L`ART DE PESER LES RISQUES

LE TRAITEMENT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DURANT LA GROSSESSE

Dr Marie-Josée Poulin MD, FRCP(C)
Psychiatre, professeur de psychiatrie
Chef clinique
Programme de Psychiatrie Périnatale
Service Action-Santé

Institut universitaire
en santé mentale
de Québec

17 Juin 2011

" Merci de votre intérêt pour cette présentation. Elle vous est rendue disponible à titre pédagogique et je l'espère utile dans le cadre de votre travail. Veuillez s'il-vous plaît respecter les droits d'auteur en vigueur. "

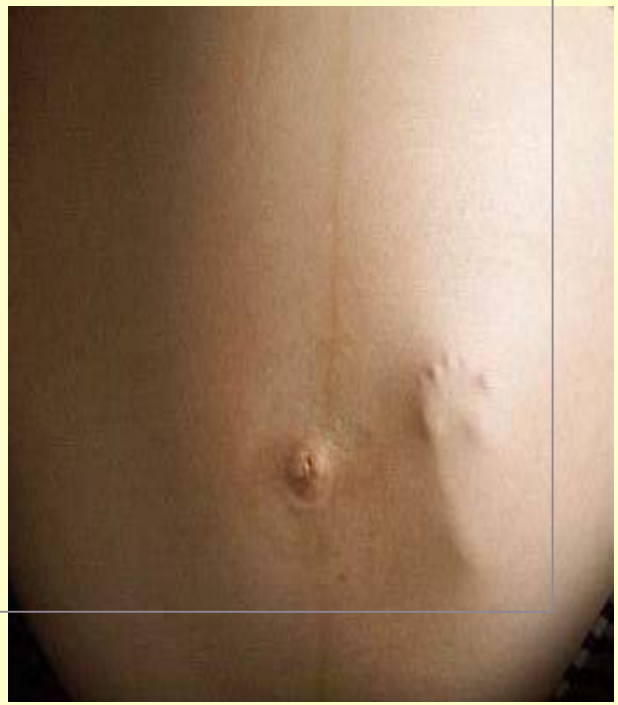
Femmes et Santé Mentale

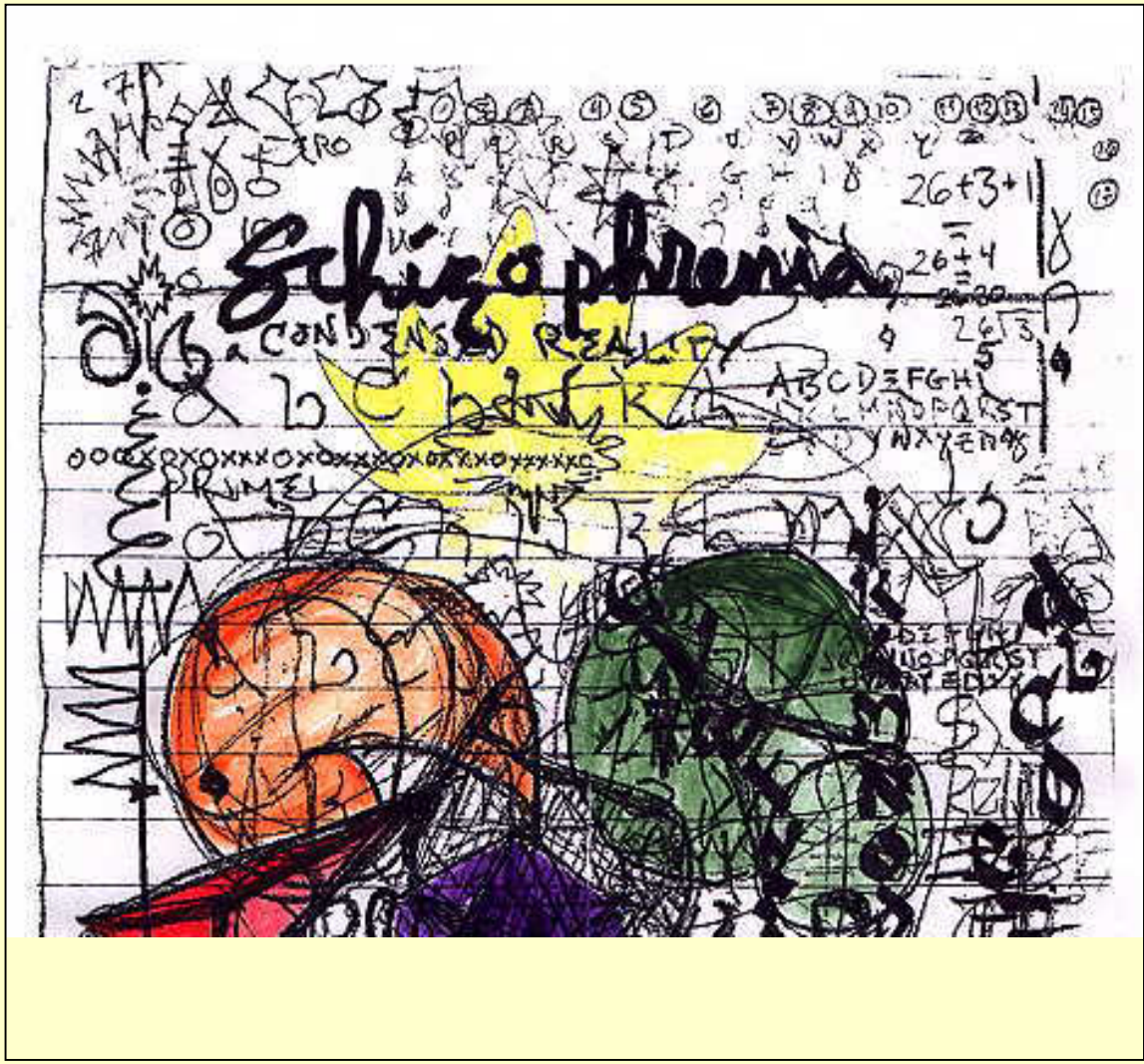
Mieux accompagner les femmes

à chaque étape de vie

Grossesse et santé Mentale

Du Rêve à la Réalité





OBJECTIFS ÉDUCATIFS

- Résumer les données actuelles quant aux enjeux de la maternité chez les femmes
- Effectuer l’analyse des risques relatifs de la maladie et de son traitement durant la grossesse
- Contribuer à la mise en place d’un traitement biopsychosocial efficient pour la mère et l’enfant et au nécessaire développement de ressources mieux adaptées
- Collaborer aux efforts de recherche

Plan de la Présentation

1. **Introduction**
   - Testons nos connaissances
   - Vignettes cliniques
2. **Enjeux contemporains de la grossesse**
   - Accoucher d'un enfant
     ou accoucher d'un accouchement ?
   - Accoucher, « une orgie masochiste » ?
   - Accoucher en Amérique…
3. **Enjeux biopsychosociaux de la grossesse**
   - La grossesse, crise d'identité
   - Obstétrique pour les « nuls »…
   - La face cachée des hormones
4. **Analyse des risques pour la mère et l'enfant**
   - Les risques de la maladie
   - Les risques du traitement
5. **Conclusion**
   - Diriger un plan d'intervention globale
   - Promouvoir l'amélioration des services

Testons nos connaissances

QUESTION 1 (une seule est vraie)

La plus courte…

1- L'évolution du trouble bipolaire est peu influencée par la grossesse et le postpartum

2- La prévalence des troubles mentaux est moins élevée après une grossesse heureuse.

3- Chez les femmes ayant un trouble psychiatrique, le taux de suicide est 2 fois plus élevé dans l'année qui suit un accouchement que pendant toute autre période de leur vie.

4- 1 femme sur 10 souffrira de dépression durant la grossesse, environ 1 sur 5 en postpartum.

QUESTION 2 *: Une seule est vraie*

La plus facile…

1. Le risque de psychose postpartum est de 0.1% à 0.2% ds la population générale mais de 15% pour le trouble bipolaire.

2. Les risques tératogènes des antipsychotiques atypiques sont un facteur limitant leur utilisation.

3. Les taux de fertilité des femmes atteintes de troubles psychotiques sont comparables à ceux de la population générale

4. Il est parfois souhaitable de diminuer les doses de psychotropes du 1/3 environ 2 semaines avant la DPA.

QUESTION 3 (vrai ou faux)

La psychose postpartum a une incidence de 0.02% à 0.02% dans la population générale et de 20% à 30% chez les femmes atteintes de maladie bipolaire.

3000 fois plus élevé

Troubles psychiatriques périnataux
Clientèle cible

- Troubles dits typiquement du postpartum
- Femmes connues pour un désordre psychiatrique et devenant enceintes ou désirant le devenir
- Femmes débutant un trouble psychiatrique autre durant la grossesse ou le postpartum

Vignettes Cliniques

Troubles Affectifs & Anxieux

Marie et François

Christine et David

Louise, Steeve, et Jacob

Anne et Tim

Marie et François

- Marie a 32 ans et a accouché d'un premier enfant il y a un mois.
- Elle rêvait d'un accouchement naturel en chambre des naissances mais elle a finalement demandé une épidurale et fut transférée en bloc chirurgical.
- L'allaitement est très difficile.
- Son gynécologue-obstétricien vous contacte car elle semble déprimée. Il est inquiet car elle a exprimé des idées suicidaires.
- *Que devrait comporter votre formulation dynamique quant aux étiologies possibles de cette dépression postpartum ?*

Christine et David

Christine a un trouble bipolaire de type I stable depuis 3 ans

Elle a eu 2 hospitalisations pour manie puis dépression, avec éléments psychotiques, mais sans dangerosité

Elle a une excellente autocritique, et un niveau psychoéducatif très élevé

Le couple est solide et le conjoint connaît bien la maladie

Ils désirent un enfant

Christine prend Epival 1500 mg et Seroquel 300mg hs

Quelle sera votre conduite ?

Anne et Tim

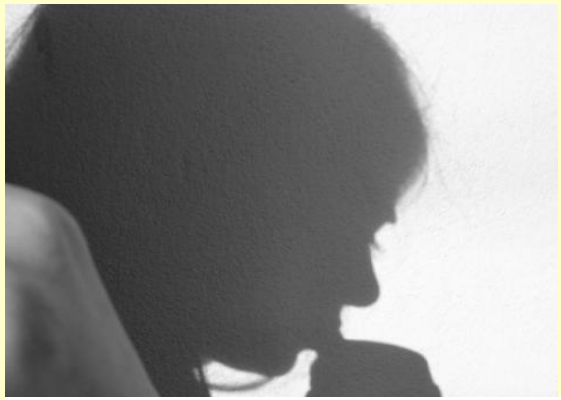
- Anne est enceinte de 27 semaines
- La grossesse était désirée et planifiée
- Elle n’a aucun antécédent psychiatrique personnel
- Son obstétricien-gynécologue vous contacte par pagette après avoir constaté que ses mains étaient ravagées par les lavages excessifs, et qu’elle avait perdu 6 kilos en 7 semaines.
- Il est très inquiet
- Quelle sera votre conduite, et pourquoi ?

Louise, Steeve, et Jacob

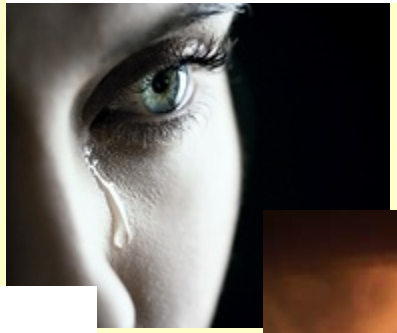
- Louise est emmenée à l'urgence par les policiers à 3:00 hres am
- Elle faisait du jogging en pyjama…dehors
- On est en février et il fait - 20°
- Elle est enceinte de 37 semaines
- Elle n'a aucun antécédent psychiatrique mais son père aurait eu un diagnostic de schizophrénie
- Quelle sera votre conduite immédiate ?
- Quels sont les risques en postnatal et comment comptez-vous les prévenir ?
- Quelle sera votre conduite si elle désire une autre grossesse ?

Vignettes Cliniques - Troubles Psychotiques

Saunya et Guy



Sophie et Maxime



Lucie, François et Nathan

Saunya et Guy

- Tous deux sont atteints de schizophrénie
- Saunya est en rémission depuis 5 ans
- Guy a une schizophrénie paranoide résiduelle à symptômes positifs
- Ils consultent car ils désirent un enfant mais veulent d'abord en connaître les risques
- *Comment effectuer l'analyse optimale de ces risques?*

Lucie, François et Nathan

- Lucie a 31 ans et a un diagnostic de schizophrénie indifférentiée chronique depuis l'âge de 18 ans
- Elle a aussi une dépendance à l'alcool
- Son conjoint est très supportif et leur union est harmonieuse, mais fusionnelle
- François n'a aucun antécédent psychiatrique mais est lui aussi dépendant à l'alcool
- Lucie prend une combinaison de chlorpromazine 200mg hs et de perphenazine 16mg am.
- Elle est plus ou moins compliante à sa médication en raison d'effets secondaires
- Elle est enceinte de 8 semaines
- La grossesse n'était pas planifiée
- *Que devraient être vos prochaines démarches cliniques?*

Sophie et Maxime

- Sophie a 32 ans et prend 5 mg d'Olanzapine hs
- Elle a fait 2 épisodes psychotiques il y a 8 et 4 ans et reçu un diagnostic de psychose ns
- Elle est en couple stable depuis 3 ans
- Leur fils Maxime est hospitalisé pour retard de développement. Il a 1 an.
- Le personnel de pédiatrie alerte la DPJ car ils trouvent la mère « bizarre »
- *Quels sont les handicaps parentaux les plus fréquents chez les parents atteints de troubles psychotiques?*
- *Comment pourions-nous améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles psychiatriques périnataux ?*

Plan de la Présentation

1. **Introduction**
   - Testons nos connaissances
   - Vignettes cliniques
2. **Les enjeux contemporains de la grossesse**
   - Accoucher d'un enfant
     ou accoucher d'un accouchement ?
   - Accoucher, « une orgie masochiste » ?
   - Accoucher en Amérique…
3. **Les enjeux biopsychosociaux de la grossesse**
   - La grossesse, crise d'identité
   - Obstétrique pour les « nuls »…
   - La face cachée des hormones sexuelles
4. **L'analyse des risques pour la mère et l'enfant**
   - Les risques de la maladie mentale
   - Les risques du traitement
5. **Conclusion**
   - Diriger un plan d'intervention globale
   - Promouvoir l'amélioration de services

Grossesse et Santé Mentale

« LA GROSSESSE, DU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE PSYCHOLOGIQUE, EST L'ÉVÉNEMENT LE PLUS COMPLEXE DE LA VIE HUMAINE ».

