

# Grossesses et dépression

## Quelques repères pour les obstétriciens

Pr Pierre Boulot

Département de gynécologie-obstétrique

CHU Arnaud de Villeneuve,

Montpellier

- La fréquence de la dépression
- Sa reconnaissance par obstétriciens et sages-femmes
- La diversité des approches thérapeutiques
- Le maniement des psychotropes durant la grossesse
- Les effets néonataux des psychotropes
- Les modalités du suivi obstétrical
- La collaboration avec d'autres spécialistes

# La diversité des intervenants

- **Obstétriciens et sages-femmes**
- **Néonatalogistes**
- **Psychiatre**
- **Pédopsychiatre**
- **Psychologue**
- **Psychothérapeute**
- **Généraliste**
- **Acteurs du champ social**

# La diversité des approches thérapeutiques

- **Médicamenteuses**
  - Benzodiazépines
  - Thymo-régulateurs
  - Neuroleptiques
  - Hypnotiques
  - Antidépresseurs ( IMAO, IRS)
  - ECT
  - ...
- **Non médicamenteuses**
  - Psychothérapies
  - TCC
  - Psychanalyses
  - Interventions psycho-sociales

- **La grossesse n'exerce aucun effet protecteur vis à vis de la dépression**
- **Le postpartum = période à risque chez les femmes ayant développé une dépression durant la grossesse**

Luskin, et al, Can J Psychiatry, 2007. 52: p. 479-88.

# Troubles de l'humeur et grossesse

- **10 % des grossesses**
- 15 à 25 % des femmes enceintes avec anxiété importante ou dépression (*Ross et al, 2006, Lee et al, 2007, Figureido et al, 2011*)
- **Avec un fort taux de rechute:**
  - 1 patiente sur 2 ayant un TDM fera un EDM durant la grossesse (*Cohen, 2006*)
  - 50% des femmes ayant fait une dépression en post partum rechuteront lors d'une nouvelle grossesse
- **L'arrêt du traitement:** 68% de rechutes vs 26% s en anténatal chez des patientes présentant un TDM ayant interrompu le traitement (*Cohen, 2006*)

# Leur implication

- **Anxiété et dépression sont associées:**
  - À un isolement maternel et un moindre recours aux soins
  - à un pronostic périnatal moins favorable (*Mancuso et al, 2004; Marcus et al, 2009; Dunkel-Schetter et al, 2010 et 2011*)
    - *Risque de prématurité: OR 1.13 IC95 1.03-1.32, méta analyse Grote NK et al, Arch Gen Psychiatry, 2010*
    - *Pas ou très faible risque de RCIU: OR 1.03 IC95 0.99-1.08*
  - **Des impacts défavorables**
    - sur le fonctionnement familial
    - Sur le devenir cognitif, émotionnel, social et comportemental des enfants (*Dennis et al, 2007; Talge et al, 2007*)

# Reconnaître la dépression

- **Soit connue avant la conception**
  - collaborer avec les intervenants du champ psy
    - Connaître le psychiatre et ou le MG
    - En savoir plus sur la pathologie
    - En savoir plus sur l'opportunité de la grossesse
  - adapter les éventuels traitements psychotropes
  - Soutenir le projet de grossesse
  - Définir le parcours de soins avec la patiente, le couple, l'entourage



# Reconnaître la dépression anténatale

## Symptômes dépressifs

- Anhédonie
- Culpabilité
- Vision pessimiste du futur
- Idée suicidaire

## Symptômes somatiques de la grossesse

- Fatigue
- Trouble de l'appétit
- Hypersomnie

# Difficultés du diagnostic si non connue antérieurement

- **Ce qui attire l'attention**
  - trouble du sommeil ( insomnie, hypersomnie) et asthénie
  - des inquiétudes disproportionnées concernant la naissance et le bébé
  - Isolement/ à l'entourage
  - Crainte irraisonnée de l'accouchement, d'être mauvaise mère
  - Cauchemars, pensées de mort et suicidaires
  - Consultations répétées pour des motifs semblant peu importants
  - Ce que dit son conjoint
  - Une addiction (THC, alcool...)
- En contraste avec l'image qu'elle se font ( faisaient) de la grossesse forcément épanouissante....

# Connaître des facteurs de risques

- ATCD psychiatriques personnels et familiaux surtout de pathologie dépressive
- ATCD IVG
- ATCD périnataux traumatiques et parfois non soutenus, expliqués, repris...
- Difficultés sociales et/ou conjugales, violences
- Attitude négative ou ambivalente par rapport à la grossesse

# Mais comment dépister/reconnaître?

- **Utiliser des scores?**
  - EPDS ("Edinburgh Postnatal Depression Scale")
  - Des politiques de dépistage systématique et non ciblés ( USA, Australie), UK sous réserve d'évaluation
- **Il y a les entretiens prénatals** (France, Belgique...)
  - Mesure proposée systématiquement (non obligatoire)
  - pour la prévention, dépistage, information et orientation
  - Permet de repérer les femmes plus vulnérables
  - Leur proposer un parcours et aide ciblée
  - L'EPP est réalisé par des SF en France

