

# Les symptômes d'alerte

**Docteur MN Vacheron**

**Journée scientifique de l' ENCMM.**

Mortalité maternelle : mieux comprendre pour mieux  
prévenir

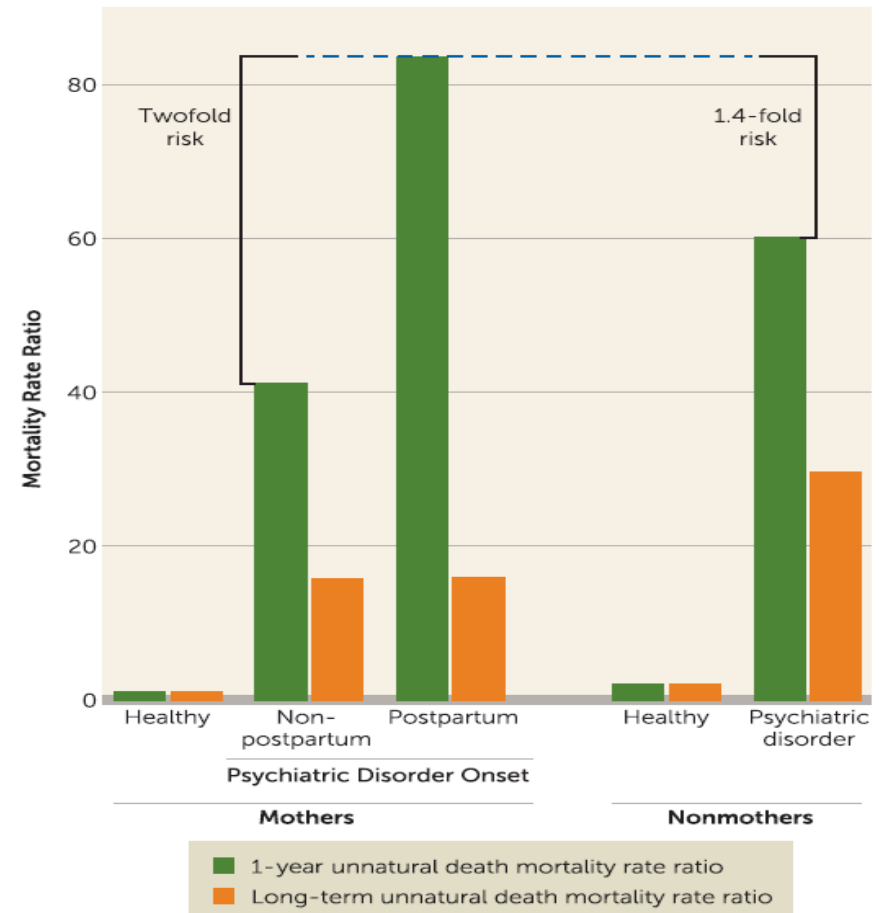
3 octobre 2019. Institut Mutualiste Montsouris



# Introduction

- Les complications obstétricales les plus fréquentes dans les pays industrialisés sont maintenant psychiatriques
- 20% des décès pendant la grossesse et le postpartum sont dus au suicide (1)
- Dans 5% des cas le suicide s'accompagne d'infanticide (3)
- Mais peu connaissent ces données ou se sentent aptes à y faire face.(2)

FIGURE 1. 1-Year and Long-Term Mortality Risk From Unnatural Causes (Suicide and Accidents) in Five Comparison Categories



(1) Khalifeh H, Hunt IM, Lancet Psychiatry 2016; 3. (2) Oates Br J Psychiatr 2003; 16  
(3) Moses-Kolko, Am J Psychiatry 173:6, June 2016

- Il est illusoire d'attendre suite de couches pour faire appel au Psy
  - Période trop courte pour une évaluation fine de la relation mère-bébé
  - Mère peut être apte à assurer les soins corporels au bébé : **conduites de maternage dites « opératoires »** :
    - pas d'engagement émotionnel ;
    - la mère ne sollicite pas son enfant pour des échanges de vocalises, de regards ou dans des jeux ;
    - les contacts se résument aux soins corporels, donnés en suivant scrupuleusement les règles de puériculture de façon mécanique, routinière et sans plaisir.
- Importance :
  - **En anténatal de rechercher points de vulnérabilité le plus tôt possible**
  - D'être à l'écoute de symptômes d'alerte
  - De travailler en **pluridisciplinarité**
  - D'avoir des temps d'échange pour les situations complexes

*Hoffman MC. Am J Psychiatry 2017, 174 : 3.*

# Plan

- Les points de vulnérabilité parentale à rechercher en anténatal
- Quels signes d'appel cliniques ?
- Quelle prévention ?