Ian Brockington *

Professeur de psychiatrie
Université de Birmingham
Président de la Société Marcé

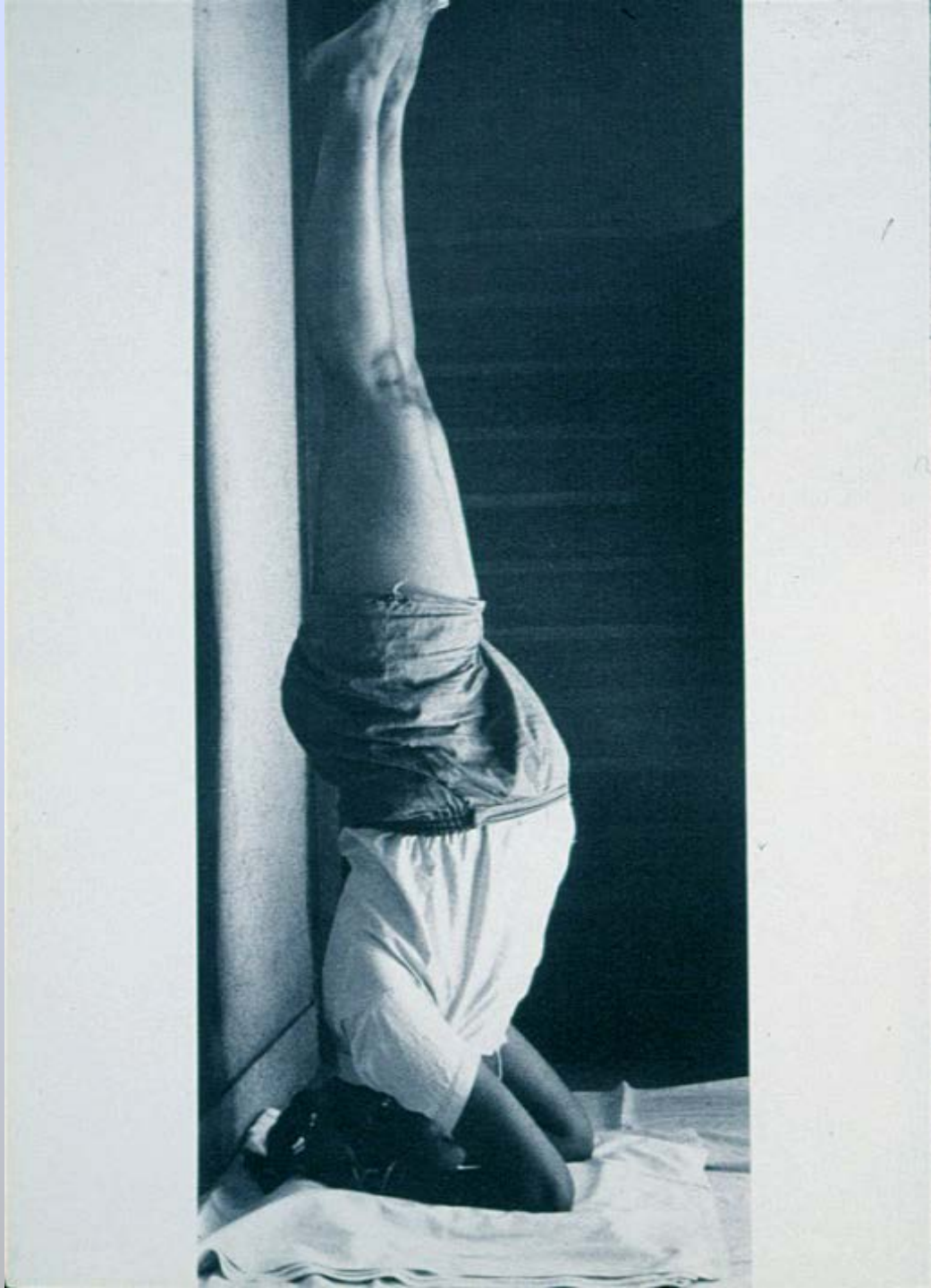
*Brockington I: Motherhood and mental health 46. Oxford University press, Oxford London 1996;612 p.: preface.

- Le « Plan de Naissance »
- Accoucher sans douleur
- Accoucher sous hypnose
- Accoucher dans l’eau
- Accoucher chez soi
- Accoucher en famille
- Accoucher seule
- Accoucher « naturellement »
- Accoucher en silence
- Accoucher en musique
- Accoucher en criant
- Accoucher en extase
- Accoucher en orgasme

Accoucher d’un Enfant ou Accoucher d’un Accouchement ?

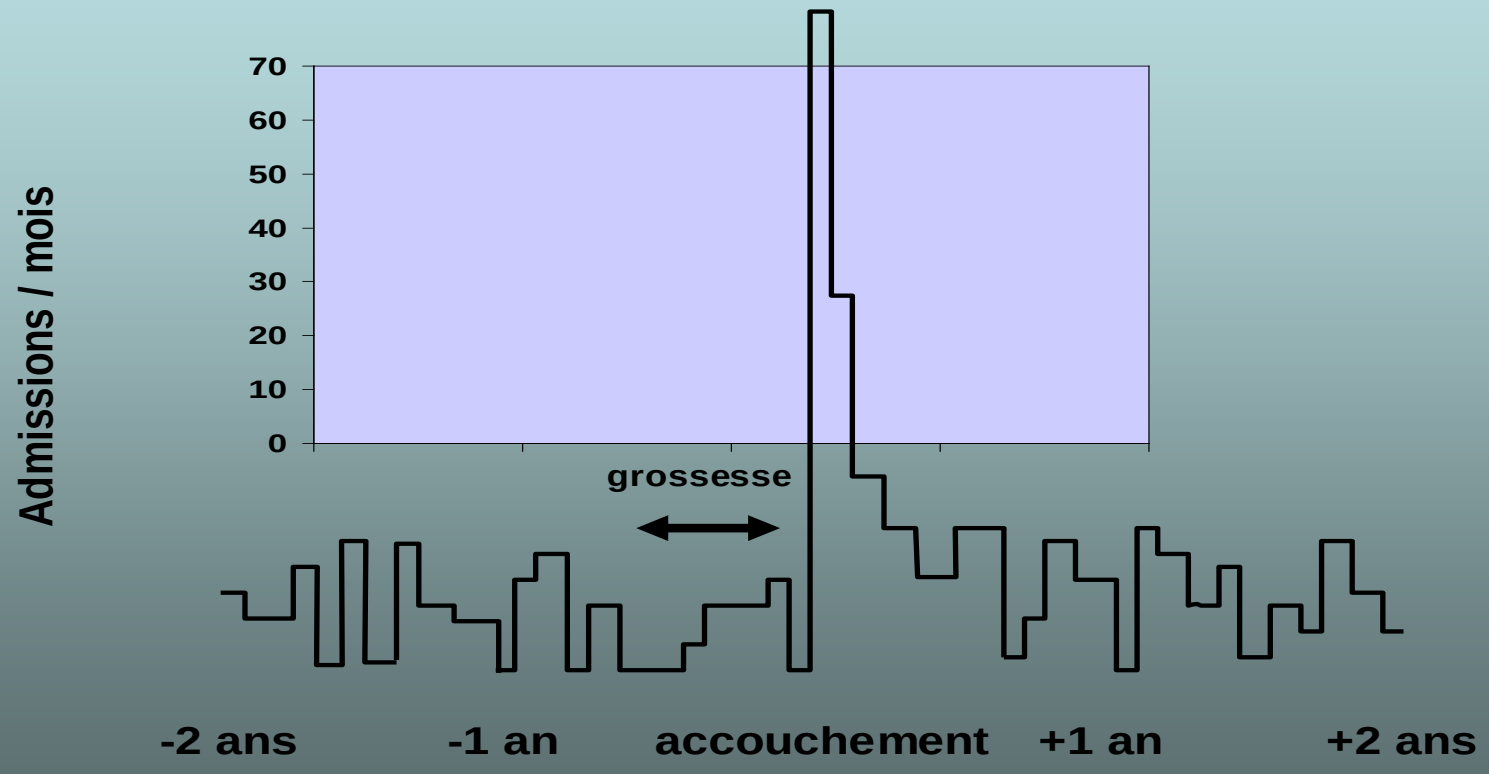
Le rêve …

…La réalité



Grossesse et Risques Psychiatriques

Admissions psychiatriques durant les 2 années précédant et suivant l'accouchement.



Kendell RE,et al.Br J Psychiatry.1987;150:662-673

L'Importance du Dépistage

- Les complications obstétricales les plus fréquentes dans les pays industrialisés sont maintenant psychiatriques,[1]
- La 1°cause de mortalité maternelle est le suicide,[2]
- Bien que ces données soient établies, peu les connaissent, les considèrent, ou se sentent aptes à y faire face.[3]

1. Stuart S. et al.Psychopharmacol.Bull.1998;34(3):333-8
2. Oates M.Br J Psychiatry 2003;16:24-9
3. Villar J et al.Lancet 2001;357:1551-64

Grossesse et Troubles Mentaux

- Le taux de suicide est 70 X PLUS ÉLEVÉ DANS L'ANNÉE qui suite un accouchement que dans toute autre période de la vie chez les femmes. (Appleby L et al (1998)
- Les femmes souffrant de troubles mentaux:
  - Ont des suivis obstétricaux sous-optimaux (Miller WH et al 1992).
  - Ont davantage de complications, plus d'avortements spontanés, et de décès néonataux (Howard LM et al 2003 Mowbray CT et al 1995).
- Les femmes connues pour des troubles mentaux ont peu d'accès à une consultation de planning spécialisée bien que prouvée très aidante (Viguera AC et al (2002)

Désir d‘Enfant

- Avec l‘amélioration des traitements psychiatriques durant les dernières décennies, de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux même sévères caressent maintenant le rêve réaliste d‘une rémission et d‘une vie normale.

- Plusieurs désirent réaliser le rêve normal de fonder une famille.

"Je devrais être heureuse mais…"*
Les tabous : racines des stigmates

- La vaste majorité des femmes atteintes de troubles mentaux ont peur de parler ouvertement de leur désir d‘enfant et plusieurs vont jusqu‘à cacher leur grossesse.
- Elles souffrent en silence
- Lorsque déprimées ou ressentant des signes de rechûte,elles peuvent éprouver des sentiments de honte, de désarroi, de culpabilité, avoir peur de perdre leur bébé
- La culpabilité excessive, un sentiment d‘impuissance, l‘incapacité à communiquer, l‘isolement,
  les pressions sociales et familiales, le manque de compréhension et d‘information…

nourissent ce silence

*Titre tiré d‘une émission de Radio Canada animée par Mme Anne-Marie Dussault

Plan de la Présentation

1. **Introduction**
   - Testons nos connaissances
   - Vignettes cliniques
2. **Les enjeux contemporains de la grossesse**
   - Accoucher d'un enfant
     ou accoucher d'un accouchement ?
   - Accoucher, « une orgie masochiste » ?
   - Accoucher en Amérique…
3. **Les enjeux biopsychosociaux de la grossesse**
   - La grossesse, crise d'identité
   - Obstétrique pour les « nuls »…
   - La face cachée des hormones sexuelles
4. **L'analyse des risques pour la mère et l'enfant**
   - Les risques de la maladie mentale
   - Les risques du traitement
5. **Conclusion**
   - Diriger un plan d'intervention globale
   - Promouvoir l'amélioration de services

Impacts Psychologiques
École Analytique*

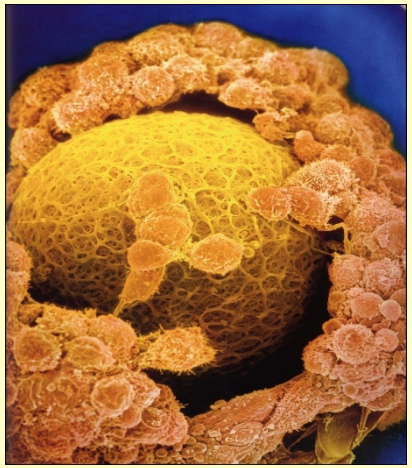
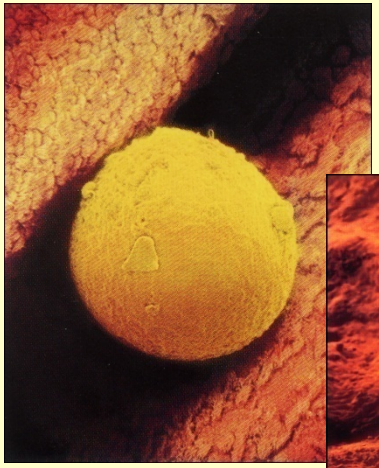
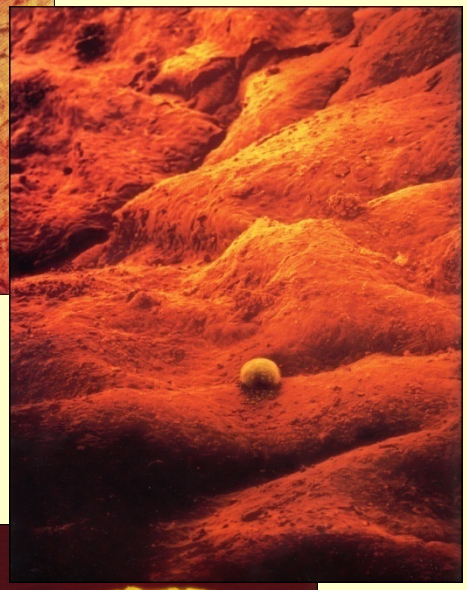
- La grossesse est une phase développementale entière du “Moi“ sexué visant l‘identification au rôle de parent (crise d’identité)
- provoquant une spirale de revécus et régressions de phases antérieures du développement
- propres à chaque trimestre
- et culminant au moment de l‘accouchement