[Accueil](#) > [France et psychisme](#) > [2005 - Législatif, réglementaire, rapports, discours officiels...](#) > [Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la \(...\)](#)

## **circulaire dhos/dgs/o2/6 c no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité - fiche 2 : améliorer l'intervention psychologique/psychiatrique**

mercredi 19 octobre 2005, par [Ministère de la Santé et des Solidarités](#)

# Le rôle particulier des SF

- **Final report Midwifery 2020 ( 2010)**
  - « identifies the midwife as key health professional to promote well being for women with uncomplicated pregnancies
  - « outlines a pivotal role for midwives in co-ordinating the journey through pregnancy for all women
  - The co-ordinating role ensures women are referred to other services when appropriate and that holistic care is provided to optimise each woman's birth experience regardless of risk factor
- **The CMACE report ( Lewis 2011)**
  - Recommends that midwives should be able to refer directly to psychiatry services to avoid women being lost in the system

# 3 axes prioritaires pour l'OMS

- 1- dépister le plus précocement avec des outils type questionnaires
- 2- Développer les compétences des professionnels pour conduire un entretien prénatal de dépistage
- 3- Développer des services de santé proposant une prise en charge appropriée des femmes en période périnatale

# Les traitements

- **Dépression légère:** psychothérapie(s)
- **Dépression moyenne:** discussion ATD/  
psychothérapie(s)
- **Dépression sévère et/ou récurrente:** ATD  
(rapport bénéfice/risque) et  
psychothérapie(s).



# Les psychotropes

- **Les réserves à leur utilisation sont liées :**
  - Aux peu de données en tératologie humaine,
  - Surtout pour les molécules récentes ou les associations
  - aux difficultés techniques d'apporter la preuve de l'innocuité d'un médicament,
  - aux contraintes juridiques d'obtention des AMM,

# Quelques règles générales

- **Placenta et seins ne sont pas des barrières**
- **Très peu de psychotropes sont tératogènes:**
  - lithium, ( Téralithe<sup>®</sup>)
  - acide valproïque (Dépakote<sup>®</sup>, Dépamide<sup>®</sup>)
  - carbamazépine ( Tégretol<sup>®</sup>)
  - Paroxétine et risque cardiaque
- **Mais tous ont des effets secondaires néonataux**
  - IRS, benzodiazépines, neuroleptiques
- **Prendre l'avis**
  - d'un centre de Pharmacovigilance
  - Du CRAT: 25 à 30 % des appels!



CRAT

# Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CRAT - Hôpital Armand-Trousseau - PARIS

Le CRAT

Le Site

Con

MEDICAMENTS

VACCINS

DEPENDANCES

PATHOLOGIES

IMAGERIE

EXPOSITIONS PATERNELLES

## Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT)

Service d'information sur les risques des médicaments, vaccins, radiations et dépendances, pendant :

- **la grossesse**
- **l'allaitement**

Le site du CRAT est destiné aux professionnels de santé.

Le financement du CRAT est exclusivement public et indépendant de l'industrie pharmaceutique.

ACCUEIL

RETOUR

IMPRIMER

## Quel antidépresseur choisir en cours de grossesse ou d'allaitement

Mise à jour : 25 avril 2012

### 1- Grossesse

- Si un antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine (IRS) est nécessaire, une des molécules suivantes peut être utilisée, quel que soit le terme de la grossesse : **fluoxétine** (Prozac®), **sertraline** (Zoloft®), **citalopram** (Seropram®) ou **escitalopram** (Seroplex®).
- **Paroxétine** Deroxat® : on préférera si possible l'utiliser au delà du 1er trimestre ([cliquez ici](#)).
- Parmi les antidépresseurs tricycliques, on choisira si possible la **clomipramine** (Anafranil®), l'**amitriptyline** (Laroxyl®) ou l'**imipramine** (Tofranil®).
- Si un antidépresseur IRS/Noradrénergique est nécessaire, on pourra utiliser la **venlafaxine** (Effexor®), quel que soit le terme de la grossesse.
- Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, la survenue éventuelle de troubles néonataux transitoires sera prise en compte lors de l'examen du nouveau-né (cf. la fiche individuelle de chaque antidépresseur).

Fermer

Imprimer

## Quel anxiolytique choisir en cours de grossesse

Mise à jour : 2 février 2012

Pour en savoir plus :

[Benzodiazépines et allaitement](#)

### EN PRATIQUE

- Quel que soit le terme de la grossesse, on choisira si possible :
  - Soit l'**oxazépam (Seresta®)** (benzodiazépine), soit l'**hydroxyzine (Atarax®)** (antiH1 sédatif).
  - En cas d'inefficacité des options précédentes, on pourra avoir recours à une autre benzodiazépine : **bromazépam (Lexomil®)**, **alprazolam (Xanax®)**, **diazépam (Valium®)**, **lorazépam (Temesta®)**, **prazépam (Lysanxia®)**, **nordazépam (Nordaz®)**, **clorazépatate (Tranxène®)** ou **clobazam (Urbanyl®)**.
  - Dans les troubles anxieux généralisés, on pourra utiliser un antidépresseur ([cliquez ici](#)).
- On choisira la dose efficace la plus faible possible. Cependant, « sous-doser » une patiente en raison de la grossesse est souvent une mauvaise approche. En effet, ceci risque de déséquilibrer la femme enceinte sans éviter systématiquement des effets indésirables potentiels chez l'enfant
- Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, la survenue éventuelle de troubles néonataux transitoires sera prise en compte lors de l'examen du nouveau-né (cf. "Etat des connaissances" ci-dessous).

