

Comprendre pour mieux prévenir le suicide maternel



La dépression et les troubles mentaux

18 novembre 2021

24èmes journées scientifiques, La Baule

Elise RIQUIN

MCU-PH Pédiopsychiatrie, CHU Angers

Période périnatale périnatalité

- La période périnatale (OMS)
 - = la période située entre la 28^{ème} semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance.
- Actuellement, le terme « périnatalité » couvre une période plus large
 - = tous les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale.

De
nombreuses
femmes
concernées
au cours de
leur vie...

En France,
90% des femmes auront au
moins un enfant au cours de
leur vie

Et plus encore seront « primi,
deuxième, troisième, etc » -
geste !



La grossesse...

- La grossesse et la naissance d'un enfant sont socialement admis comme des événements heureux...
- La période périnatale : longtemps considérée comme une période protectrice / suicide (Appleby, 1991 ; Marzuk, 1997)

Et pourtant...

- La grossesse : une période à haut risque psychiatrique
- Prévalence des « troubles psychiatriques » de 15 à 29%
 - Mais seules 5 à 14% des femmes reçoivent un traitement pour ces troubles
- Risque d'être **hospitalisée en milieu psychiatrique augmenté de 1,6** dans l'année qui suit une naissance
- **Le décès par suicide des femmes durant la grossesse et en post partum = une des premières causes de mortalité maternelle (ENCMM)**



- Les troubles psychiatriques = les pathologies les plus fréquentes durant la grossesse et le post-partum
- Des premiers épisodes : environ la moitié des épisodes psychiatriques de cette période sont des premiers épisodes
- Des décompensations d'une pathologie mentale préexistante
 - Si un trouble psychiatrique préexiste à la grossesse, le risque de rechute varie entre 30 et 70 % selon les troubles et leur évolution

Mais pourquoi une période si « risquée » ?

- Grossesse et mise au monde d'un enfant :
 - Une transition psychologique et sociale majeure
- Toute période de transition peut révéler des vulnérabilités personnelles
 - la grossesse et la naissance d'un enfant = des facteurs de stress potentiels

Kurtz Landy, Sword, & Ciliska, 2008 ; Lessick et al., 1992 ; Rogers, 1997

A close-up photograph of a person wearing a pink knitted beanie. The beanie has a unique pattern on top that resembles the folds and grooves of a human brain. A hand is visible on the right side, gently touching the top of the beanie. The background is a soft, out-of-focus grey. The text 'Cerveau et grossesse' is overlaid in white, centered horizontally, with a thin white underline beneath it.

Cerveau et grossesse

- Changements radicaux physiques et physiologiques sous le coup de changements endocriniens
- « Poussées » d'hormones stéroïdes sexuelles
 - Augmentation de la progestérone de 10 à 15 fois par rapport aux niveaux de la phase lutéale
 - Taux d'œstrogènes dépassant généralement l'exposition aux œstrogènes de toute la vie d'une femme non enceinte
- Hormones stéroïdes sexuelles : connues pour agir comme un important régulateur de la morphologie et du nombre des neurones.

Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure

Elseline Hoekzema^{1-3,8}, Erika Barba-Müller^{1,8}, Cristina Pozzobon⁴, Marisol Picado¹, Florencio Lucco⁴, David García-García⁵, Juan Carlos Soliva¹, Adolf Tobeña¹, Manuel Desco⁵, Eveline A Crone^{2,3}, Agustín Ballesteros⁴, Susanna Carmona^{1,5,6,9} & Oscar Vilarroya^{1,7,9}

IRM cérébrale avant et après grossesse

- 25 femmes enceintes de leur premier enfant et 19 hommes devenus pères pour la première fois
- Comparaison à 17 hommes et 20 femmes n'ayant jamais eu d'enfants



Et...?

- **Diminution de la matière grise**
- Dans les régions associées aux aptitudes sociales
 - perception et interprétation des désirs, des émotions, des intentions et de l'humeur d'autrui ou de soi-même.
- Rassurons nous, aucune conséquence sur les capacités cognitives de la mère



Et ça dure dans le temps !