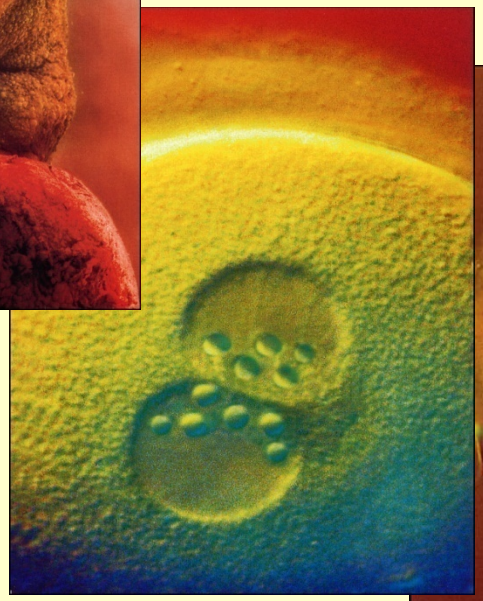
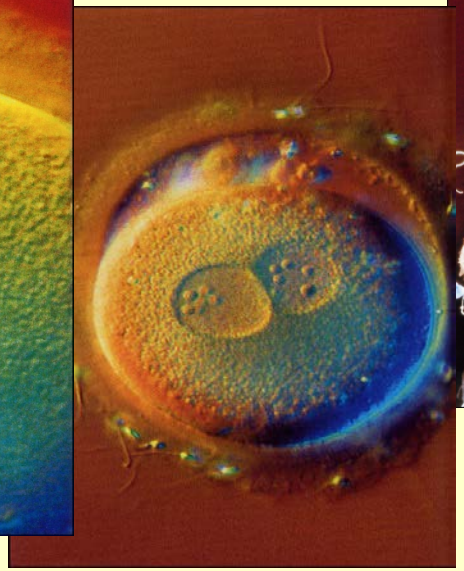
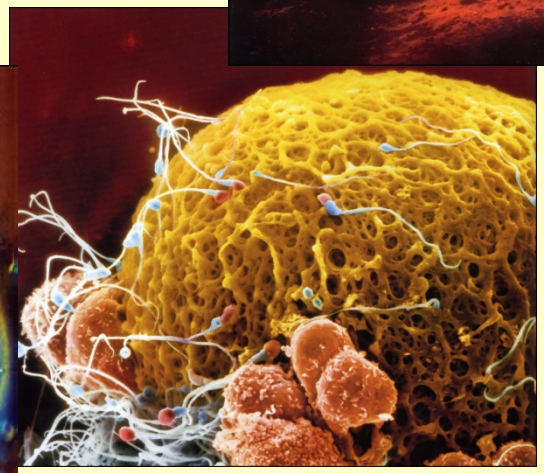
* Adapté de: Benedek T et Kestenberg J.Int Psychoanal 1975

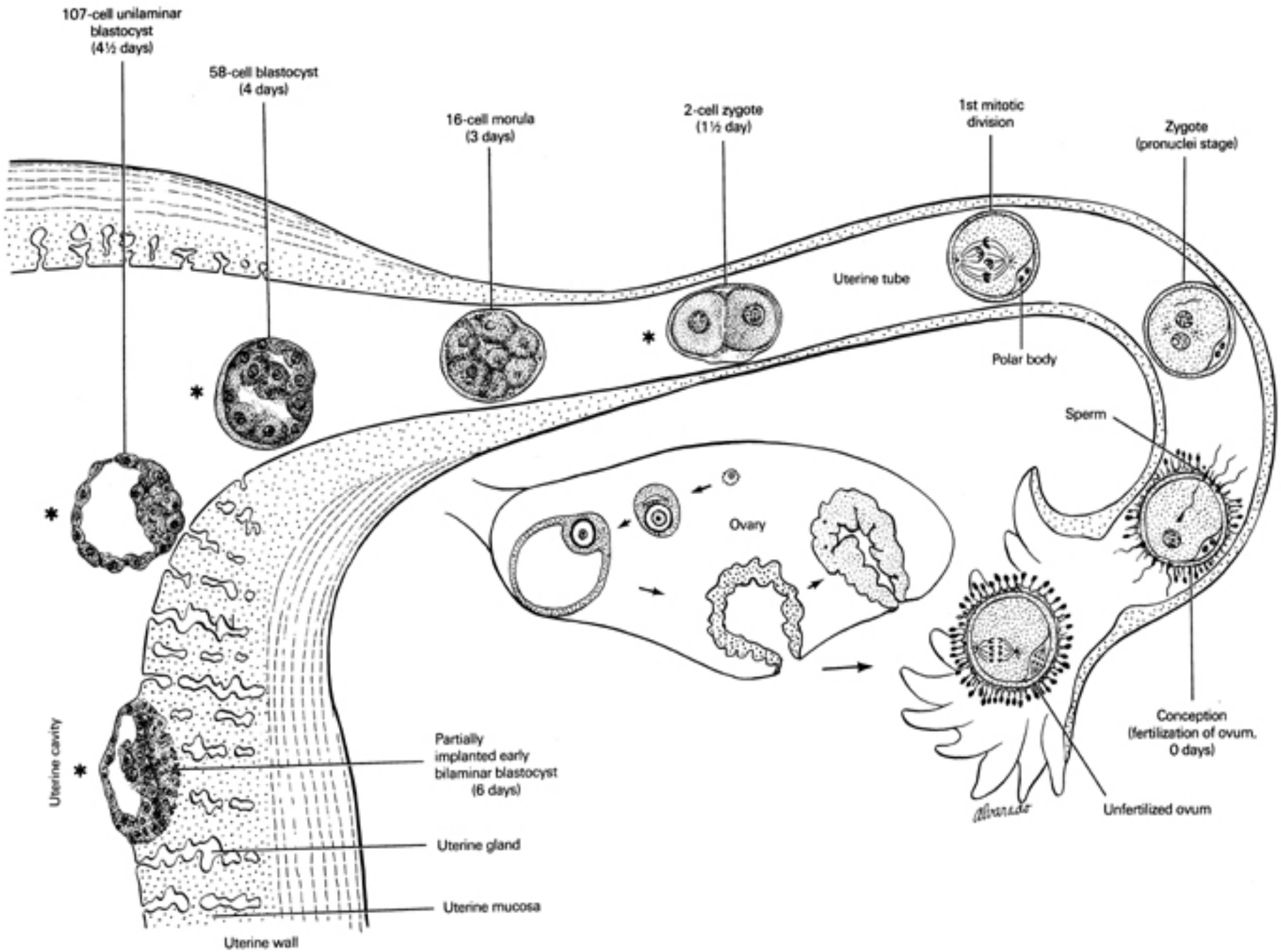
"Les fantômes de la pouponnière"*

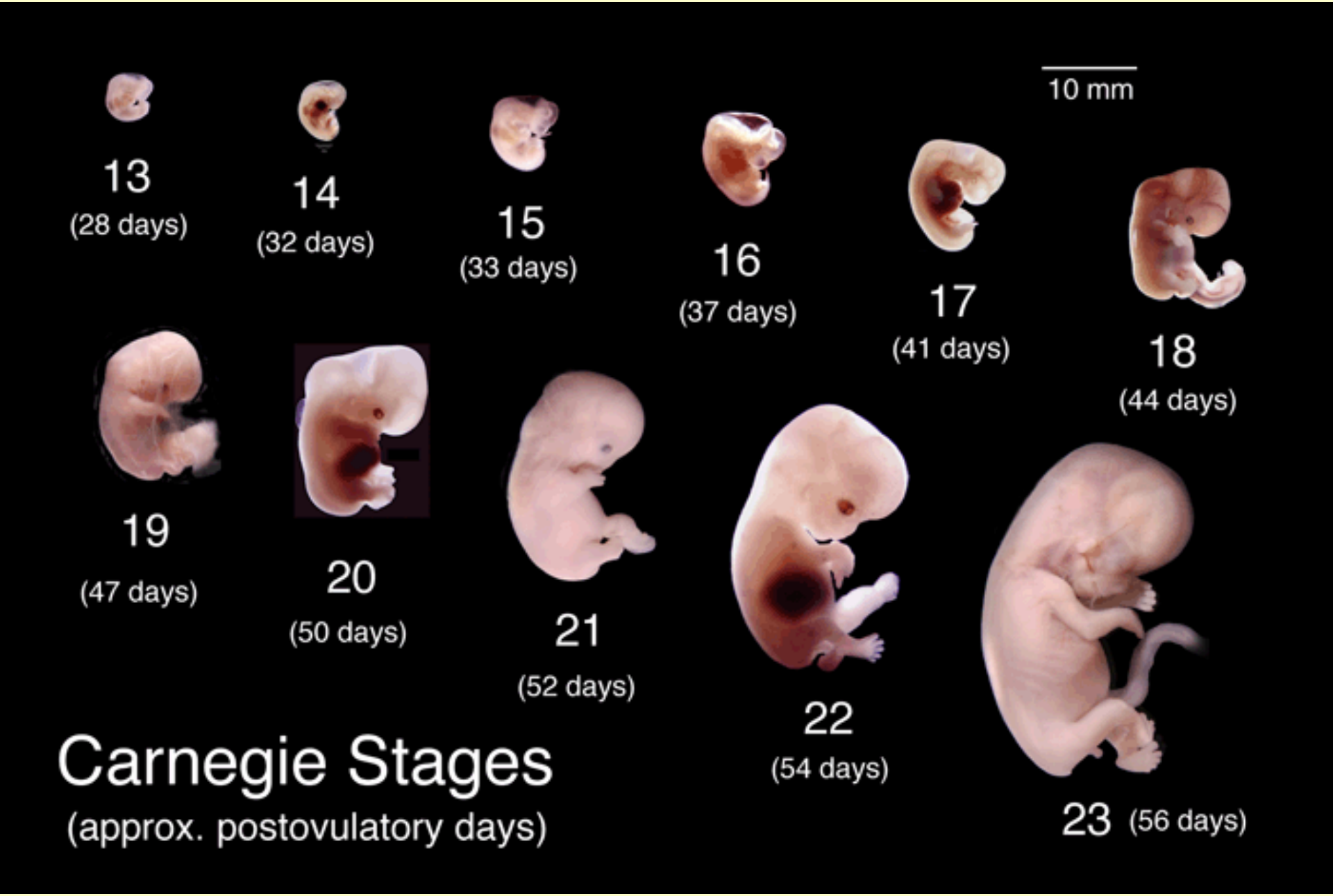
- Les forces de l‘inconscient (individuel et collectif) sont les voiles plus ou moins opaques du paysage de nos désirs.
- Le désir d‘enfant s‘est nourri ,outre le besoin fondamental de survie de la race, de notre histoire propre, donc unique.
- L‘enfant à venir, avant même d‘être conçu et de naître, a déjà une histoire…
- …qu‘habitent, bons et mauvais…
- …les fantômes de notre passé.

* Titre tiré d‘un article de Monique Bydlowski

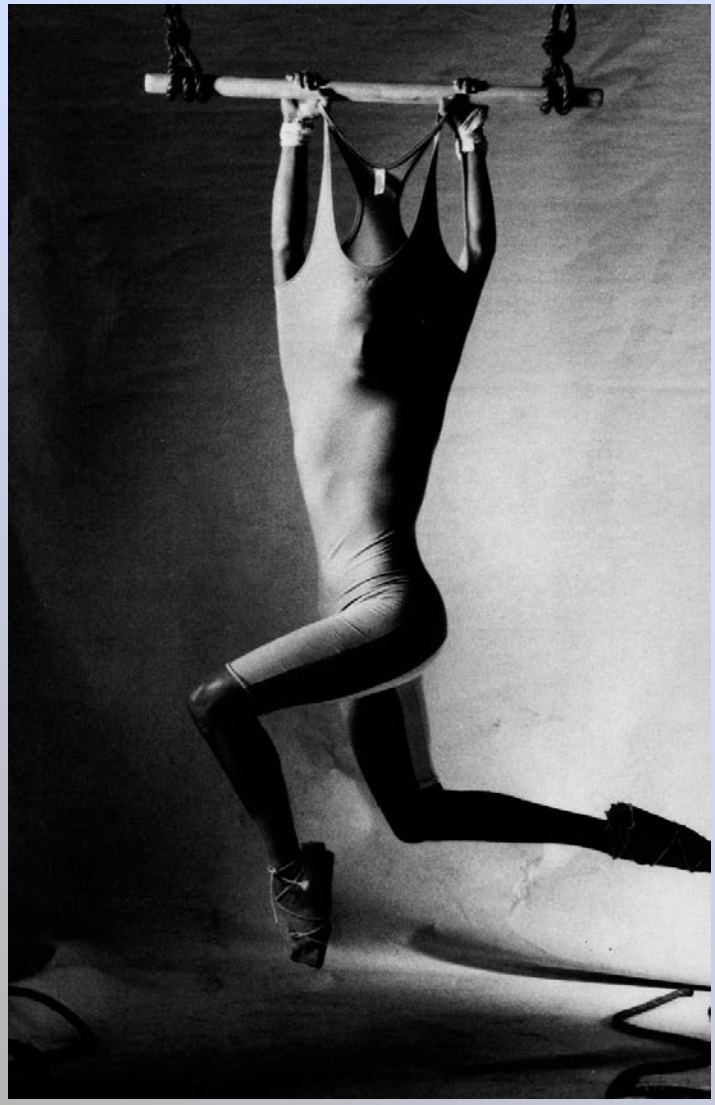





107-cell unilaminar blastocyst (4½ days)
58-cell blastocyst (4 days)
16-cell morula (3 days)
2-cell zygote (1½ day)
1st mitotic division
Zygote (pronuclei stage)
Uterine tube
Polar body
Sperm
Ovary
Conception (fertilization of ovum, 0 days)
Unfertilized ovum
Uterine cavity
Partially implanted early bilaminar blastocyst (6 days)
Uterine gland
Uterine mucosa
Uterine wall


10 mm
13
(28 days)
14
(32 days)
15
(33 days)
16
(37 days)
17
(41 days)
18
(44 days)
19
(47 days)
20
(50 days)
21
(52 days)
22
(54 days)
23 (56 days)
Carnegie Stages
(approx. postovulatory days)

Les Phases de la Grossesse

La face cachée des hormones



La Grossesse, un “Bouillon" d’Hormones

Oestrogène & progestérone = ~X1000 en T3

Ratio E/P T 1 << T 3

Variations des capacités métaboliques en grossesse :