Fermer

Imprimer

## Anxiolytiques et allaitement

Mise à jour : 1er décembre 2011

- L'anxiolytique de choix en cours d'allaitement est l'oxazépam (Séresta®), si possible dans la limite de 10 mg trois fois par jour ([cliquez ici](#)).
  - Chez les enfants allaités, on surveillera par précaution l'apparition de signes de sédation (sommeil prolongé, diminution de la succion, mauvaise prise de poids...).
- D'autres molécules peuvent être utilisées dans les troubles anxieux en cours d'allaitement, comme la paroxétine (Deroxat®) ([cliquez ici](#)) ou la sertraline (Zoloft®) ([cliquez ici](#)).
- En ce qui concerne les autres anxiolytiques : il est préférable de ne pas les utiliser en cours d'allaitement ou de ne pas allaiter si leur usage s'avère nécessaire.  
Il s'agit soit :
  - de benzodiazépines : clorazépate (Tranxène®) - bromazépam (Lexomil®) - lorazepam (Temesta®) - nordazépam (Lysanxia®) - diazépam (Valium®) - clonazépam (Rivotril®), etc.
  - ou d'anxiolytiques non benzodiazépines : hydroxyzine (Atarax®) - buspirone (Buspar®) - cyamémazine (Tercian®), etc. :
    - soit leur passage dans le lait n'est pas négligeable, avec parfois des effets indésirables signalés chez des enfants allaités,
    - soit leur passage dans le lait n'est pas évalué, et leurs caractéristiques pharmacologiques ne permettent pas d'écarter un risque pour l'enfant allaité.

# **Apport des centres de pharmacovigilance**

Montpellier, le 27 Juin 2012

Ref : DHB/MAT/FB  
TE : 120184  
AL : 120085  
N° courrier : 1206113

Copie au Dr [REDACTED], psychiatre.

Madame et chère consœur,

Nous vous remercions de nous avoir soumis le cas de votre patiente, Madame [REDACTED] née le 22/02/1986 et actuellement enceinte de **18 SA** (DDG: 09/03/2012).

La patiente à été traitée jusqu'à début avril soit environ jusqu'à **5 SA** par :

- ✓ **SEROPLEX® (escitalopram) 20mg : 1 cp/j**
- ✓ **STILNOX® (zolpidem) 10mg : 1 cp/j**
- ✓ **XANAX® (alprazolam) 0.25mg : 3 cp/j**

**Vous souhaitez savoir quel impact ce traitement a pu avoir sur le développement fœtal, s'il pouvait être repris pendant la grossesse en cas de besoin, et s'il est compatible avec l'allaitement.**



### **EN CONCLUSION :**

Il n'est pas documenté que l'ensemble de ces prises médicamenteuses augmente de façon significative le risque basal de malformations inhérent à toute grossesse.

Cependant, en raison de la prise d'un antidépresseur ISRS (SEROPLEX®) au 1<sup>er</sup> trimestre, une surveillance échographique centrée sur le cœur est recommandée par précaution. Notons que de façon générale, la substitution d'un traitement antidépresseur par un autre n'est pas recommandée entre 3 et 8 SA, période de formation du cœur.

**Ce traitement peut être repris pendant la grossesse si besoin, selon l'état de la patiente, en préférant si possible le SERESTA® au XANAX® et en évitant l'association au STILNOX®.**

**Une surveillance spécifique du nouveau-né devra alors être mise en place (cf. fiche).**

**Si la patiente souhaite allaiter, il sera donc préférable d'envisager une modification des traitements :**

**- Pour le SEROPLEX, les molécules de la classe des ISRS les plus compatibles sont le DEROXAT® (paroxétine) ou le ZOLOFT® (sertraline).**

**- Pour les benzodiazépines, l'allaitement est déconseillé. Elles sont très lipophiles et peu de données sont disponibles. Seul l'Oxazépam est envisageable au cas par cas, si la posologie est faible et en utilisation ponctuelle. Une alternative par l'ATARAX® peut être proposée à faible posologie, avec une surveillance de tout risque de sédation chez l'enfant.**

Madame et chère consœur,

Nous vous remercions de nous avoir soumis le cas de votre patiente, **Madame** [REDACTED] née le 26/02/1968 et actuellement enceinte de 11 SA+5j (DDG : 08/07/2012).

Cette patiente est traitée par **CYMBALTA® (duloxétine)**, traitement débuté antérieurement à la grossesse (posologie non précisée mais actuellement en diminution).

**Dans le cas de votre patiente**, actuellement à 11 SA, et selon l'affection pour laquelle elle est traitée, une alternative mieux évaluée au cours de la grossesse est à envisager, comme les antidépresseurs imipraminiques, type amitryptiline ou clomipramine, de même que les antidépresseurs de la classe des ISSR (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine), type sertraline ou paroxétine dans la perspective d'un allaitement maternel éventuel.