- Réduction de matière grise maintenue chez les mères près de 2 ans après l'accouchement
- Seul l'hippocampe (mémoire) avait retrouvé le volume initial
- Mécanisme de spécialisation du cerveau, d'élagage synaptique



Une période risquée

- Mais, des troubles périnataux insuffisamment repérés et traités
 - Manque de connaissances sur les troubles, leurs facteurs de risque potentiels.
 - Défaut de repérage
 - Défaut d'adressage de ces femmes vers des spécialistes de la santé mentale
 - Défaut d'accès aux soins psychiques chez ces dernières
 - Associé à la culpabilité, honte, crainte du stigma...
 - Associé à la volonté de normalité « je suis une femme enceinte comme les autres »

Facteurs de risque de troubles psychiques

Facteurs de vulnérabilité psychologique

- Atcd psychiatriques personnels ou familiaux
- Atcd d'abus ou de maltraitance dans l'enfance

Facteurs psycho-sociaux

- Age jeune (adolescentes) / mère célibataire
- Difficultés conjugales / grossesse non désirée
- Vulnérabilité socio-économique / isolement

Facteurs gynéco-obstétriques

- Primiparité
- Découverte de malformation ou pathologie foetale
- Accouchement difficile / césarienne / prématurité

La dépression périnatale

Durant la grossesse

- Moins explorée dans la littérature

Taux de prévalence varient

- Selon l'intensité (Gaynes et al., 2005).
 - Episodes dépressifs majeurs et mineurs : 8,5 à 11%.
 - Episodes dépressifs majeurs seuls : de 3,1 à 4,9%
- Selon le trimestre de G (Benett et al., 2004)
 - T1 : 7,4%,
 - T2 : 12,8%
 - T3 : 12%

Que doit on repérer ?

- Dépression classique d'intensité légère
 - Début souvent insidieux, avec apparition d'une humeur triste, d'une asthénie, d'une irritabilité, mais également une péjoration de l'avenir et une mauvaise estime de soi
- Spécificité de cette dépression :
 - Inquiétudes par rapport à la grossesse, l'accouchement et la santé du nouveau-né
 - Préoccupations quant au devenir de l'enfant ou sur la capacité à devenir mère (Murray, 2003)
 - Parfois plaintes somatiques au premier plan

Attention à ne pas confondre avec « maux de la grossesse »
(troubles du sommeil, fatigue)

Quelle évolution ?

- Amendement avant la naissance
- 20 à 40% se prolongent ou récidivent durant le post-partum

Austin, 2003 ; Green, 1994 ; Sutter-Dallay, 2012

Et surtout !!

Dépression anténatale =

le plus fort prédicteur d'une dépression dans le post- partum

En post partum

Le Blues du post- partum

Syndrome anxio-dépressif banal / transitoire / sans gravité à J3

Etat adaptatif physiologique

Diagnostic :

Ce qu'on voit (signes positifs) = Labilité émotionnelle / hyperesthésie affective / pleurs

Mais surtout ce qu'on ne voit pas (signes négatifs) !

- **Pas de ralentissement psycho-moteur / pas d'idées délirantes**
- **Pas de phobie** (de blesser l'enfant) / **pas de conduites d'évitement**
- **Résolution spontanée en < 1S dans 90% des cas** : sinon remettre en cause le diagnostic +++

Normal oui, mais...

- Le blues sévère : un prédicteur d'un risque ultérieur de survenue d'autres désordres affectifs
- Lien entre l'intensité et/ou la durée du post-partum blues et l'apparition d'une dépression postnatale (Beck, 1996 ; Gotlib, 1991 ; Hannah, 1992...)
- Risque de **dépression postnatale 3 fois plus grand chez les femmes avec un blues sévère** en suites de couches (Henshaw et al.,2004)

Intensité,
durée, mais
aussi
présentation

- Parfois des formes cliniques sévères
 - Avec dépersonnalisation et exaltation de l'humeur, déréalisation ou bizarrerie
- Symptômes hypomaniaques (hyperesthésie, tachypsychie, irritabilité) dans les premiers jours suivant l'accouchement fréquents mais souvent non diagnostiqués
- Or, les femmes présentant principalement des **symptômes, nommés « highs »** (i.e. hauts, élévation de l'humeur) dans le post-partum précoce auraient un risque accru de présenter une dépression postnatale

Glover et al, 1994; Heron et al., 2005 ; Lane et al., 1997

La dépression post natale

- Début entre 4 à 6 semaines après l'accouchement (Gaynes et al., 2005).
- Deuxième pic d'incidence, plus rare, au cours du 2ème semestre après la naissance (Agbokou, 2011).
- Prévalence de 10 à 20%





Quelle clinique ?