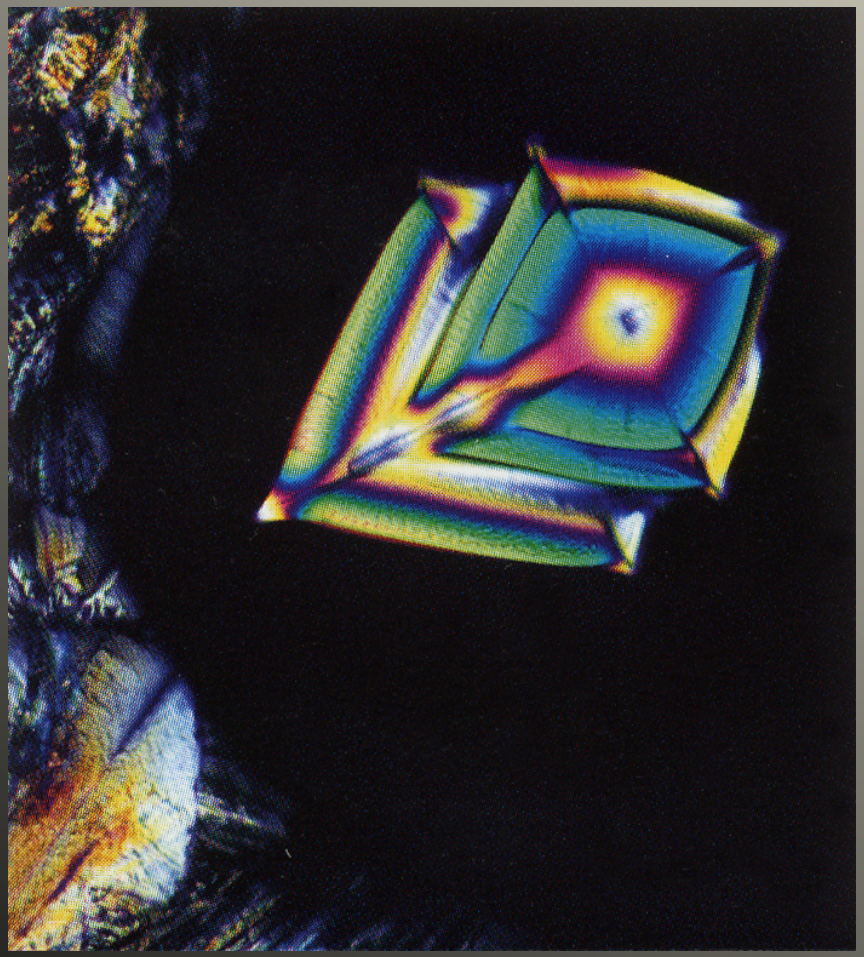
Pre - Grossesse = 1 < T 3 = 2 > SEM 1 to ~ 3 = 2/ 3

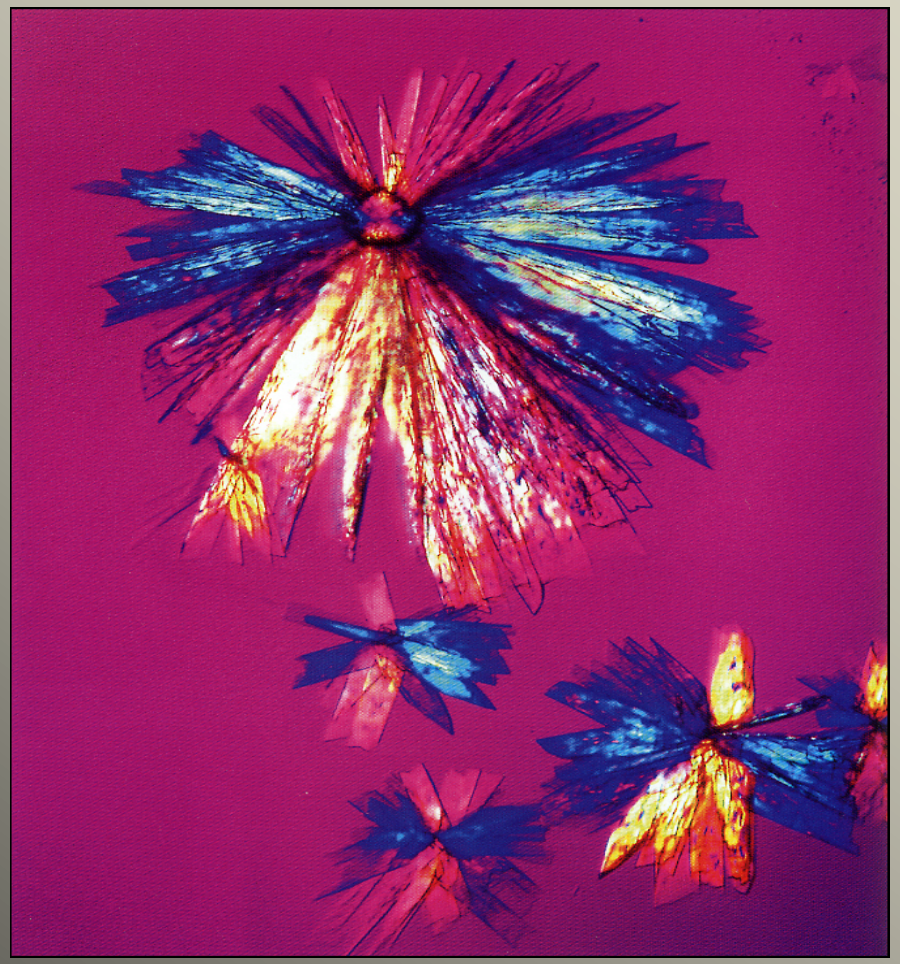
	Valeurs de Laboratoire	
Hormone	**non-enceinte**	**enceinte T 3**
Oestradiol(ng/ml)	**0-14**	**10.5-16.0**
Oestriol(ng/ml)	**< 2**	**80-350**
Progestérone(ng/ml)	**0.02-0.9**	**136-158**
Prolactine(ng/ml)	**5-23**	**99-559**
Testostérone(ng/ml)	**0.3**	**104**

Yonkers K & Little B.Management of Psychiatric disorders in pregnancy.Kimberly Yonkers & Bertis Little Ed.2001 p.33

Petit Rappel quant aux Effets des Hormones Sexuelles sur la Neurotransmission

LES BIJOUX "SEXUELS" DE MÈRE-NATURE





Effets Rapportés des Oestrogènes

épileptogènes

psychostimulants

antioxydants

mort cellulaire programmée

neurogénèse

*D'après: McEwen BS, Alyes SE (1999), Schechter D (1999), Wooley CS, Schwartakroin PA (1998), Behl C et al. (1994, 1995, 1997, 1999, 2001, 2002).

Effets Rapportés des Oestrogènes

mouvement

nociception

Analgésie

Humeur

Apprentissage

Mémoire

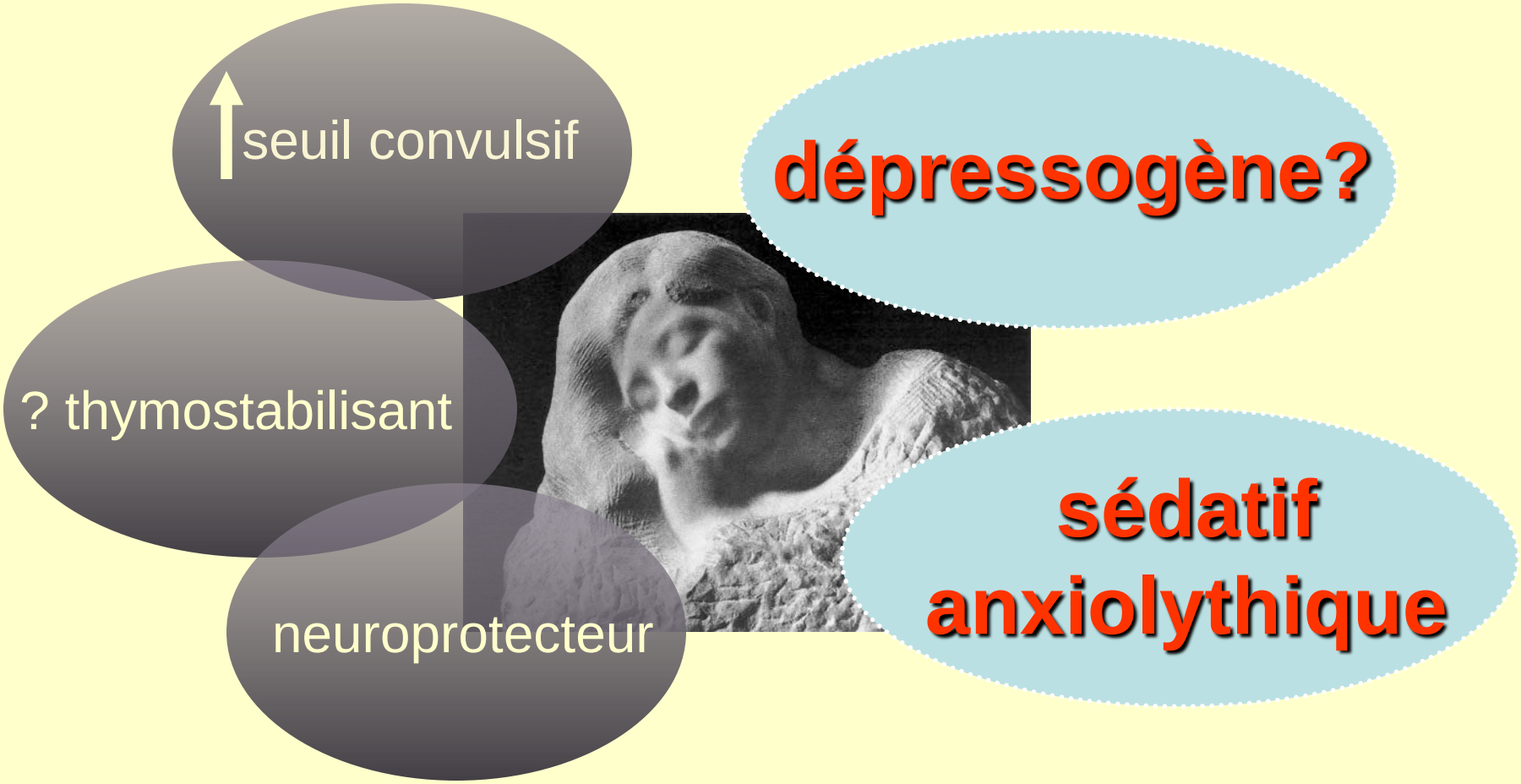
Cognition

*D'après: McEwen BS, Alyes SE (1999), Schechter D (1999), Wooley CS, Schwartakroin PA (1998), Behl C et al. (1994, 1995, 1997, 1999, 2001, 2002).

L‘Hypothèse de Protection Oestrogénique

Entre la ménarche et la ménopause , le “Seuil-Schizophrénique“ des femmes est plus haut en raison d‘une plus grande activité oestrogénique

Effets rapportés de la progestérone



*D'après: McEwen BS, Alyes SE (1999), Schechter D (1999), Wooley CS, Schwartakroin PA (1998), Behl C et al. (1994, 1995, 1997, 1999, 2001, 2002).

Plan de la Présentation

1. **Introduction**
   - Testons nos connaissances
   - Vignettes cliniques
2. **Les enjeux contemporains de la grossesse**
   - Accoucher d'un enfant
     ou accoucher d'un accouchement ?
   - Accoucher, « une orgie masochiste » ?
   - Accoucher en Amérique…
3. **Les enjeux biopsychosociaux de la grossesse**
   - La grossesse, crise d'identité
   - Obstétrique pour les « nuls »…
   - La face cachée des hormones sexuelles
4. **L'analyse des risques pour la mère et l'enfant**
   - Les risques de la maladie mentale
   - Les risques du traitement
5. **Conclusion**
   - Diriger un plan d'intervention globale
   - Promouvoir l'amélioration de services

L’Évaluation des Risques pour la Mère et l’Enfant

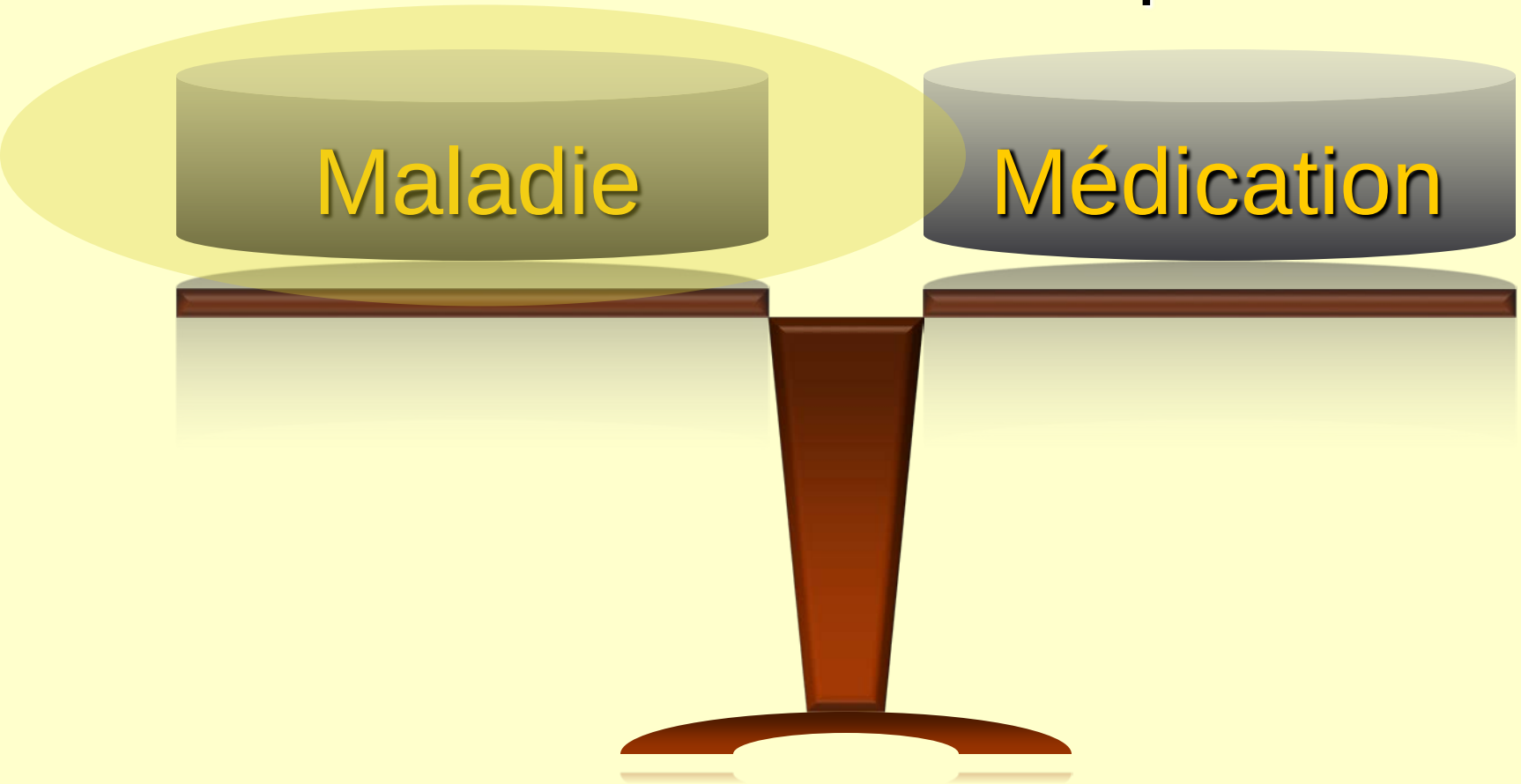
Grossesse et Santé Mentale

“En psychiatrie périnatale ,
la non-exposition n‘existe pas .
Le foetus est exposé ,
soit à la médication ,
soit à la maladie.“

Dr Zacharie Stowe
Congrès annuel APA 2003

Les Risques de la Maladie

La balance des risques



Grossesse et Troubles Mentaux
Analyse des Risques Potentiels

Cette analyse exige une bonne connaissance des risques

- de la maladie et de son évolution habituelle en période périnatale,
- de la médication ou de sa cessation,
- et des traitements alternatifs et complémentaires

Risques Potentiels de la Maladie Psychiatrique Périnatale

- Baisse de la capacité à prendre soin d’elle-même
- Mauvaise compliance au suivi pré-post natal
- Déni de grossesse
- Malnutrition, mauvaise hygiène de vie
- Abus et dépendance, tabagisme
- Anomalie du « bonding »et de l’attachement
- Dangerosité (mutilation, suicide, foeticide, néonaticide, infanticide, maltraitance et négligence)

Les Risques pour la Mère

- Psychologiques
- Sociaux
- Hormonaux
- Agravation ou rechûte
- Déclenchement de comorbidités psychiatriques périnatales

Troubles “Classiques” du Postpartum

- Blues postpartum
- Dépression postpartum
- Psychose postpartum

Un désordre psychiatrique pré-existant ne protège pas contre ces types de complications...