Dans tous les cas, une surveillance du nouveau-né est à prévoir en raison du risque de survenue de **manifestations néonatales** :

- Avec les ISSR : irritabilité, tremblements, hypotonie, pleurs persistants, difficultés de succion, troubles du sommeil. Un risque **d'hypertension pulmonaire persistante est également évoqué** De très rares cas de troubles hémorragiques ont été également signalés.

- Avec les imipraminiques : surveillance des fonctions digestives (difficulté de mise en route de l'alimentation, retard à l'émission du méconium et distension abdominale, respiratoires et neurologiques du nouveau-né.

Tableau III Traitements pharmacologiques de la dépression durant l'allaitement<sup>(18,24)</sup>

Médicaments	Passage dans le lait maternel (% dose maternelle ajustée selon le poids)	Utilisation
ISRS	<i>Faible à modéré (1-10%)</i>	<u>Première ligne de traitement</u> Prudence avec la fluoxétine car passage plus élevé (2-19%)
ADT	<i>Faible (&lt; 5%)</i>	<u>Deuxième ligne de traitement</u> en raison des nombreux effets indésirables et des interactions
Bupropion (Wellbutrin <sup>MD</sup> )	<i>Faible (&lt;2%)</i>	<u>Troisième ligne de traitement</u> car peu documenté
Mirtazapine (Remeron <sup>MD</sup> )	<i>Faible (&lt;2%)</i>	<u>Troisième ligne de traitement</u> car peu documenté
Trazodone (Désyrel <sup>MD</sup> )	<i>Faible (&lt;1%)</i>	<u>Troisième ligne de traitement</u> car peu documenté
Venlafaxine (Effexor <sup>MD</sup> )	<i>Modérée (5-10%)</i>	<u>Troisième ligne de traitement</u> car peu documenté

# Benzodiazépines

- Pas d'augmentation du risque malformatif ( doute sur les FLP: dont la fréquence serait légèrement augmentée)
- Effets pendants le grossesse
  - Diminution des MAF
  - Moindre variabilité du rythme cardiaque foetal
  - Réversibles à l'arrêt du traitement
    - Délai dépendant
      - » de la demi-vie du produit
      - » Du poids de l'enfant
      - » De sa masse adipeuse
    - Très longue pour le Rohypnol
    - Très courte pour le Seresta
- Benzodiazépine de choix: Séresta ++++, (  $\frac{1}{2}$  vie de 8h, pas de métabolites actifs)
  - éviter Lexomil, Tranxène, Valium, Xanax, Temesta, Lysanxia, Stilnox, Rivotril, Rohypnol...

# Benzodiazépines: effets chez le nouveau né

- **Signes d'imprégnation**
  - Hypotonie axiale
  - Troubles de la succion: mauvaise prise de poids
  - Signes réversibles mais pouvant durer de 1 à 3 semaines selon la demi-vie de la BZD
  - Si fortes doses avant la naissance: dépression respiratoire ou apnées possibles
- **Syndrome de sevrage néonatal**
  - Lors de traitements chroniques ou arrêtés brutalement quelques jours avant la naissance
    - Hyperexcitabilité
      - Agitation, trémulations
      - Délai d'apparition d'autant plus long que la demi-vie du produit est longue
- **Passent dans le lait**
- **CI allaitement ( moins pour le Séresta)**

# Les antidépresseurs

- **Tricycliques**

- Anafranil, Tofranil, Laroxyl

- Ancienneté
- Recul important
- Les moins utilisés

- **IRS**

- Sélectifs

- Séropram, Séroplex, Prozac, Deroxat, Zoloft,

- Non sélectifs

- Effexor, Norset

- Moins de recul mais les plus utilisés en France et au niveau international.



# Antidépresseurs

- **ATD imipraniques: Anafranil, Laroxyl, etc..**
  - **Effets atropiniques chez le nouveau-né**
    - **Iléus**
    - **retard au méconium**
    - **difficultés à téter,**
    - **hyper-excitabilité**

# IRS

- **Pas de risque de malformations en particulier cardiaques**
- **Risque d'imprégnation et de syndrome de sevrage,**
  - irritabilité, tremblements hypotonie, difficultés de succion, troubles du sommeil, pleurs constants
- **Séropram: Allaitement déconseillé car**
  - Concentration importante de cet IRS et de son métabolite ( desméthylcitalopram)
  - Effets secondaires: troubles du sommeil
  - Si la mère souhaite allaiter, du fait d'une demie-vie très longue, le Séropram devra être stoppé au moins 10 jours avant l'accouchement...
  - Privilégier alors deux autres IRS si la mère souhaite allaiter
    - Déroxat: passage très faible dans le lait
    - Zoloft

# HTAP chez les nouveaux nés exposés *in utero* aux IRS (BMJ, 2012)

- 1, 6 Million de Nouveaux nés
  - 11014 Nnés (0.7%) cave IRS en fin de grossesse
    - Risque significatif d'HTAP: **OR: 2.1**
  - 17053 Nnés (1.1%) avec IRS dès le début
    - Risque significatif d'HTAP: **OR: 1.4**
- Risque d'HTAP quelque soit l'IRS (*certraline, fluoxétine, citalopram, paroxétine*)