- *Au niveau thymique* : **Tristesse, anxiété, irritabilité**
- *Au niveau cognitif* : **Troubles de la concentration** et de la **mémoire** (accentuent sentiment d'incapacité)
- *Au niveau somatique* : **Fatigue physique**, sentiment d'être débordée, **troubles du sommeil, plaintes somatiques** diverses, envahissantes, inhabituelles, **troubles de l'appétit, perte de la libido**
- *Au niveau psychologique* : **perte des intérêts, découragement, sentiment d'incapacité** et des **inquiétudes** centrées presque exclusivement sur les soins à donner au nourrisson (Robinson & Stewart, 2001).

- Un diagnostic difficile
 - Culpabilité « J'ai tout pour être heureuse »
 - Peu de verbalisation autour de ces affects
 - Atypicité
 - Des symptômes assez fréquents en post partum...

- Et des conséquences... fâcheuses....
 - Pour la mère ? Le suicide
 - Et pour l'enfant ?



Les interactions mère-enfant

- Impact sur la capacité maternelle à répondre aux stimulations de l'enfant tant sur le plan comportemental qu'affectif (Sutter-Dallay & Guedeney, 2010)
- Mères décrites comme moins sensibles et moins réceptives aux signaux de leurs enfants que les mères non déprimées (Cox, 1987 ; Field, 1990 ; Murray, 1996)
- Une mère déprimée met en moyenne deux fois plus de temps à répondre à une vocalisation de son bébé et y répond avec des phrases plus longues (Tissot, 2011).
- Plus de difficultés à s'engager dans l'interaction avec leur bébé, que cela soit par le regard, la voix ou les contacts corporels (Field, 1984).



« Les interactions avec l'environnement sont nécessaires au bon développement du cerveau »

- L'exposition précoce à la maltraitance/négligence affecte **le corps**
 - Troubles neurologiques, musculo squelettiques et cardio vasculaires et respiratoires, gastro intestinaux et métaboliques (Wegman et al. 2009)
- L'exposition précoce à la maltraitance/négligence affecte **le cerveau**
 - Davantage de pathologies psychiatriques à tous les âges (Puetz et al. 2016, Dovran et al. 2015, Bronsard et al. 2017)
 - Anxiété, troubles de l'humeur, trouble de la personnalité, accroissement du risque d'état de stress post traumatique tout au long de la vie (chez 1/3 des personnes concernées)

Les troubles de l'humeur

- Attention particulière aux femmes avec bipolarité
- Risque accru de décompensation en post partum
- Risque accru de suicide, inhérent à la pathologie

- Les points d'attention ?
 - Sommeil
 - Ritualisation
 - A penser dès la grossesse !
 - ANTICIPER !!

- Place du père++, dès les suites de couche
- Question de l'allaitement à discuter rapidement
- Traitement à réévaluer dès J1 du post partum
- Faire le lien avec le médecin et psychiatre traitant +++

Les troubles anxieux

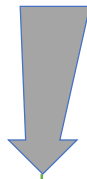
Fréquent durant la grossesse : 5-15%

- TOCS, phobie sociale, TAG...
- Surtout 1er trimestre : craintes pour l'enfant à venir, craintes du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, peur des responsabilités - appréhension de sa nouvelle rôle
- Aggravation fréquente et parfois très envahissants

Les troubles psychotiques

- Si préexistants :
 - Importance du suivi
 - Anticiper au maximum
 - Réévaluation des traitements durant la G
 - Faire le lien avec le psychiatre et le médecin traitant +++
- Si en post partum
 - Manifestations bruyantes dans les deux semaines du pp
 - Evolution fréquente vers bipolarité
 - Avis psychiatrique
 - Hospitalisation en secteur spécialisé, en expliquant les troubles +++