Grossesse et Troubles Psychiatriques Sévères

Périodes à risque de décompensations post-partum

- Dépression (PIC ~ jour 30).
- Manie et hypomanie (PIC ~ Jour 14).
- Psychose postpartum (PIC ~ Jour 3 à 10)
- Psychose schizophrénique (1 à 6 mois)

- Blues : bénin , 60% à 80% des femmes , durant les 2 premières semaines postpartum

Les troubles anxieux durant la grossesse

- Il se peut que la grossesse ne protège pas contre les troubles anxieux
  - Trouble panique : inchangé, plus sévère*,**
  - Trouble obsessionnel compulsif : inchangé† ou <u>augmenté</u>
- Les troubles anxieux durant le postpartum
  - Trouble panique : exacerbation ou réémergence : 30 - 60 %*,**
  - Trouble obsessionnel compulsif : exacerbé; risque accru de dépression du postpartum : 37 %*
  - Le TAG est plus fréquent que la dépression durant le postpartum

* Cohen, *et al.* *J Clin Psych* 1994;55:284.
**Wisener, *et al.* *J Affect Disord* 1996; 41:173.
† Williams and Koran *J Clin Psych* 1997;

La dépression majeure pendant la grossesse

- Contrairement aux vieilles croyances, les femmes ne sont pas protégées contre la dépression pendant la grossesse, surtout en T1
- La prévalence de la DM est semblable chez les femmes enceintes et chez les autres femmes[1-3]
- Elle pourrait être insuffisamment diagnostiquée et traitée
- La grossesse offre l'occasion aux cliniciens de dépister la dépression : visites plus nombreuses

1. Watson JP, *et al*. *Br J Psychiatry*. 1984;144:453-462.
2. O'Hara MW, *et al.* *J Abnorm Psychol*. 1990;99:3-15.
3. Evans J, *et al. BMJ*. 2001;323:257-260.

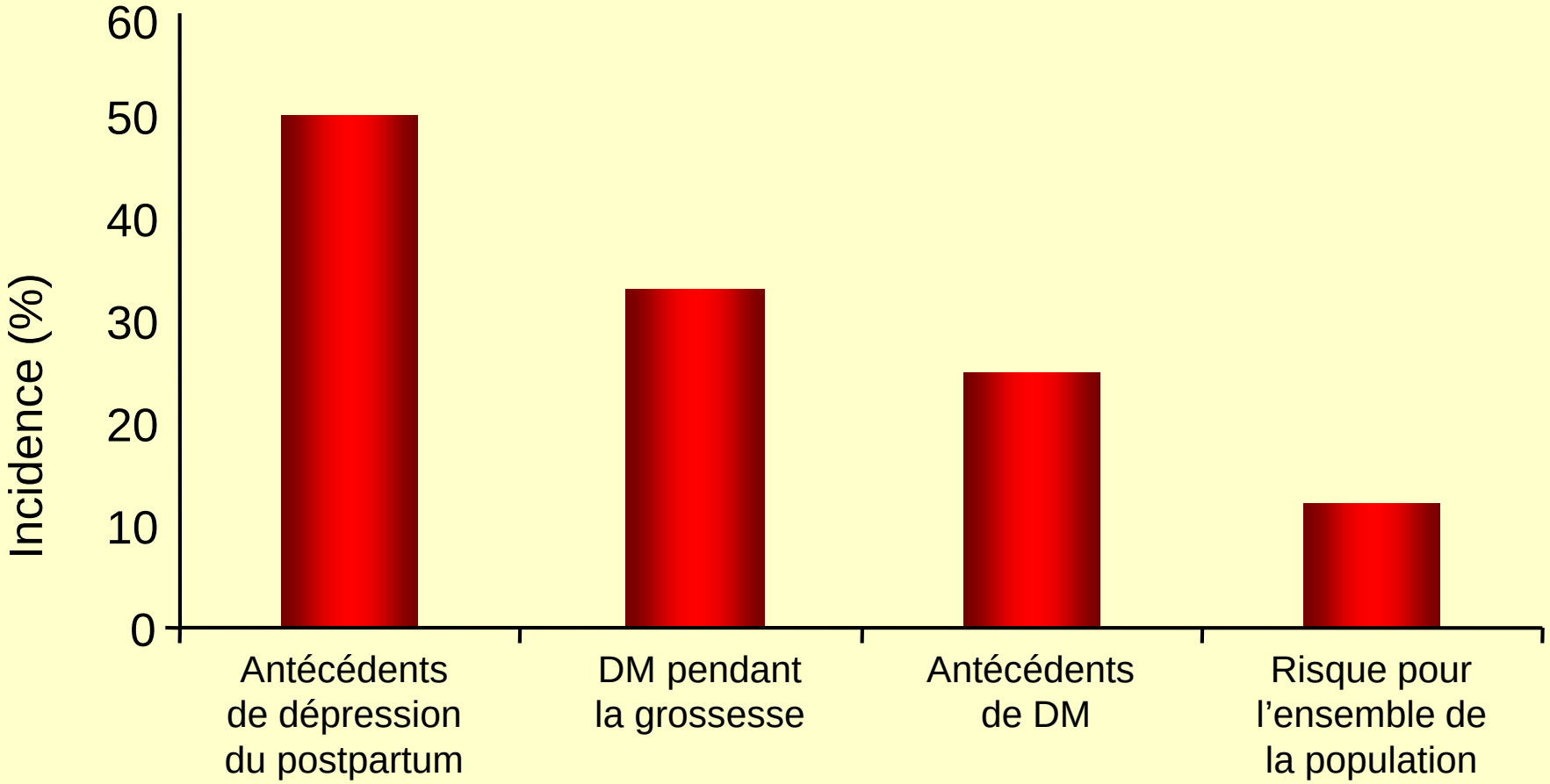
Risques de rechûte aux grossesses subséquentes

Facteurs de risque psychosociaux
Dépression postpartum

- Manque de support social.
- Primiparité.
- Antécédents de mauvaise relation avec sa propre mère.
- Insatisfaction conjugale.
- Évènements de vie négatifs.
- Perception négative de la grossesse.
- Instabilité occupationnelle.

Brockington I (1998) ; Kornstein SG et al (2002) ; Miller LJ (1999) ; Ssully PJ et al. (2002) .

Risque de dépression majeure durant le postpartum



O'Hara MW, *et al. Postpartum Depression: Causes and Consequences*. New York, NY Springer-Verlag; 1995. O'Hara MW *et al. J Abnorm Psychol*. 1984;93:158-171.

Influence du Cycle Reproducteur chez les femmes bipolaires * :

- Les fluctuations hormonales agravent l'instabilité affective et augmentent le nombre de rechûtes.
- 25% à 66% d'agravation en prémenstruel

→ DÉFIS DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

- 36% ont leur premier épisode en post-partum
- 25% à 70% feront une rechûte en post-partum:

→ DÉFIS THÉRAPEUTIQUE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

* Adapté selon: Freeman MP et al (2002), Kornstein SG et Clayton AH (2002) Miller LJ (1999), Burt VK et Hendrick VC (2001), Cohen LS et al (1998), Liebenluft E (1997), Blehar MC et al (1998, NIMH),Groff P et al (2000), Faeddal GL et al (1993) Viguera A et al (2008) disponible sur www.womensmentalhealth.org.

Grossesse et Troubles Bipolaires

Il ne semble pas y avoir de risque accru de rechute PENDANT LA GROSSESSE

MAIS
RISQUES TRÈS ÉLEVÉS EN POSTPARTUM.

- 1. ~ 40%. (risque de base avec MAB)
- 2. ~ 75% si épisode antérieur en post-partum.
- 3. > 90% si épisode antérieur et diathèse fam. + de troubles bipolaires périnataux

* Viguera AC et al (2002) , Krüger S et al (2002) ; Leibenluft E (1997); Brockington I (1998) ; Kornstein SG et al (2002) Miller LJ (1999) ; Ssully PJ et al.(2002) .

Grossesse et Troubles Bipolaires

2009

Étude prospective naturalistique : résultats*

Facteurs de risque identifiés

- Grossesse non planifiée
- Jeune âge au début de la maladie
- Trouble bipolaire de type 2
- Histoire antérieure de cycles rapides
- Histoire antérieure de phases mixtes
- Courte stabilité depuis le dernier épisode
- Polypharmacothérapie
- Prise d`antidépresseur
- Prise d`un thymostabilisant autre que le Lithium
- Cessation abrupte de la médication (< 2 semaines)

Viguera A et al 2008. Disponible sur www.womensmentalhealth.org

Psychose postpartum

- Entité spécifique probable du trouble affectif bipolaire de type 1
- La plus grande urgence psychiatrique connue
- Tableau d‘état confusionel aigu avec délires oniroides,hallucinations vivides,fluctuation de l‘état de conscience etc…
- Hospitalisation mandatoire
- Excellent pronostic de rémission complète rapide avec le traitement adéquat (thymostabilisants)

Grossesse et schizophrénie

Particularités à considérer lors du suivi obstétrical et psychiatrique périnatal

- Taux de fertilité plus bas que la population généralle mais la majorité ont des enfants[1]
- Haut taux de grossesses non désirées[2]
- Davantage de mères célibataires[2]
- Moins de support socio-familial[2]
- La majorité perdent la garde de leurs enfants et ceux-ci vivent souvent des placements intermittents[3]
- La psychose est considérée nocive au foetus[4]
- Malgré le fait que l`on manque de données sur l`évolution de la maladie en grossesse, la schizophrénie doit être considérée un risque obstétrical élevé[2]

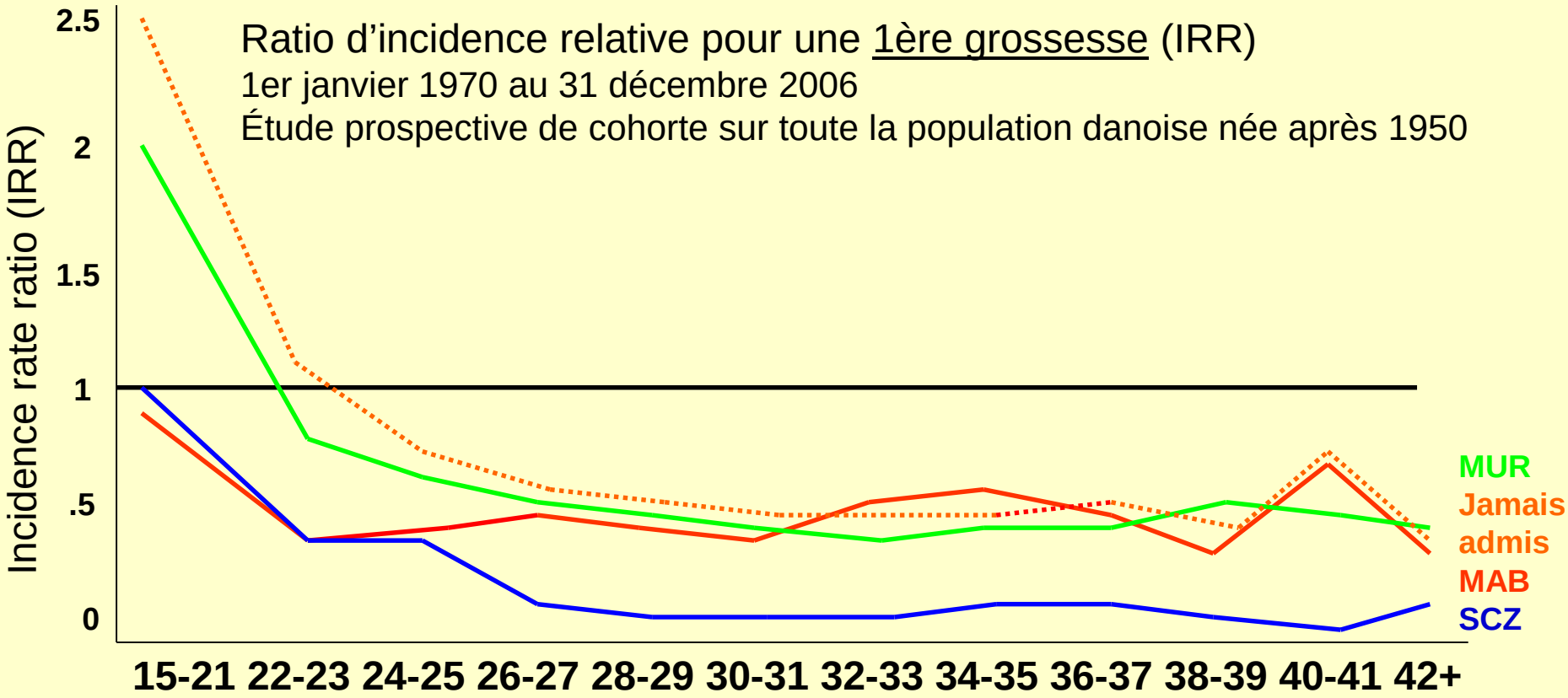
1.Howard LM et al. Br J Psychiatry 2001;178:427-32
2.Howard LM. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;119:3-10
3.Miller LJ. Schizophr Bull 1977;23:623-35
4.Nilsson E et al. Schizophr Res 2002;58:221-9