## Troubles du dvpt après exposition *in utero*

- Étude cas témoin
- Comparaison de 298 enfants autistes à 1507 témoins
- Plus de dispensation:
  - d'antidépresseurs ds l'année précédant la naissance chez les enfants autistes: **6.7% vs 3.3%**
  - d'IRS: 5.0% vs 2.3%
  - **RR 2.2** IC 95: 1.2 à 4.3
  - **RR à 3.5** IC 95:1.5-7.9) si exposition à T1 après ajustement des FR

# IRS et complications

- 228876 femmes enceintes ( gr uniques)
- 23280 avec IRS avant la grossesse
  - 75% n'en ont pas pris aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> T
  - 10.7% en ont pris durant toute la grossesse
- Durée moindre de la grossesse
  - **3.7 jours** si prise de 2 prescriptions à T2
  - **4.9 jours** si prise de 3 prescriptions à T2
- Risque de convulsions
  - Si prise à T2: OR: **2.8** IC95% 1.9-5.5
  - Si prise à T3: OR: **4.9** IC95% 2.6-9.5

# Traitements et dépression

- A ce jour: Pas de preuves de l'efficacité des IRS pour traiter la dépression de la grossesse
- D'autres prises en charges sont possibles:
  - Thérapie cognitive, psycho-dynamique, de soutien, de groupe, groupes de soutien, exercice régulier, aide nutritionnelle
  - Mettre des mots sur les changements, doutes et préoccupations des femmes enceintes peut aider à diminuer peur, stress et inquiétude
  - Aides socio-économiques pour surmonter sentiments de désespoir, isolement et impuissance

# IRS et grossesse

- N'envisager les IRS que lorsque les troubles:
  - résistent à des prises en charge non médicamenteuses
  - sont suffisamment invalidants pour justifier la prise d'un médicament

# Les points forts ( CRAT 2010)

- **Traiter efficacement une femme enceinte si elle le nécessite et après avoir envisagé les moyens non médicamenteux**
- **Ne pas arrêter brutalement un traitement dès la découverte d'une grossesse**
- **Pas de sous dosage thérapeutique**
- **Ne pas hésiter à augmenter les posologies**
- **Ne pas diminuer les posologies à l'approche de la naissance**
- **Choisir un médicament par classe ( ex: 1 seul neuroleptique et/ou 1 seul antidépresseur et /ou 1 seul anxiolytique)**
- **Avertir les équipes en maternités**



# **Le suivi des grossesses en cas de pathologies psychiatriques**

# Consultation préconceptionnelle

- Le principe tend à se généraliser
- À la demande du généraliste, du psychiatre, de la patiente ou de son entourage
- À l'identique de situations telles:
  - les mères diabétiques insulino-dépendantes
  - les cardiopathies maternelles
  - les pathologies auto-immunes
  - les thrombophilies...
- Réassurance
  - de la mère, du conjoint ..
  - et souvent des professionnels ( MG, psychiatre)

# Consultation pré-conceptionnelle

- **Adaptation du traitement voire modification**
  - Éviter les associations
- **Information du type de suivi**
  - obstétrical
  - échographique avec échographistes référents en médecine foetale
  - psychiatrique
  - et du rôle qu'auront les multiples intervenants ( pédiatres, SF, puer, pédo-psy..., PMI)
- **Ecrire des courriers détaillés**
  - Aux médecins
  - Et au couple+++

# Mais parfois découverte tardive

- Non reconnaissance par la mère de son état de grossesse
- Aménorrhée des traitements
- Mauvaise adhésion au suivi obstétrical
- Conditions socio-économiques avec moins d'accès aux soins

# Le suivi de la grossesse: les objectifs

- **1-établir le planning des cs: c'est une grossesse à risque**
  - Une cs par mois ou tous les 15 jours
  - l'entretien prénatal précoce
  - Le programme échographique
    - Vérifier l'absence de risque malformatif
    - Échographies spécialisées
    - Avis pharmacovigilance indispensable
  - Si addictions: programmer des aides
    - Tabac, sevrage ou substitution par gommes/patches
    - Alcool: tolérance zéro
    - Opiacés: substitution

# Le suivi de la grossesse: les objectifs

- **2- Évaluer le risque social**
  - Isolement familial, logement, père de l'enfant, ressources, tutelles....
- **3- Éviter une séparation mère-enfant du fait d'un syndrome de sevrage néonatal**
  - Rencontre avec les pédiatres vers 28-32 SA
  - Visite de la maternité et de l'unité d'hospitalisation des nouveau-nés (Unité kangourou) avec pédiatres et puéricultrices
  - Planification de la surveillance et des soins aux nouveau-nés
  - Envisager ou non l'allaitement et modifier alors certains IRS

