

Une consultation préconceptionnelle et prénatale conjointe psychiatre/pédopsychiatre

Dr. Romain DUGRAVIER, Pédopsychiatre

Dr. Marie-Noëlle VACHERON, Psychiatre

Hôpital Sainte-Anne - Paris (75)

État des connaissances

- Encore très variable avec des choix thérapeutiques intempestifs
- Connaissance **hétérogène** des psychiatres de la gravité des pathologies psychiatriques du péri-partum
 - Pour la mère
 - Pour le couple
 - Pour l'enfant
- L'exemple des dépressions périnatales: mieux connu mais pourtant
 - Insuffisamment dépistées par les sage-femmes (*Higgins and col 2018; Bayrampour 2018*)
 - Insuffisamment orientées vers des prises en charges spécialisées psychiatriques
 - Sous-diagnostiquées y compris par les psychiatres
 - PEC pas toujours adéquates faute
 - de moyens et de temps
 - de connaissance des dispositifs

Dépressions périnatales occurrences PubMed	1950-2002	2002-2018
Postnatal depression	389	2469
Prenatal depression	12	270
Postnatal depression fathers	13	140

Grossesses et troubles psychiatriques : situation à haut risque

- Pour la mère
- Pour l'enfant
- Pour la famille

↗ grossesses non planifiées
Complications obstétricales (2,3)
Complications psychiatriques
Complications somatiques (4)
Majoration des addictions

Troubles de l'attachement
Négligence, maltraitance
Séparations précoces (5,6,7)

Conflits (8)
Séparations
Précarisation

(2) Boukakiou Archs Womens Ment Health 2018 (3) Jablensky. Am J Psychiatry 2005 (4) Stanley Aust J Prim Health 2012. (5) Henriksson Schizoph Res 2004 (6) Hans Schizophr bull 2004 (7) Cès A, Archs womens Ment Health 2018 (8) Schranck Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015

La période périnatale

- Risques les plus importants -> pas tant la pathologie en soi que la **récurrence + facteurs de comorbidité**: monoparentalité, conflits familiaux, pauvreté,...
- Effets déstabilisateurs et exigences liés à la maternité peuvent => émergence ou aggravation d'une psychopathologie
- Mais aussi :
 - Le fait de devoir s'occuper des enfants -> une source de mobilisation chez les mères
 - Diminution de capacités à exercer le rôle maternel ≠incompétence
 - Difficultés à assurer les tâches de la vie quotidienne (planification et organisation) peuvent être temporaires
 - Forces, facteurs de résilience chez les mères, les enfants et l'entourage sont des vecteurs d'amélioration

Origines de la CICO

- Découverte tardive de grossesses
 - Des soins considérés comme urgents
 - Santé mentale maternelle
 - Suivi obstétrical
 - Des soins dans l'après-coup
 - Un suivi pédopsychiatrique
 - L'accompagnement d'une parentalité atypique/particulière
 - Avec des services priorisant l'enfant versus services priorisant mères
 - Avec des services adultes privilégiant souvent la stabilisation de la mère sans tenir compte de leur rôle maternel
 - Des questionnements récurrents entre soin et protection de l'enfance
- Une consultation conjointe psychiatre/pédopsychiatre prénatale ou préconceptionnelle

La consultation CICO : *information, conseils et orientation*

- Pour les femmes suivies pour maladie mentale :
 - Avec un désir d'enfant et/ou un projet de grossesse (++PMA)
 - Enceintes : réévaluation de la prise en charge, conseils pour préparer l'arrivée de l'enfant (réseau avec la pédo-psy, la PMI, les unités mère-enfant...).
- Consultation non sectorisée pédo psy-psy adulte, à la demande d'un médecin
- Evaluation de :
 - La capacité des femmes à reconnaître leurs troubles, les signes de rechute, leur demande de soin et de soutien → **indicateur important de leurs aptitudes à appréhender les besoins propres de l'enfant (≈plan de crise des anglo-saxons)**
 - La pathologie psychiatrique, **les traitements en cours** (*Drug Ther Bull 2017*)
 - Le désir d'enfant pour la femme et dans le couple
 - L'étayage familial et social
 - La prise en charge psychiatrique existante ou à prévoir
 - Le partenariat avec maternités et les PMI
- Compte –rendu à l'issue de la consultation
- Possibilité de revoir la femme/le couple en cours de grossesse ou en postpartum

Intérêts/limites de la CICO

Intérêts

- Une réponse à un besoin clinique négligé
- En fonction de l'évaluation, mise en place un réseau de soins multidisciplinaire :
 - Afin d'aider ces femmes à gérer leur pathologie mentale
 - en les soutenant dans l'établissement du lien avec leur bébé
 - en étant attentif au développement de leur enfant.
- Objectifs :
 - S'assurer de la prise en charge somatique de ces grossesses à haut risque
 - Favoriser une continuité des suivis psychiatriques entre pré et postnatal
 - Permettre dans certains cas de préparer un placement dans des conditions les meilleures possibles en dehors de l'urgence

Limites

- La CICO n'est pas une consultation de suivi
- Si orientation par une région ou un territoire éloigné mal **connu** par nos services, sur qui s'appuyer ?
- A moyens constants donc disponibilité limitée
- Pas encore d'analyse d'impact d'une telle consultation sur :
 - Le devenir des enfants
 - L'attente des parents
 - L'attente des professionnels
- Considérations éthiques notamment en cas d'assistance à la reproduction (PMA) (Siegel 2018)