# MEMO : les points de vulnérabilité

Facteurs de risque suicide	
individuels	<ul style="list-style-type: none"><li>- Jeune âge</li><li>- Célibataire</li><li>- <b>ATCD familiaux et personnels troubles psychiatriques</b></li><li>- ATCD personnels et familiaux de passage à l'acte suicidaire</li><li>- Comorbidités psychiatriques</li><li>- <b>Récente décompensation psychiatrique</b></li><li>- points d'appels psychiatriques</li></ul>
Socio économiques	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conflit familial</li><li>- Violence intra familiale physique et psychique</li><li>- Absence de soutien social / familial/du partenaire</li><li>- Refus par le père de la grossesse</li></ul>
environnementaux	<ul style="list-style-type: none"><li>- Précarité sociale</li><li>- Situation migration : +++ langue et représentations culturelles</li><li>- Exposition à un désastre, à la guerre</li></ul>
gestationnels	<ul style="list-style-type: none"><li>- Grossesse non prévue, déniée, non désirée</li><li>- Nulliparité</li></ul>

# Les points de vulnérabilité parentale : les ATCD psychiatriques

- **A rechercher** lors de l'ouverture du dossier, lors des consultations mensuelles, ou lors de l'entretien prénatal précoce :
  - ATCD de dépression dans un contexte puerpéral ou non (1; 2)
  - ATCD de trouble bipolaire personnel et familial (3)
  - ATCD de psychose du post partum (4)
  - ATCD de maladie du spectre de la schizophrénie (5)
  - Un trouble de personnalité : façon de gérer ses angoisses, de se défendre contre les conflits psychiques, d'être dans la relation à l'autre (7)
  - ATCD de troubles anxieux (trouble panique, trouble anxieux généralisé...)

(1; 2) Gaillard A, *Psychiatry Res*, 2014; 215 : 341-6. Räsänen S, *BMJ Open* 2014; 14-4. (3) Di Florio, *Jama Psychiatry* 2013 70: (4) Wesseloo .*Am J Psychiatry* 2016; 173:117–127 (5) Munk Olsen *Arch Gen Psych* 2009: 66 (6) Ayers *Psychological Medicine* 2016, 46 (7) De Genna *Womens Health Issues*. 2012

# Grossesse et maladie mentale

- 1 femme schizophrène sur 5 sera hospitalisée au décours de l'accouchement. Risque maximal dans les 4 premières semaines (1)
- Environ 50 % des femmes atteintes de schizophrénie perdent la garde de leur enfant de façon temporaire ou définitive +++ si difficultés sociales, pathologie psychiatrique chronique invalidante et isolement social.
- Les femmes avec un trouble dépressif majeur ou un trouble bipolaire présentent un risque relatif de 23,3 d'être hospitalisées en psychiatrie /aux femmes sans pathologie psychiatrique, dans les 30 premiers jours post accouchement (1,2)

*(1)Vigod Acta Psychiatrica Scandinavica, 2016; (2)Mason Issues in Mental Health Nursing, 2007*

# Les points de vulnérabilité parentale :

## Les ATCD psychiatriques (2)

- **Addictions : tabac, cannabis, alcool ou autres, médicamenteuses**
- **Un traitement médicamenteux psychotrope.**
- **Un suivi spécialisé en cours ou récent**
- **Des antécédents éventuels d'hospitalisation en psychiatrie (2)**
- **ATCD traumatiques : abus sexuels, ATCD traumatiques familiaux (deuils non résolus, récents), ATCD obstétricaux lors de grossesses précédentes (1)**
- **Parcours fait de placements, de carences éducatives, de discontinuités , de ruptures, d'isolement ou de deuils dans un contexte de migration (2)**

Ces signes d'appel → **la nécessité d'une aide psychique adaptée.**

*(1) Ayers Psychological Medicine 2016, 46 . (2) Hoffman. Am J Psychiatry 2017, 174.*



# Pour résumer

- Pendant la grossesse

- Maladie psychiatrique en cours
- Traitement psychotrope en cours
- ATCD de dépression postpartum
- ATCD de psychose du postpartum
- ATCD de passage à l'acte suicidaire
- Addictions

**Avis  
psychiatrique/  
contact avec  
équipe psy  
référente**

Encore faut-il  
pouvoir avoir ces  
éléments en  
interrogatoire  
+++ sp indirects,  
entourage,  
médecin traitant

# Les points d'appel

- Complications psychiatriques plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse.
- La grande majorité des troubles mentaux du post-partum :
  - dans les 2 premiers mois après l'accouchement
  - voire même dans les 2 premières semaines.
- L'incidence de la parité sur le risque morbide est variable, mais il est fréquemment admis que la vulnérabilité de la primipare âgée est plus grande.

# Les points d'appel

- **Pendant la grossesse :**

- A partir **d'expressions symptomatiques de la future mère:**

- Une insomnie (1)
    - Une tristesse, des angoisses, des difficultés à communiquer, un retrait, une logorrhée anxieuse
    - Certains troubles somatiques qui durent : nausées, vomissements, asthénie; aboulie; céphalées; lombalgies; anorexie
    - Des crises de larmes itératives, un sentiment d'impuissance et d'incapacité, de honte, de culpabilité, redoublé par la crainte que ce malaise ne nuise au fœtus et/ou n'aboutisse à un avortement.
    - De véritables crises de panique ou d'obsessions avec peur de tuer l'enfant qui n'est pas encore né.