# Le suivi de la grossesse: les objectifs

## 4-S'entourer de professionnels pour éviter la discontinuité

- Le MG référent, le psychiatre traitant, la PMI, le pédo-psychiatre, le pédiatre...
- Et communiquer avec eux ( tel, mails, courriers +++)
- Voire établir une concertation avant la naissance
  - Connaître mieux la pathologie et la patiente
  - Lutter contre les représentations négatives que peuvent avoir les soignants d'une telle parentalité
  - Ecrire clairement les CAT pour l'accouchement et les SDC dans le dossier obstétrical
- Dans les cas les plus complexes, faire émerger un « coordinateur » lorsqu'il y a plusieurs intervenants

# Le suivi de la grossesse: les objectifs

- **5-Anticiper le retour à la maison avec le maximum de sécurité**
  - Services de Protection Maternelle et Infantile ( SF, Puer...)
  - Médecin généraliste
  - Psychiatre traitant
- **Au mieux après concertation des intervenants en amont de la naissance**
  - Propositions expliquées aux parents
  - Transmises au bloc obstétrical et en SDC



# La consultation anténatale du pédiatre

- **Sur quels arguments?**
  - la prise de psychotropes et les Sd d'imprégnation et de sevrage
  - Les possibilités d'allaitement ou non
  - Préparer le séjour du bébé avec sa mère et éviter une séparation
- **Qui la propose?**
  - L'obstétricien et/ou la SF
- **Quand?**
  - Entre 28 et 32 SA
- **Quel pédiatre?**
  - Les néonatalogistes travaillant en maternité
  - Qui disposent de l'avis de la pharmaco-vigilance sur les psychotropes pris par la mère.
- **Quel lieu de naissance:**
  - Maternité : I , II ou III

# Dans certains cas

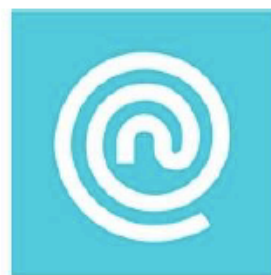
- Hospitalisation sur la sévérité de la dépression
  - En milieu psychiatrique ( dépression sévère et risque suicidaire...)
  - Rarement en service de grossesses à risques
  - Le choix dépend:
    - De la sévérité de la dépression
    - De la sécurité des équipes de maternité
    - Des places disponibles ( priorité aux pathologies type MAP, RCIU, RPM...)
    - De la mère

# La sortie de maternité

- Pas de sorties précoces
- Sortie après
  - évaluation de la relation parents-nouveau-né en post partum
  - Une fois les risques médicamenteux disparus pour le nouveau-né
- Anticipée par:
  - Le pédiatre de maternité, les sages-femmes et puéricultrices et le psychologue/pedopsychiatre travaillant en maternité
  - La PMI si besoin
  - Avec l'entourage
  - Avec le psychiatre et MG référents
- Contraception à proposer

Caractéristiques	Baby blues	Dépression post partum
Incidence	30 à 75 %	10 à 15 %
Chronologie	3 à 5 jours après accouchement	En général à 12 semaines
Durée	Une semaine	Plusieurs semaines, mois (si non traitée)
Antécédents perso Tr humeur	Pas d'association	Association forte
Antécédents fam Tr humeur	Pas d'association	Association forte
Humeur	Labile	Tristesse permanente
IDS	Non	Parfois
Sommeil perturbé	Parfois	Toujours

**FICHES TECHNIQUES  
GROSSESSE  
ET  
PSYCHOPATHOLOGIES**



**naître**  
en languedoc roussillon

## POURQUOI ABORDER LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES AVEC LES FEMMES ENCEINTES ?

- Répondre aux préoccupations de la patiente et de son entourage (conjoint, parents, professionnels de santé) pas toujours au fait des conséquences des psychotropes sur la grossesse, le nouveau-né, l'allaitement.
- **Éviter une modification intempestive voire un arrêt du traitement.**
- Dépister les éventuelles malformations inhérentes aux prises de médicaments périconceptionnelles et lors de la grossesse.
- Pouvoir anticiper auprès des parents la nécessité d'une articulation pluridisciplinaire afin :
  - -d'améliorer la prise en charge des mères pendant la grossesse ou après,
  - -de préparer l'accueil de l'enfant, sa prise en charge et son suivi,
  - -d'adapter le traitement au cours des dernières semaines de la grossesse

## QUAND L'ABORDER ?

- À chaque consultation prénatale.
- Au mieux en antéconceptionnel ou dès la première consultation et de toute façon lors de l'entretien prénatal précoce.
- Lors de chaque prescription de médicaments psychotropes.

## COMMENT L'ABORDER?

- Préciser les signes de souffrance psychologique : *Comment vous sentez-vous ? Comment dormez-vous ? Est-ce que cela vous est arrivé dans votre vie de prendre un tranquillisant ou un somnifère ? Qui vous l'a proposé en premier ? Qui vous l'a prescrit ? Depuis quand ?...*
- Recentrer sur la grossesse : *« Qui suit votre grossesse ? » « Que vous a-t-on dit des effets des médicaments sur la grossesse ? » « Avec quels professionnels en avez-vous parlé ? »...*

## ÉVALUER LA SITUATION GLOBALE ?

Dès qu'un élément inquiétant est présent, la situation globale est à considérer comme à risque et doit faire renforcer la concertation entre tous les acteurs concernés.

