue
  - Médecin généraliste
  - Psychologue de la maternité

# Femmes schizophrènes

- **La maladie reste relativement stable pendant la grossesse, les épisodes aigus sont rares**
- **Adapter le traitement psychotrope à la situation de grossesse**
- **Evaluer le réseau familial et social de la patiente**
- **Développer avec la patiente un projet de prise en charge pour la période périnatale** en associant l'équipe de psychiatrie, l'équipe obstétricale et les pédiatres ainsi que les acteurs sociaux.
- **1<sup>ère</sup> approche des capacités de maternage** de la mère (et du père) selon les cas en maternité
- Indication d'hospitalisation en unité mère-bébé si possible
- Sinon hospitalisation en secteur psychiatrique

# Pronostic chez les femmes schizophrènes

- **Risque principal** (dû à la désinsertion sociale, la maladie elle-même) : manque de suivi médical menant à des grossesses non suivies ou très tardivement ou de façon irrégulière
- **Facteurs pronostiques majeurs** :
  - Place du soutien familial et social
  - Adhésion aux soins de la patiente
- **Pas d'aggravation de la pathologie en elle-même** , mais la présence de l'enfant nécessite des adaptations psychiques et dans la vie quotidienne telles que cela représente un facteur de décompensation (souvent assez tardivement dans les 9 mois après la naissance)

# Psychoses aiguës : « Psychoses du post-partum » ou « psychoses puerpérales »

- **PRISE EN CHARGE : URGENCE PSYCHIATRIQUE**
  - Risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif
  - Diagnostic précoce
  - Instauration rapide d'un traitement
  - Hospitalisation (à temps complet ou de jour) ou mieux unité mère-bébé
- **PRONOSTIC**
  - Bon pronostic immédiat : 6 à 8 semaines
  - Risque de rechute élevé
  - Convalescence 2 à 32 mois pour rémission complète
  - X 3 récurrence
  - X 9 de développer un trouble bipolaire

# Femmes dépressives

- Détection précoce et prise en charge rapide
- Dépressions sévères :
  - Une prescription médicamenteuse peut s'avérer indispensable
  - Hospitalisation parfois nécessaire (en cas de risque suicidaire important, risque somatique, isolement social )
  - Discuter une hospitalisation mère-bébé si possible
  - Avant la mise en route d'un traitement, toujours évaluer les antécédents personnels et familiaux (troubles de l'humeur)



**Prescription d'antidépresseurs  
chez les bipolaires....**



# Pronostic de la dépression

(Wisner 2000, Wisner 2001)

- ▶ **BON PRONOSTIC SI** traitement pendant la grossesse
- Sinon 1/3 des femmes encore souffrantes un an après la naissance, voire jusqu'à 2 ans après
- Risque X 1,5 après une autre naissance
- Risque X 6,4 sur 20 ans en dehors d'une grossesse

# Articulation avec les professionnels de santé mentale

- **Qui orienter ?**
- **A qui s'adresser en cas de crainte de trouble psychiatrique ?**
  - Médecin généraliste
  - Les CMP (centres médico-psychologiques) et les services de psychiatrie : équipes pluridisciplinaires
  - Les secteurs de pédopsychiatrie et les services de psychopathologie périnatale
  - Les praticiens libéraux
  - Les psychothérapeutes
  - Service d'Urgence psychiatrique (plus rarement)

# Unités mère-bébé

- En France, depuis les années 80
- Répartition hétérogène sur le territoire
- La majorité des unités est rattachée à la pédopsychiatrie
- Unités temps plein : 20 en fonctionnement
- Unités de jour
- ▶ ▶ Outil thérapeutique parmi les autres dispositifs de soin et de prévention

# Unités mère-père-bébé

- Objectif :
  - Offrir un temps et un lieu contenant pour la mère et le bébé
  - Impliquer le père autant que possible dans le projet thérapeutique
  - Le soin en UMB ne se conçoit qu'en relation avec les partenaires médicaux et sociaux
- Besoins
  - 1 lit pour 2000 naissances (Oates 1996)

# Unités mère-bébé : Indications

(Glangeaud-Freudenthal, Inserm U149, société Marcé, 2004)

**Dans 80% des cas**, la pathologie psychiatrique de la mère motive l'admission

**Pathologies psychiatriques sévères** : schizophrénie, psychoses du post-partum, troubles bipolaires avec ou sans éléments délirants, dépressions sans caractéristiques psychotiques, troubles de la personnalité

24% des femmes admises avaient souffert de maltraitance dans leur enfance et 14% victimes d'abus sexuels

En général l'état de santé de l'enfant à l'admission est bon

# Unités mère-bébé

Admissions précoces : 60% des bébés < 8 semaines

Durant l'hospitalisation, des signes de détresse ou de souffrance peuvent être détectés chez le bébé

Rarement (< 20% des admissions) : l'enfant ou la relation mère-bébé est le motif de l'admission

La dimension du couple peut être prise en compte (dans 29% des cas, le père n'est pas connu ou pas présent)

10% dépression du post-partum chez les pères ou autres problèmes en période périnatale (augmente avec la dépression post natale chez la mère)

# Unités mère-bébé

**Durée d'hospitalisation conjointe** : 11 semaines  
(UMB de France et de Belgique)

**Sortie dans 85% des cas** de la mère avec l'enfant

**Dans ¾ des cas** : la mère sort complètement  
asymptomatique ou très améliorée

**Dans 15% des cas** : **séparation de la mère et de  
l'enfant** :

- risque d'insécurité affective et/ou matérielle de l'enfant après la sortie de l'UMB
- le plus souvent cas de psychoses chroniques chez la mère

# Unités mère-bébé

## **Facteurs majeurs de risque de séparation :**

- Isolement socio-affectif de la dyade mère-bébé
- Instabilité du couple
- Pathologie psychiatrique connue du père
- Contexte socio-judiciaire lourd dès l'admission
- Antécédents de placement ou de maltraitance dans l'histoire maternelle



# Conclusion

- Intérêt de travailler avec la psychiatrie bien en amont de la naissance pour les mères déjà connues
- Nécessité pour la psychiatrie de mieux connaître les professionnels des réseaux de périnatalité
- Intérêt des unités mère-bébé pour les soins
  - des mères présentant une pathologie psychiatrique sévère
  - et de la relation initiale mère-bébé afin de favoriser un lien d'attachement de type sécure entre le bébé et sa mère