Activité Sexuelle et Grossesse chez les Femmes ayant un Trouble Psychotique

- La schizophrénie ne diminue pas le désir sexuel [1]
- L'âge à la 1ère relation sexuelle et la fréquence des activités sexuelles sont similaires aux contrôles [2]
- Davantage de viols, prostitution, partenaires multiples [3]
- Taux de natalité abaissé [4-7]

1.Solari H,Dickson KE, Miller L.Can J Clin Pharmacology 2009;16(1):e23-e32
2.Miller LJ.Schiz Bull 1997;23(4):623-35
3.MillerLJ, Finnerty M.Psychiatric Services 1996;47:502-6
4.Howard LM et al.Am J Psychiatry 2002;159:991-7
5.Wignall CM,Meredith CE.Arch Gen Psychiatry 1968;18:580-3
6.Slater E et al.Soc Biol 1971;18:S60-S73
7.Laursen TM,Munk-Olsen T.Schizophrenia Res;2010;121:234-40

Taux Comparatif de Natalité chez les Femmes atteintes de Troubles Psychotiques



- Processus de sélection: plus les troubles mentaux sont sévères, moins tendance à devenir parent
- La fertilité augmente avec le délai depuis le début de la maladie

Laursen TM,Munk-Olsen T.Schizophrenia Res, juin 2010;121:234-40

Les Risques pour l’Enfant

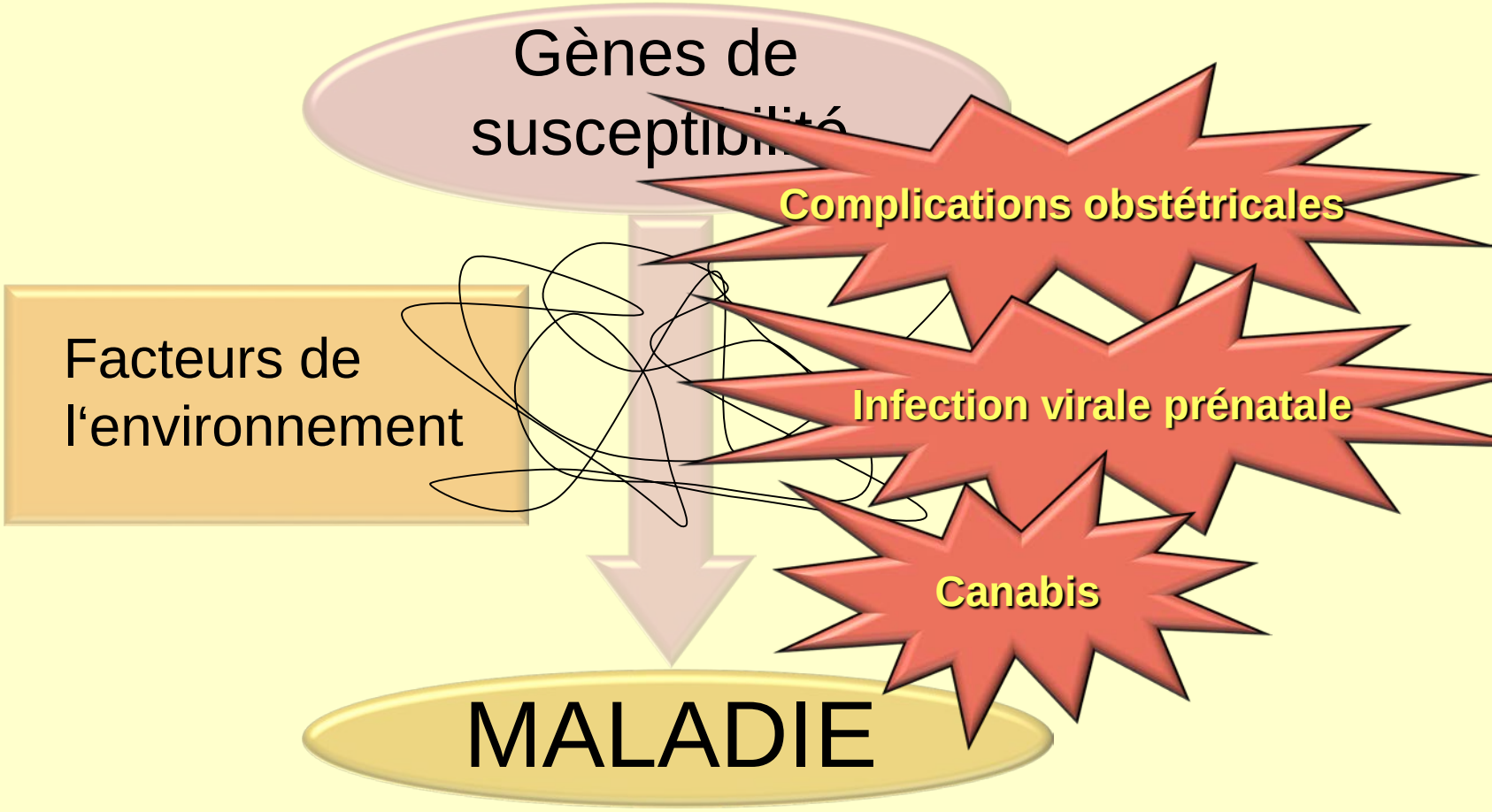
Risques pour l'Enfant

Les enfants nés de mères ayant une schizophrénie présentent de nombreux **facteurs de risque** liés tant aux risques génétiques que psychosociaux.

La prévention est ici cruciale.

- ✓ Génétiques
- ✓ Traumatiques
- ✓ Toxiques
- ✓ Virales
- ✓ Immunologiques
- ✓ Psychologiques

Facteurs de Risque à Considérer lors du Suivi Psychiatrique Périnatal



On hérite pas de la schizophrénie mais d`une sensibilité à la développer

Risques empiriques de développer la maladie chez les proches de la personne atteinte :

Type d‘ affiliation de l‘apparenté à un proche atteint de schizophrénie	**Risque à vie (%)**
Parents de premier degré	
- père ou mère	6% (5 -10)
- frère ou soeur	10% (8 - 14)
- enfant	13% (9 - 16)
- enfant de 2 parents atteints	46%
Parents de second degré	
oncle ou tante	2%
- neveu ou nièce	3% (1 - 4)
- grand-parent	4% (2 - 8)
- demi-frère ou soeur	4%
Parents de troisième degré (cousin)	2 % (2 - 6)

Complications Obstétricales et Risque de Schizophrénie *

- Suède, Registre National des Naissances
- Étude longitudinale
- 507,516 enfants nés entre 1973 et 1977
- 238 ont eu un diagnostic de schizophrénie
- Association avec prééclampsie surtout, mais aussi avec hypoxie/anoxie néonatales et prématurité
- Risques plus élevés avec un âge maternel <19>39 ans et chez les enfants mâles

*Dalman C et al Arch Gen Psychiatry 1999;56:234-240

Influenza prénatal et schizophrénie*

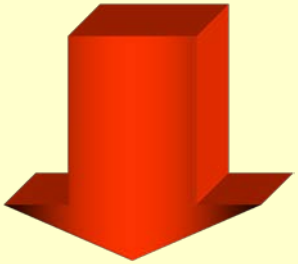
Données actuelles:

- Le risque de schizophrénie est **7 fois plus grand lors d‘ exposition au virus de l‘influenza au 1° trimestre de grossesse**
- Absence d‘augmentation du risque lors d‘exposition aux 2° et 3° trimestres
- Le risque est 3 fois plus grand lors d‘exposition durant la 1° moitié de la grossesse

* Brown SA et al.Arch Gen Psychiatry,août 2004;61:774-780

Schizophrénie et Grossesse
Grossesses à Risques Élevés

- Leurs enfants sont considérés à risque (génétique et environnemental)
- L‘hypoxie néonatale est l‘un des facteurs de risque prédisposant le plus élevé



Une femme enceinte atteinte de schizophrénie nécessite des soins obstétricaux optimaux

Allô! docteur ?!
Écoutez...si vous persistez
à vouloir m'espionner
ça va aller mal.

Meurtres d‘Enfants Commis par les Parents

Adapté selon : Phillip J Resnick APA-2003

- Idées d‘infanticide chez les mères :

  - 3% des femmes
  - 41% en présence de dépression majeure
  - 70% si DM et coliques chez BB > 3 hres par jour

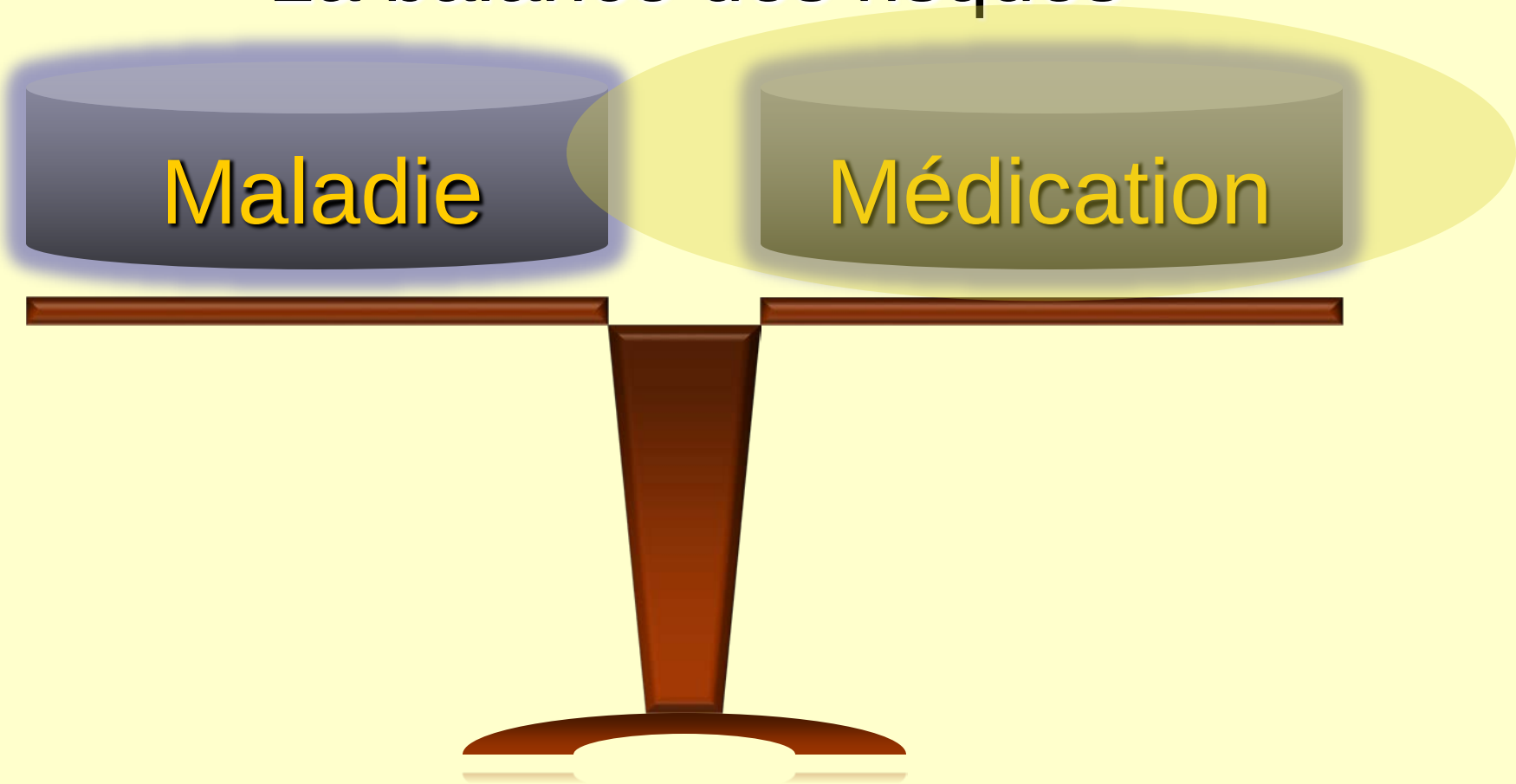
- Filicide: meurtre d‘un enfant de plus de 24 hres de vie
- Néonaticide : moins de 24 hres de vie
- 4.3 / 100,000 naissances vivantes de BB < 1 an (USA)
- USA : 150-300 néonaticides / année

  - Schizophrénie = 22%
  - Autres psychoses = 24%
  - Dépression majeure = 15%
  - Non-psychotiques = 15%
  - Troubles de la personnalité = 12%

Très fragile …mains expertes demandées

Avantages et Risques des Psychotropes en Grossesse

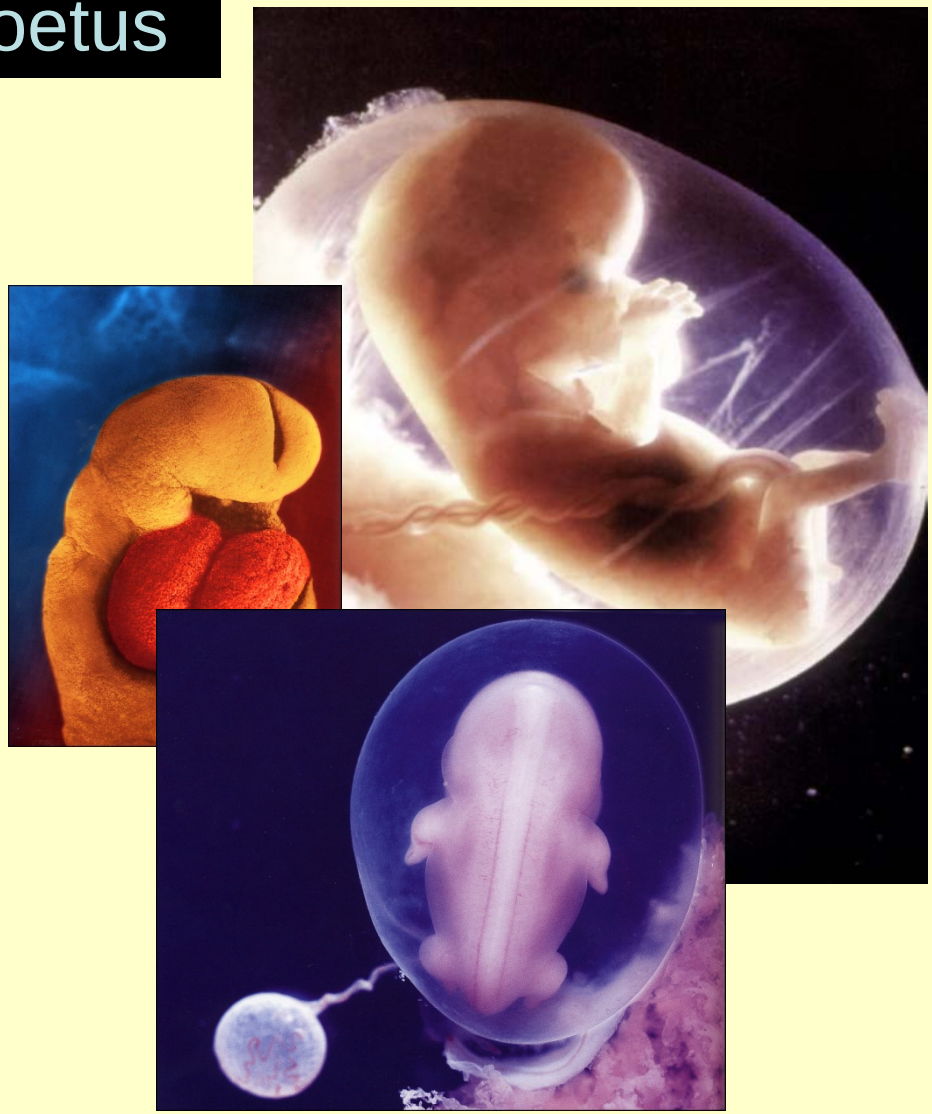
La balance des risques



Psychotropes et Grossesse

Risques potentiels pour le foetus

- Malformation des organes (tératogénicité)
- Toxicité néonatale (syndromes périnataux) et obstétricale
- Conséquences sur le développement (tératogénicité comportementale)



Psychotropes et Grossesse

Face à une femme enceinte ou désirant

le devenir et souffrant de troubles psychotiques,

<u>les choix p/r à la médication sont:</u>

1) Instaurer
2) Cesser
3) Modifier (type ou dosage)

The only test that also tells you when you conceived.