La présence d'éléments rassurants n'exclue pas une décompensation brutale nécessitant une activation rapide du réseau.

	Éléments rassurants	Éléments inquiétants
<b>Mode de prise des médicaments</b>	Traitement prescrit Bonne observance du traitement Prescription actuelle avec concertation pluridisciplinaire	<b>Automédication</b> <b>Prises compulsives ou abus</b> Prescription sans concertation pluridisciplinaire Arrêt du traitement toute seule Prise de médicaments tératogènes
<b>Suivi psychiatre, psychologue ou psychothérapeute</b>	Actuel	Inexistant Hospitalisation en psychiatrie récente ou pendant la grossesse Tentative de suicide récente
<b>Réseau de professionnels</b>	Existant et reliés	Inexistant ou cloisonné
<b>Problèmes sociaux ou familiaux</b>	Absents ou modérés Existence d'un référent	Importants Suivi morcelé
<b>Contexte obstétrical</b>	Découverte précoce de la grossesse Suivi régulier Pas de complication obstétricale	ATCD obstétricaux sévères Déni ou découverte tardive de la grossesse Suivi irrégulier Complications obstétricales
<b>Consommations associées</b>	Absence ou tabac exclusif	Alcool, cannabis ou autres drogues



## QUELLES REPONSES APPORTER LORS DU SUIVI DE LA GROSSESSE ?

	Si arrêt du traitement <i>Surveiller risque de décompensation</i>	Si traitement poursuivi ou introduit
Consultation pour un projet de grossesse	Consultation antéconceptionnelle si poursuite d'un psychotrope Aviser le médecin prescripteur si désir de grossesse ou arrêt contraception <i>Rester vigilant dans tous les cas</i>	
Attitude du consultant de la grossesse	A-t-elle arrêté toute seule? en accord avec son médecin prescripteur? Avis pharmacovigilance sur tératogénicité et conduite à tenir	Avis pharmacovigilance sur tératogénicité et choix des traitements les moins risqués pendant la grossesse et l'allaitement <b>Ne pas parler d'IMG ou d'IVG</b>
Lien avec le prescripteur du traitement psychotrope	Contacteur le médecin prescripteur (psychiatre ou médecin généraliste) pour avis sur l'indication de l'arrêt en informant la patiente	Ne pas arrêter les médicaments sans l'accord du médecin Proposer une réévaluation par un psychiatre Contacter le prescripteur en informant la patiente pour une attitude concertée
Suivi de grossesse	<b>A1*</b> = consultation(s) gynéco-obstétricien si suivi sage-femme ou médecin généraliste Revoir pour déterminer et adapter le type et le rythme du suivi Importance de l'Entretien Prénatal Précoce pour évaluer la situation globale Préparation à la naissance +++ individuelle ou collective Prescrire suivi complémentaire par sage-femme PMI, libérale (binôme souhaitable) Possibilité d'une hospitalisation courte et programmée en maternité	
	Consultation ou avis de l'équipe pédiatrique du lieu d'accouchement pour répondre aux questions suivantes: présence pédiatre en salle de naissance? hospitalisation du nouveau-né? Allaitement ? Synthèse à noter dans le dossier Préparer transmissions pour les équipes de la salle d'accouchement, des suites de couches et de pédiatrie avec les parents Anticiper une éventuelle décompensation : définir qui appeler en urgence	

## QUELLES REPOSES APPORTER LORS DU SUIVI DE LA GROSSESSE ?

<b>Echographies</b>	Echographie(s) avec un référent si médicament tératogène ou prise de toxiques	
<b>Travailleurs médico-sociaux</b>	Au cas par cas en fonction de la situation globale via assistante sociale de la maternité et/ou professionnels PMI en accord avec la patiente	
<b>Pédopsychiatre ou psychologue de maternité</b>	Consultation non systématique, au cas par cas, au titre de l'enfant à naître Avis psy auprès des professionnels Travail intensif pendant les hospitalisations, soutien des équipes	
<b>Accouchement</b>	Niveau 1.2.3 en fonction de la situation globale	Niveau 1.2.3 en fonction de l'avis pédiatrique et de la situation globale
<b>Allaitement</b>	Favorisé, attention si prévision reprise de traitement	A discuter au début 3ème trimestre avec les médecins de la pharmacovigilance et les pédiatres
<b>Nouveau-né</b>	Hospitalisation en néonatalogie si besoin	Hospitalisation en néonatalogie en fonction de l'avis pédiatrique
<b>Suites de couches</b>	Prévenir les professionnels référents de la patiente dont le psychiatre Soutien des relations précoces	
<b>Préparation de la sortie</b>	A organiser pendant la grossesse ou dès l'accouchement : prendre les rendez-vous Soutien +++ pendant les mois suivants avec le réseau de proximité (médicosocial, médecin traitant, psychiatre traitant, sage-femme, aide-ménagère...)	
<b>Suivi de l'enfant</b>	Pédiatre ou médecin formé au suivi du développement de l'enfant Suivi par puéricultrice de PMI recommandé	
<b>Suivi post partum de la mère</b>	Prescriptions par le médecin d'un suivi post partum à domicile par une sage-femme, Vigilance lors de la visite postnatale, rééducation périnéale par sage-femme à conseiller Contraception à la prescription de certains traitements	