Évolution de la CICO

- Originellement, des femmes souvent seules avec des pathologies sévères (schizophrénie, troubles schizo-affectifs)
- Une diversification des problématiques (syndrome d'Asperger, troubles anxieux sévères, pathologies mentales du futur père, troubles bipolaires)
- Une proportion importante de consultations pré-conceptionnelles (2/3 vs 1/3)
- D'une clinique de l'après-coup et de la remédiation à une clinique du droit à mener une grossesse et vivre sa parentalité malgré les fragilités
 - Non pas avoir un enfant « comme tout le monde »
 - Mais se donner et donner à ce futur enfant toutes les chances
 - Sans se sentir jugée ou stigmatisée

Évolution de la CICO

- Des demandes fréquentes de suivi
 - Les familles
 - Les professionnels
- Pour remédier aux parcours chaotiques
 - Changement de psychiatre ou d'équipe
 - Changement de traitement
 - Non connaissance des ATCD
 - Modification du contexte familial ou social
 - Position propre de la femme à l'égard de sa pathologie, de ses troubles, de sa grossesse
- Or, conçue comme une consultation d'expertise ouverte à l'IDF
- Une offre de soin existante sur le réseau sud parisien
 - Travail conjoint
 - Équipes mobiles
 - HDJ bébé-parents
 - Le GHT (futur GHU) : un réseau et l'UHME

Vers des filières de soin?

- En l'état actuel, difficile de répondre à la demande
- Réponse à AO ARS pour étoffer l'équipe
- Projet de recherche pour mesurer les bénéfices de cette intervention anticipée

- Encore tout un champ de clinique et de recherche à explorer

Et à l'étranger: recommandations RU (NICE 2014)

Pour toutes les pathologies mentales (troubles anxieux, dépressifs, du comportement alimentaires, pathologies mentales graves, pendant la grossesse, le postpartum immédiat et la première année qui suit l'accouchement) avec accent sur :

- Coordination des soins,
- Importance de la détection en soins primaires et en maternité : spécialistes en santé mentale dans les maternités
- Importance du relais rapide en cas de détection d'une pathologie mentale (dans les 2 semaines)
- Importance du relais en moins de 4 h en cas de signes évocateurs d'une psychose du postpartum
- Importance des services spécifiques de périnatalité
- Importance des thérapies mère-bébé
- Accès aux thérapies pour mères et pères: CBT, IPT
- En tenant compte de l'avis de la femme et de son conjoint si possible

Et à l'étranger: recommandations USA (WPA)

- Formation des psychiatres et des équipes sur les effets de la pathologie mentale sur les enfants
- Formation des psychiatres au rétablissement des patients avec psychoéducation et capacité à reconnaître leurs troubles
- Utilisation optimale du traitement pharmacologique pendant la grossesse
- Planification si possible des grossesses
- Développement de services spécialisés pour prise en charge des femmes atteintes de troubles mentaux sévères enceintes et en post partum
- Soutien communautaire pour la gestion de la vie quotidienne des parents atteints de troubles mentaux
- Importance du travail pluridisciplinaire autour des familles et des enfants dans un objectif de prévention des maltraitances ou négligences

Et à l'étranger: recommandations USA (WPA)

- Études sur les interventions : éléments clés pour des interventions thérapeutiques efficaces auprès des mères atteintes de troubles mentaux
 - une prise en charge précoce
 - une relation thérapeutique durable
 - des approches thérapeutiques axées sur des objectifs spécifiques: TCC, TIP
 - Des interventions adaptées au contexte multi-problématique des mères et leurs familles

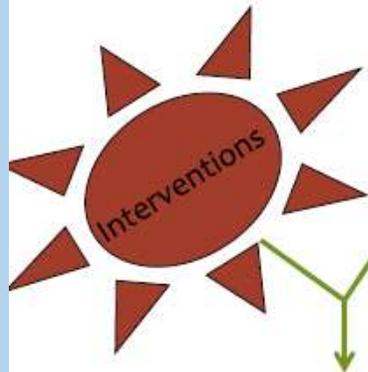
Pour conclure

- Les grossesses chez les femmes atteintes de troubles mentaux sont fréquentes puisque 15 à 20 % des femmes en cours de grossesse présentent un trouble mental (premier épisode ou rechute)
- Le travail de prévention autour de la parentalité des patientes atteintes de troubles mentaux est essentiel
- Il ne peut se concevoir que dans une approche pluri-professionnelle, en tenant compte à la fois de la mère et de l'enfant
- D'une prise en charge de l'urgence et par défaut à un accompagnement spécifique et plaçant la femme au cœur du dispositif

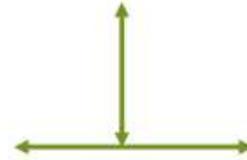
Trouble mental chez la mère



Concept de soi négatif comme mère

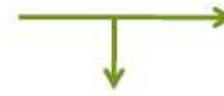


Sentiments
incompétence
Culpabilité
Honte
Dévalorisation



Perceptions
erronées
Attentes idéalisées

Distanciation de famille/
Système de soins



Isolement

**Abandon ou
désengagement du rôle maternel**



Hébert, 2006