Accouchement



J3-J5

Blues du post partum
Durée = 1 semaine

Dépression du post partum
Durée > 15 j

Jusqu'à S8

Sortie de la maternité

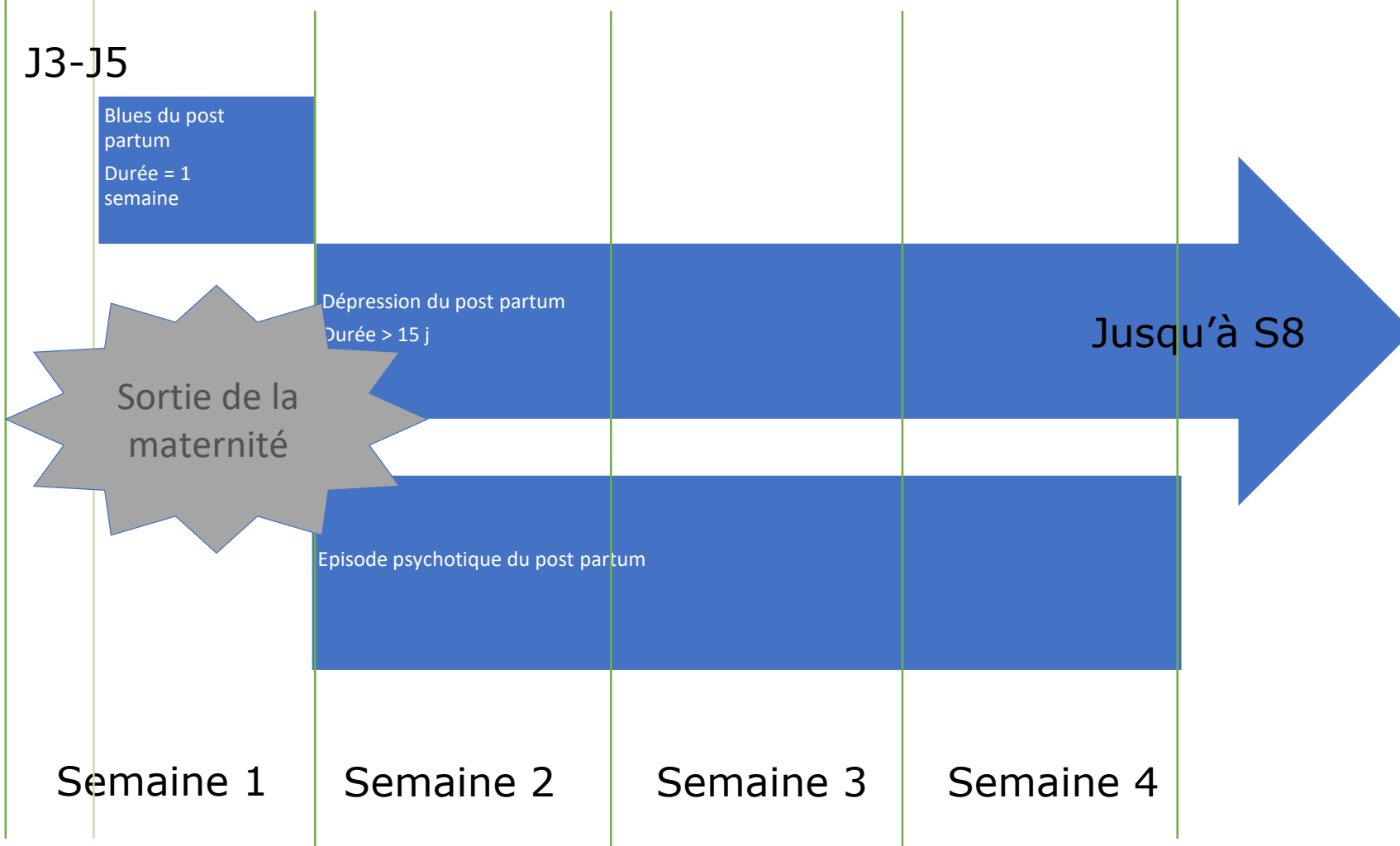
Episode psychotique du post partum

Semaine 1

Semaine 2

Semaine 3

Semaine 4



Pour conclure

- Intérêt de repérer les troubles et/ou les situations à risque très précocement et en SDC
 - avant l'arrivée des premiers symptômes idéalement
- Faire le diagnostic, nommer le trouble
- Mettre en place les actions nécessaires pour les traiter
- Contacter les personnes spécialisées pour avis, aide si nécessaire
- Faire le lien avec les acteurs déjà en place, organiser le réseau de soins autour de la famille
- Former et informer (les collègues et les patientes)
 - Pour permettre un dépistage systématique et tranquilisé, qui libérera davantage la parole
 - Pour éviter les refus de soins

Au moindre doute, on entoure et on s'entoure !

Merci de votre attention