- **L'expression symptomatique de l'angoisse peut aussi prendre la forme de contractions utérines et/ou de menace d'accouchement prématuré.**

- Une intolérance au stress pendant la grossesse
    - Une narration difficile ou décousue, confuse, désorganisée
    - Une totale absence d'anticipation de la part de la mère « pas envie d'y penser pour l'instant...on verra bien quand il sera là »

# Les points d'appel

- **Pendant la grossesse :**

- **Chez le professionnel :**

- une sensation d'impuissance face à une situation,
    - d'angoisse du professionnel, d'étrangeté ou de malaise ressenti face à une patiente
    - l'envie de « fuir », de secouer la personne,
    - l'incapacité à penser la situation, l'ennui pendant l'intervention, l'impression d'être inutile,
    - le doute qui persiste tout au long des visites

**→orienter vers un avis psy**

- **En postnatal :**

- Symptômes qui durent au-delà de 7 jours :

- Insomnie
- manque de plaisir avec l'enfant, seuil de tolérance très faible à ses cris
- pas d'instinct maternel protecteur ou, au contraire, surprotection de l'enfant
- Sentiment d'étrangeté par rapport à l'enfant
- fatigue extrême et apathie
- crises de larmes
- irritabilité et explosions d'agressivité
- sentiment de vide intérieur
- sentiment d'impuissance, d'inutilité, de désespoir, de culpabilité, angoisse et forte tendance à s'inquiéter : difficultés à le confier
- pensées morbides et suicidaires
- crainte de faire quelque chose de mal en s'occupant du bébé

→ **évocation d'une dépression du post-partum**

- **En postnatal (2) :**

- Dans la semaine qui suit l'accouchement :

- Une insomnie progressive s'aggravant de cauchemars
- Des pleurs,
- Des plaintes somatiques (hypocondriaques),
- Une asthénie, une rumination anxieuse,
- Une agitation nocturne.
- Une confusion mentale s'installe progressivement avec doutes sur la naissance et sur l'intégrité corporelle (utérus en particuliers), ainsi que des fluctuations de l'état de conscience.
- S'ajoutent un désintérêt croissant pour l'enfant et un rejet progressif du contact physique avec celui-ci.
- Puis une activité délirante polymorphe mais essentiellement centrée sur la grossesse (déli) ou sur l'enfant (thème d'enfantement, négation de l'enfant, filiation extraordinaire, etc.)

**→ évocation d'une psychose du post-partum**

- **En postnatal**

- **souvent dans les 6 mois de l'accouchement :**

- 1,5 à 3 % des parturientes à 6 mois de l'accouchement.
    - Les femmes peuvent subjectivement vivre leur accouchement comme une menace vitale pour elle-même ou pour leur enfant, associé à des **émotions négatives de peur intense et de perte de contrôle**.
    - flash-back (souvenirs intrusifs),
    - évitement des situations ayant un rapport avec l'accouchement traumatique
    - hypervigilance émotionnelle.
    - Une comorbidité dépressive est fréquente en post-partum (44,5 % à un mois et 43 % à 4 mois).

**→ évocation d'un syndrome de stress post traumatique du post-partum**

- **Difficultés dans le repérage :**

- Symptomatologie souvent d'apparition brutale
- ou d'aggravation rapide
- Sortie rapide de la maternité
- Entourage faussement rassurant
- Professionnels peu formés
- Angoisse de la situation

- **En cas de doute :**

- Ne pas hésiter à rechercher :
  - Des idées suicidaires
  - Un plan suicidaire
  - Interroger sur l'environnement
  - Prise de toxiques associée, de médicaments psychotropes
  - Moyens létaux à disposition
  - ATCD de passages à l'acte suicidaire
  - Facteurs de protection éventuels : capacité à demander de l'aide
- Travailler en équipe, partager situation.



**Avis en urgence auprès d'un psychiatre périnatal**



# Conclusion

- Le suicide périnatal demeure un problème de santé publique **potentiellement évitable** et un **évènement dévastateur** pour les familles quand il se produit.
- Les femmes ont des contacts fréquents avec les soins pendant toute la grossesse et en postpartum ce qui représente **une opportunité pour le dépistage et la prévention**
- Une meilleure connaissance **des facteurs de risque** par les professionnels impliqués dans le suivi permettra d'éviter les passages à l'acte

## « Ecouter les femmes enceintes »

- Les troubles psychiques de la grossesse sont très souvent corrélés à des **facteurs psychoaffectifs et/ou dépendants de conditions obstétricales** actuelles ou anciennes.
- Il est important que les sages-femmes et les obstétriciens soient sensibilisés à ces questions et puissent les prendre en charge **en première intention. Une écoute attentive**, par l'obstétricien, des angoisses de la femme enceinte peut dénouer nombre de troubles anxieux de la grossesse.
- Les psychiatres doivent, en plus d'une éventuelle **intervention directe**, pouvoir assurer un **travail indirect** avec les équipes d'obstétrique.