Click here for more information

How to interpret the results

Results	Time since conception	How your doctor will date your pregnancy (based on a 28-day cycle)*
Not Pregnant	**Your result is Not Pregnant** refer to question 12 in the Questions and Answers	-
Pregnant 1-2	**Your result is Pregnant** and you conceived approximately 1-2 weeks ago.	3-4 weeks
Pregnant 2-3	**Your result is Pregnant** and you conceived approximately 2-3 weeks ago.	4-5 weeks
Pregnant 3+	**Your result is Pregnant** and you conceived more than 3 weeks ago.	5+ weeks

*Your doctor will date your pregnancy from the first day of your last period, not from when you conceived.

Mise en Garde

Les risques et avantages relatifs à la psychopharmacothérapie durant la grossesse et l'allaitement doivent être soupesés pour chaque patiente et lui être expliqués.

L'utilisation des psychotropes est limitée aux seules situations pour lesquelles les risques pour la mère et le fœtus liés à une maladie psychiatrique traitée par les seules stratégies psychosociales seraient présumés supérieurs à un traitement médicamenteux.

Grossesse et Psychotropes
Problématique Complexe

- But = le contrôle des symptômes et non en rémission.
- Éviter médication sauf si avantages > risques.
- Choix selon:
  - Diagnostic.
  - Dangerosité actuelle/antérieure/prévisible.
  - Évolution antérieure quand médication ↓ ou cessée.
  - Tableau clinique avant premier traitement.
  - Fiabilité mère + réseau support (détection symptômes – décisions appropriées).

Grossesse et Psychotropes
Problématique Complexe

Principes directeurs

- Opter pour:
  - doses minimales efficaces et monothérapie.
  - Intermittent > continu.
  - Médications plus anciennes.
- ⇩ doses du 1/3 , 2 sem. avant DPA
- Monitoring obstétrical et psychiatrique conjoint
- Surveillance néonatale appropriée MANDATOIRE.
- Équipe interdisciplinaire.
- RAPPORTER LES CAS D'EXPOSITION.

Catégories de Risque en Grossesse-FDA

Catégorie	Interprétation
A	Les études contrôlées ne révèlent aucun risque : **des études bien conçues et bien contrôlées portant sur des femmes enceintes n'ont constaté aucun risque pour le fœtus.**
B	Aucune preuve de risque chez les humains : **SOIT** les données sur les animaux révèlent un risque**, mais celles sur les humains n'en révèlent aucun;** SOIT**, si aucune étude satisfaisante portant sur les humains n'a été menée,** les résultats chez les animaux sont négatifs**.**
C	On ne peut exclure la possibilité de risque : **Il n'y a pas de données provenant d'études chez les humains, et** les études chez les animaux : SOIT indiquent l'existence d'une risque **pour le fœtus,** SOIT aucune étude n'existe. **Toutefois, les avantages attendus peuvent justifier le risque possible.**
D	Il existe des preuves de risque : **Les données de la phase initiale ou après la mise en marché révèlent un risque pour le fœtus. Toutefois, les avantages attendus peuvent être supérieurs au risque.**
X	Contre-indiqué durant la grossesse : **Les études portant sur les animaux ou sur les humains ou les rapports de phase initiale ou après la mise en marché ont révélé que le risque pour le fœtus dépassait clairement tout avantage attendu pour la patiente.**

***Physicians' Desk Reference*. Montvale, NJ: *Medical Economics*; 2001**

Antidépresseurs et grossesse 2005

- 1°association des ISRS avec des malformations congénitales[1]
  - Omphalocèles(O.R.3.0) surtout Paxil (36% des cas rapportés)
  - Craniosynostoses(O.R.1.8)
- ISRS pris après la 20°sem,risques d'hypertension pulmonaire persistante du n-né [2]
- ISRS, risques de malformations majeures et mineures,de retard de croissance et de prématurité [3]

1.Alwan S et al.Birth defects Res.2005;731

2.Chambers CD et al. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2005;14(S2):S1-S218

3.Wogelius P et al.Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2005;14(S2):S1-S218,no 143

Antidépresseurs et grossesse 2006

Furent rapportés:

- Syndrômes de retrait
- Syndrômes sérotoninergiques
- Malformations congénitales
- Hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né
- Apgar plus bas
- Scores inférieurs au Bayley Behavioral Rating Scale (BSID II)

Antidépresseurs et grossesse 2006

"Antidepressants and pregnancy
Weighing risks and benefits
No easy task"

Hampton T

"Depressing observations on the use of selective serotonine-reuptake inhibitors during pregnancy "

Mills JL N Engl J Med février 2006;354(6):636-8

"Antidep
pregnar
Charybdis
on Scylla and

Rubinow DR.Am J Psychiatry juin 2006;163(6):954-6

Anne et Tim

- Anne est enceinte de 27 semaines
- La grossesse était désirée et planifiée
- Elle n’a aucun antécédent psychiatrique personnel
- Son obstétricien-gynécologue vous contacte par pagette après avoir constaté que ses mains étaient ravagées par les lavages excessifs, et qu’elle avait perdu 6 kilos en 7 semaines.
- Il est très inquiet
- Quelle sera votre conduite, et pourquoi ?

Antipsychotiques Atypiques & Grossesse

Passage Placentaire

Passage incomplet de la barrière placentaire pour Olanzapine, Haloperidol, Risperidone et Quetiapine mais passage placentaire significativement plus bas pour la Quetiepine*

*Twaites BRet al.J Psychopharmacology 2007;21(4):392-9

Antipsychotiques & Grossesse

Manque de données probantes et données existantes issues d`études prospectives ou rétrospectives sub-optimales, ainsi que de cas rapportés.

- Taux de fausses-couches plus élevé[1-4,6-9]
- Plus faible poids de naissance (FPN)[1-2,6-9]
- Absence d`évidence de tératogénicité sauf pour les APG à longues chaines aliphatiques[1,3-4,6-9]
- Pas de différence entre les atypiques quant aux taux de prématurité ou de FPN[1,6-9]
- Pas d`évidence de complications lors du travail[1]
- Pas d`évidence de toxicité néonatale[1]
- Pas d`évidence d`une sécurité supérieure des atypiques/majorité des typiques[3]

1.McKenna K, Koren G et al.J Clin Psychiatry 2005;66(4):444-9
2.Twaites BRet al.J Psychopharmacology 2007;21(4):392-9
3.Gentile S.Ann Pharmacotherapy 2004;38(7):1265-71
4.Gissler M et al.BMC Public Health 2010;10:3-10
5.Reis M.EBMH 2009;2(1):29
6.Kulkarmi J et al.Aust NZ J Psychiatry 2008;42:38-44
7.McCauley-Elsom RM et al.J Psychiatr Men Health Nurs 2010;17:97-104
8.Einarson A, Boskovic R.J Psychiatr Pract 2009;15:183-92
9.Nguyen HTT et al.Adv Ther 2009;26(3):281-94

Antipsychotiques en Monothérapie & Grossesse (n 52) Newham J et al 2006

Exposition(n)	Naissance vivante normale	Naissance vivante malformation	Fausse couche	Avortement
Flupenthixol (10)	7	1£	1	1
Chlorpromazine (4)	1	0	2	1
Sulpiride (4)	4 (S 2/4)	0	0	0
Prochlorerazine (3)	3	0	0	0
Trifluoperazine (3)	1	1₮	1	0
Haloperidol (2)	1 (S 1)	0	0	1
Zuclopenthixol (1)	1	0	0	0
Olanzapine (14)	10 (S 2/14)	1¥	1	2
Quetiapine (5)	3	0	1	1
Risperidone (3)	3	0	0	0
Clozapine (2)	2	0	0	0
Amisulpride (1)	1	0	0	0

₮ : Pied bot bilatéral
¥ : Diabète gestationel, microcéphalie, blépharoptose unilatérale

S : Symptômes de sevrage
£ : Dilatation du bassinet du rein

Newham J et al.Clin Toxicology 2006;44(4):584-5

Louise, Steeve, et Jacob

- Louise est emmenée à l'urgence par les policiers à 3:00 hres am
- Elle faisait du jogging en pyjama dehors
- On est en février et il fait - 20°
- Elle est enceinte de 37 semaines
- Elle n'a aucun antécédent psychiatrique mais son père aurait eu un diagnostic de schizophrénie
- Quelle sera votre conduite immédiate ?
- Quels sont les risques en postnatal et comment comptez-vous les prévenir ?
- Quelle sera votre conduite si elle désire une autre grossesse ?

Antipsychotiques & Grossesse

Base de données Cochrane-2003
Aucune étude n`a rencontré les critères de sélection

“Les lignes directrices et la pratique clinique quant à l`utilisation des antipsychotiques chez les femmes psychotiques durant la grossesse et le postpartum **ne sont pas fondées sur des données probantes.“**

“Bien que des préocupations éthiques aient empêché l`utilisation d`études randomisés contrôlées, l`utilisation des antipsychotiques pour ce groupe de femmes **pose en soi des questions éthiques et cliniques significatives.“**

“Nous avons besoin de données probantes provenant d`études pragmatiques **pouvant réfléter la pratique clinique."**

Webb RT, Howard L, Abel KM. Cochrane Database of Systematic Reviews

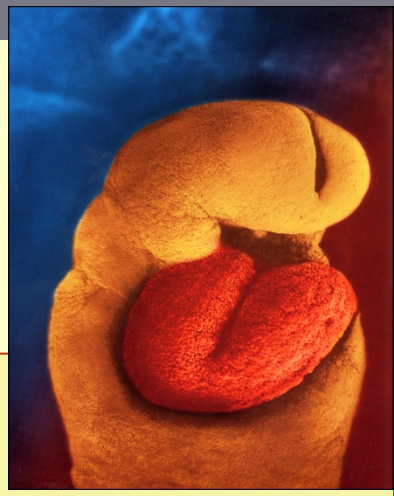
Protocole de surveillance pour les antipsychotiques atypiques (IUSMQ)

	Au départ	1 mois	3 mois	q 6 mois	Annuellement
Examen médical	X				X
Formule sanguine	X				X
Fctn rénale	X				X
Fctn hépatique	X				X
IMC	X	X	X	X	X
Tour de taille	X	X	X	X	X
Glycémie à jeun	X	X	X	X	X
Bilan lipidique	X	X	X	X	X
TSH	X		X		X
Prolactine	X		X		X
ECG[1]	X	X		(X)	X
EEG[2]	X		X		

Avec la clozapine, ajouter autres éléments qu'il faut surveiller. Avec la quétiapine, ajouter évaluations ophtalmologiques

1. Lors de l'instauration chez tous les patients, puis à intervalles réguliers dans la population à risque élevé selon le CCVS
2. Chez les épileptiques et chez les patients exposés à des médicaments pouvant réduire le seuil convulsif

Lithium en Grossesse et Allaitement



Tératogène
Toxique
Psychotératogène ?

Anomalies cardiaques (Ebstein)

- 0.05% vs 0.1% pop. gén.
- i.e.1/1000 à 1/2000 si exposition au T 1

Echo fetal type II sem. 16 à 18 si expo. T_1.

Éviter en T_1 et en allaitement
(faire lithiémies au BB si exposé)

1.Cohen LS et al. JAMA 1994;271:146-50
2.Nguyen HTT,Sharma V,McIntyre RS.Adv Ther 2009;26(3):281-94
3.Viguera AC,Cohen LS Baldessarini RJ et al.Arch Womens Mental Health 2010;13:175-8
4.Cohen LS,Wang B,Nonacs R,Viguera AC,Lemon EL,Freeman MP.Psychiatr Clin N Am 2010;33:273-93
5.Galbally M et al.Aust NZ J Psychiatry 201044:99-108

Acide Valproique et Grossesse

Tératogène
Toxique
Psychotératogène

- Spina bifida (3% à 8%).
- Malform. mineures rapportées faciès, cœur, membres
- Risques psychotératogènes (22%-71%)
- Folates 4 à 5 mgr die 4 sem. avant gestation et pendant T_1.
- Non formellement contrindiqué en allaitement mais risques toxiques .
- ECHO FÉTAL-II (sem. 16-19) et fetoprotéines.

1.Adab N et al.J Neurosurg Psychiatry 2001;70:15-21
2.Holmes MB et al.Am J Obstetr Gyn2002;187 S : 5137
3.Monographie du produit 2009
4.NAAED Pregnancy Registry 2009
5.Cohen LS et al. JAMA 1994;271:146-50
6.Nguyen HTT,Sharma V,McIntyre RS.Adv Ther 2009;26(3):281-94
7.Viguera AC,Cohen LS Baldessarini RJ et al.Arch Womens Mental Health 2010;13:175-8
8.Cohen LS,et al. Psychiatr Clin N Am 2010;33:273-93
9.Galbally M et al.Aust NZ J Psychiatry 201044:99-108

Christine et David

Christine a un trouble bipolaire de type I stable depuis 3 ans

Elle a eu 2 hospitalisations pour manie puis dépression, avec éléments psychotiques, mais sans dangerosité

Elle a une excellente autocritique, et un niveau psychoéducatif très élevé

Le couple est solide et le conjoint connaît bien la maladie

Ils désirent un enfant

Christine prend Epival 1500 mg et Seroquel 300mg hs

Quelle sera votre conduite ?