## QUELLES REPONSES APPORTER DE LA PLACE DU PRESCRIPTEUR ?

Prescription d'un médicament psychotrope	Discuter systématiquement de l'éventualité d'une grossesse lors d'une primo prescription ou de toute demande d'arrêt du traitement chez les patientes en âge de procréer : préférer certains psychotropes si projet de grossesse dans l'année à venir.
Annonce d'une grossesse lors d'un suivi « psy »	S'enquérir auprès de la patiente si gynécologue+/-obstétricien (GO); sage-femme (SF) ou médecin généraliste (MG) est au courant du suivi psy en lui faisant préciser si elle a abordé la question du traitement Expliquer au couple l'intérêt des liens entre professionnels (GO, SF, MG, pédiatre...) au titre du suivi médical de la grossesse
Suivi psy stabilisé	Lien avec GO, SF, MG en début de grossesse puis sur signe(s) d'appel maternel(s) jusqu'aux 6 mois de l'enfant Orientation pédopsychiatre ou psychologue de maternité si nécessaire, au titre des angoisses de la grossesse et non de la psychopathologie
Hospitalisation pendant la grossesse ou en post partum pour décompensation « psy » (anxiété...)	Discuter de la nécessité d'une hospitalisation en maternité ou en psychiatrie en fonction de l'état de la patiente et des facteurs déclenchant retrouvés <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hospitalisation en maternité, avis psychiatrique et soutien des équipes, orientation pédopsychiatre si besoin</li> <li>• Si hospitalisation en psychiatrie, maintenir au maximum le suivi de grossesse (obstétrical, préparation à la naissance, visite maternité) et la place du MG</li> </ul> Anticiper le projet de sortie avec tous les partenaires et programmer les rendez-vous des premiers mois : définir un référent garant du suivi global
Suivi « psy » non stabilisé	Bilan psy en urgence - Voir fiche spécifique Bilan obstétrical si non fait
Consultation pour demande d'interruption de grossesse pour prise de psychotropes	Si demande d'interruption de grossesse : pas de décision précipitée et avis Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal Consultation voire hospitalisation en urgence et ne pas hésiter à réintroduire le traitement Personnaliser la prise de RDV avec le GO et/ou SF qui va permettre <ul style="list-style-type: none"> <li>- de rassurer sur l'effet des traitements avec avis pharmacovigilance en urgence</li> <li>- d'organiser une rencontre avec un pédiatre</li> <li>- d'évaluer l'indication d'une orientation pédopsychiatrique ou psychologue de maternité</li> </ul>
Prise de benzodiazépines	Préférer benzo à demi-vie courte (Seresta®) à posologie la plus basse possible. Si forte dépendance : avis de médecin addicto Si sevrage ambulatoire : très progressif et avec suivi médical rapproché Hospitalisation si nécessité de sevrage rapide ou mauvaise tolérance

## REMARQUES :

Le temps de coordination est primordial : il fait partie intégrante de la prise en charge.

Le professionnel référent est celui qui est choisi par la patiente ; elle lui confie à la fois sa grossesse et sa fragilité psychologique. C'est celui qui peut activer la fonction de coordination dans le réseau de prise en charge. Il doit s'assurer de la continuité du suivi de l'anté au postnatal.

# Le rôle des SF

- Revue de 32 revues et méta-analyses sur la prise en charge des troubles psychologiques maternels ( depuis 1999) qui pourrait être faite ou coordonnée par les SF
  - **En période anténatale**
    - *Dépistage par des scores* ( EPDS): Cochrane en 2008= pas de preuves
    - *Interventions pour traiter la dépression anténatale et l'anxiété*
      - Bénéfice d'interventions de psycho-éducation, relaxation, yoga, méditation en + des soins prénatals conventionnels,
      - Cochrane ( Dennis, 2007 et 2008, Beddoe 2008): un seul essai avec bénéfice d'une psychothérapie interpersonnelle

Alderlice F et al, Midwifery, 2012

# En post natal

- ***Dépistage des troubles psychologiques***
  - 4 essais retenus avec l'échelle EPDS à 6 ou 16 semaines après la naissance: pas de conclusion positive. ( hewitt, 2009, Matthey, 2004)
- ***Interventions pour la prévention de la dépression post partum: 15 essais, 7700 femmes***
  - Seul le soutien intensif à domicile les 6 semaines du post partum est efficace ( Armstrong, 1999, Cochrane by Dennis, 2004).
- ***Debriefing post natal***
  - Aucune conclusion définitive de 4 revues des essais
- ***Traitements de la dépression du post partum***
  - 8 revues de qualité très variables avec approches pharmacologiques, psychologiques, psychosociales, hormonales, TCC, acides gras oméga 3, exercice physique, régimes,: pas de conclusion définitive
- ***Parents training programmes***
  - Revue Cochrane 2003 ( Barlow et al, 26 études):résultats significatifs pour la dépression, le stress, l'anxiété, l'estime de soi, au moins à court terme