Autres Anticonvulsivants et Grossesse

Alerte-FDA : augmentation du risque suicidaire pour tous les patients exposés aux anticonvulsivants

Carbamazépine :

- Spina bifida (0.5 à 1%) + malfor. min.
- Folates 5 mg die, 4 sem. avant la grossesse et durant T1
- Echo fetal type II sem. 16 à 19 et fétoprotéines

Lamotrigine: serait + sécuritaire

- Alerte du FDA en sept 2006, mise à jour en 2008

Fentes labiales et palatines rapportées (8.9/1000 lors d`exposition en T1 pour 0.5 à 2.16/1000 chez les enfants non exposés)

Cette alerte est contestée par le CRAT le 24 mars 2009

Topiramate et Gabapentin : manque de données.

1.Jones KL et al.N Eng J Med 1989;320:1661-1666
2.Régistre des naissances Lamictal 2003
3.FDA 2009
4.NAAED 2009
5.CRAT , 24 mars 2009
(Centre de Référence sur les Agents Tératogènes)
6.Cohen LS et al. JAMA 1994;271:146-50
7.Nguyen HTT,Sharma V,McIntyre RS.Adv Ther 2009;26(3):281-94
8.Viguera AC,Cohen LS Baldessarini RJ et al.Arch Womens Mental Health 2010;13:175-8
9.Cohen LS,et al. Psychiatr Clin N Am 2010;33:273-93
10.Galbally M et al.Aust NZ J Psychiatry 201044:99-108

Le rêve…

…La réalité

Les enjeux de l‘allaitement

- L‘allaitement est la meilleure alimentation que peut recevoir le bébé
- Le lait maternel:
  - est toujours frais, prêt , riche en nutriments essentiels
  - se modifie avec l’âge du bébé
  - favorise l‘attachement
  - favorise la qualité du lien mère-enfant
- L‘allaitement favorise les contractions utérines et protègerait contre le cancer du sein

Les enjeux de l‘allaitement

- Mais…
- L‘allaitement est une tâche parfois épuisante
- Surtout après une première grossesse
- et peut nuire aux besoins de sommeil
- Certaines femmes nécessitant la prise de médication en postpartum ne peuvent pas allaiter
- Il est déconseillé pour celles chez qui une altération du biorythme et du cycle éveil-sommeil est liée à un haut risque de rechûte

Les Enjeux de l‘Allaitement pour la Mère Atteinte de Troubles Mentaux Sévères

- Ne nous transformons pas en sectes culpabilisantes de l‘allaitement à tout prix
- Une mère qui, pour des raisons médicales , ne peut pas allaiter, n‘est pas pour autant une mère incompétente
- Ces mères, en absence d‘un traitement médicamenteux adéquat, avec la fatigue et le manque de sommeil, peuvent le payer très cher
- Attention aux pressions indues verbales et non verbales, aux remarques dévalorisantes

Traitements non Pharmacologiques

- Psychothérapies
- Psychoéducation
- Luminothérapie,
- Interventions conjugales et familiales
- Thérapies de modifications de l‘environnement et de gestion du stress
- Oméga-3
- Activité physique

Oméga-3 et grossesse

Ayant un impact positif sur la santé globale, un apport adéquat en oméga-3 est très important durant la grossesse [1]

- Les bébés en ont besoin pour le développement normal du cerveau et de la rétine [2]
- Les ώ-3 de la mère sont transférés au foetus durant la grossesse, avec une déplétion potentielle pour elle [3]
- Les apports sont inadéquats en Amérique du Nord [4]
- Les apports semblent protéger contre la prématurité et la pré-éclampsie [5], de même que la paralysie cérébrale [6]
- Absence d'effets indésirables chez le foetus ou sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement [7]

1.Freeman MP et al.JAMWA 2004;59:216-224
2.Holman RT et al.Proc Natl Acad Sci 1991;88:4835-4839
3.Min Y et al.Int J Vitam Nutr Res.2000;70:70-75
4.Benisek D et al.Obstetr Gynecol.2000;95:77-78
5.Williams MA et al.Epidemiology 1995;6:232-237
6.Petridou E et al.Br J Nutr1998;79:407-412
7.Olsen SF et al.Lancet 1992;237:1003-1004

Plan de la Présentation

1. **Introduction**
   - Testons nos connaissances
   - Vignettes cliniques
2. **Les enjeux contemporains de la grossesse**
   - Accoucher d'un enfant
     ou accoucher d'un accouchement ?
   - Accoucher, « une orgie masochiste » ?
   - Accoucher en Amérique…
3. **Les enjeux biopsychosociaux de la grossesse**
   - La grossesse, crise d'identité
   - Obstétrique pour les « nuls »…
   - La face cachée des hormones sexuelles
4. **L'analyse des risques pour la mère et l'enfant**
   - Les risques de la maladie mentale
   - Les risques du traitement

5. Conclusion

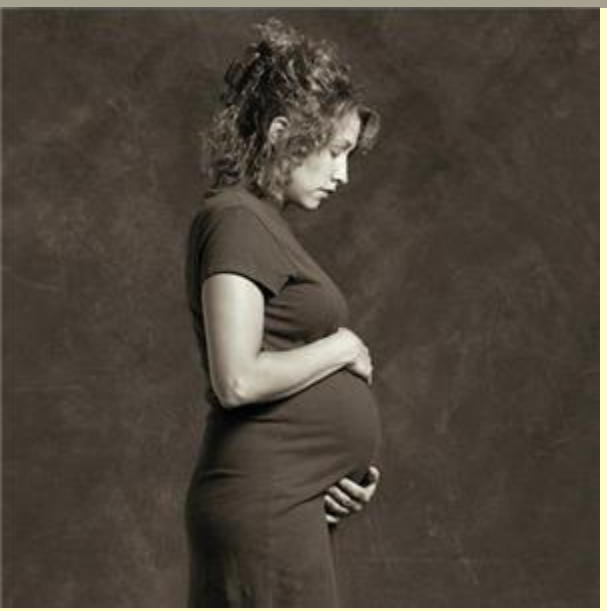
- Diriger un plan d'intervention globale
- Promouvoir l'amélioration de services

Consultation Psychiatrique Périnatale
INFORMATIONS IMPORTANTES

- Cycle menstruel (type, SPM ou TDPM)
- Antcd. pers. **et** fam. psychiatriques avec emphase sur le cycle reproducteur
- Évolution antérieure de la maladie et stade actuel.
- Histoire médicamenteuse.
- Indices de dangerosité et facteurs de risque.
- Signes précurseurs de décompensation.
- Niveau psychoéducatif.
- Autocritique.
- Niveau d’alliance thérapeutique.
- Support sociofamilial et utilisation antérieure
- Ressources financières

PESER LES RISQUES

Consultation Psychiatrique Périnatale



Une grossesse planifiée et un suivi approprié MAXIMISENT LES CHANCES d'une ISSUE HEUREUSE.

- Faire un « plan » de conception, grossesse, et post-partum INDIVIDUALISÉ.
- Suivi GARE et GARPE
  (**G**rossesses **À** **R**isque **P**sychiatrique **É**levé)

FILET DE SÉCURITÉ

Saunya et Guy

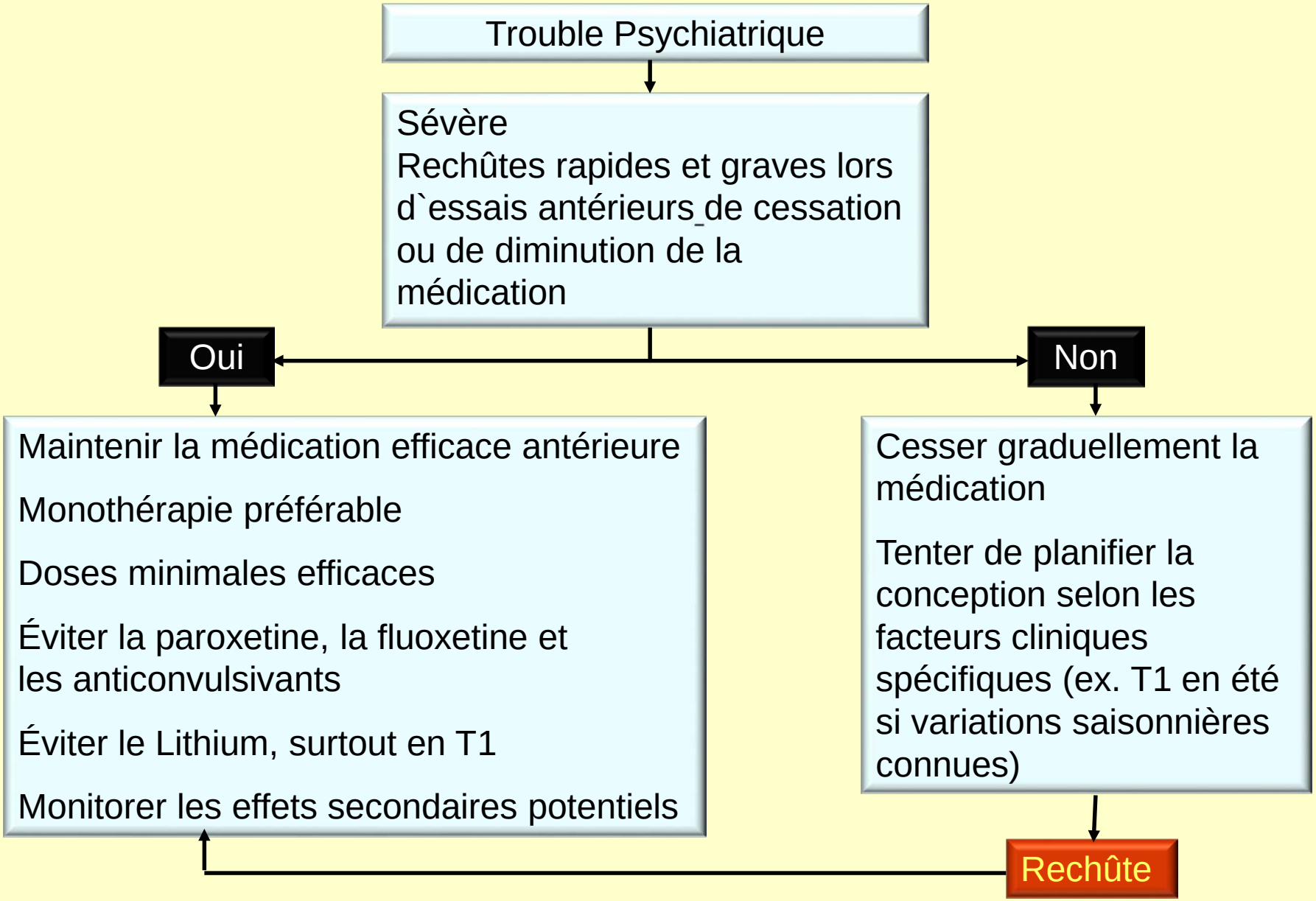
- Tous deux sont atteints de schizophrénie
- Saunya est en rémission depuis 5 ans
- Guy a une schizophrénie paranoide résiduelle à symptômes positifs
- Ils consultent car ils désirent un enfant mais veulent d'abord en connaître les risques
- *Comment effectuer l'analyse optimale de ces risques?*

Troubles Psychotiques et Bipolaires
Prise en Charge Postnatale

Hauts risques de rechute en présence de bipolarité
Psychose postpartum (J 3 à 10 postpartum)
Manies ou hypomanies (sem 2 à 4 postpartum)
Dépression (1 à 3 mois postpartum)

- Prévoir un suivi multidisciplinaire psychiatrique intensif en collaboration avec les partenaires du réseau
- Visites régulières d`un intervenant en FEJ (infirmière en périnatalité) et en santé mentale
- Faciliter le maintien du biorythme de la mère en recommandant aux proches et intervenants de contribuer au support nécessaire
- Évaluer la compétence parentale en continu

Troubles Psychiatriques, Grossesse, Médication
Algorithme



Lucie, François et Nathan

- Lucie a 31 ans et a un diagnostic de schizophrénie indifférentiée chronique depuis l'âge de 18 ans
- Elle a aussi une dépendance à l'alcool
- Son conjoint est très supportif et leur union est harmonieuse, mais fusionnelle
- François n'a aucun antécédent psychiatrique mais est lui aussi dépendant à l'alcool
- Lucie prend une combinaison de chlorpromazine 200mg hs et de perphenazine 16mg am.
- Elle est plus ou moins compliante à sa médication en raison d'effets secondaires
- Elle est enceinte de 8 semaines
- La grossesse n'était pas planifiée
- *Que devraient être vos prochaines démarches cliniques?*

Promouvoir l'Amélioration des Services

Systématiser nos interventions

- Dépister systématiquement les femmes à risque à l'aide d'outils reconnus, et créer de nouveaux outils
- Établir une trajectoire de services dans chaque région
- Créer un registre provincial en psychiatrie périnatale
- Mettre sur pied des réseaux locaux, régionaux, nationaux, et internationaux
- Supporter la formation continue pour tous les intervenants impliqués (psychiatrie, obstétrique, pédiatrie etc...)
- Contribuer aux efforts de recherche

Promouvoir l'Amélioration des Services

Supporter la <u>création</u> de ressources adaptées

- Unités d'hospitalisation mères-enfants en psychiatrie
- Centres surspécialisés régionaux à vocations clinique, de recherche et d'enseignement:
  - Géographiquement centralisés et accessibles
  - Espaces bureaux pouvant accomoder tous les intervenants impliqués, avec miroirs unidirectionels
  - Centres et hopitaux de jour adaptés
  - Ilôts "Mère-Enfant" et possibilité de lieux de traitement adaptés à la famille entière
  - Centres de référence informatisés

Promouvoir l'Amélioration des Services

Mettre en place un réseau intégrant tous les acteurs :

- Organismes communautaires
- Sages-femmes et Maisons de naissance
- CLSC : équipes FEJ, périnatales, santé mentale
- CH : départ. d'obstétrique,pédiatrie,néonatalogie, psychiatrie, urgence
- Cliniques médicales, UMF, GMF, cliniques réseaux
- Instituts de santé publique
- Centres de recherche
- Programmes surspécialisés de psychiatrie périnatale
- Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- Autorités locales, régionales et provinciales

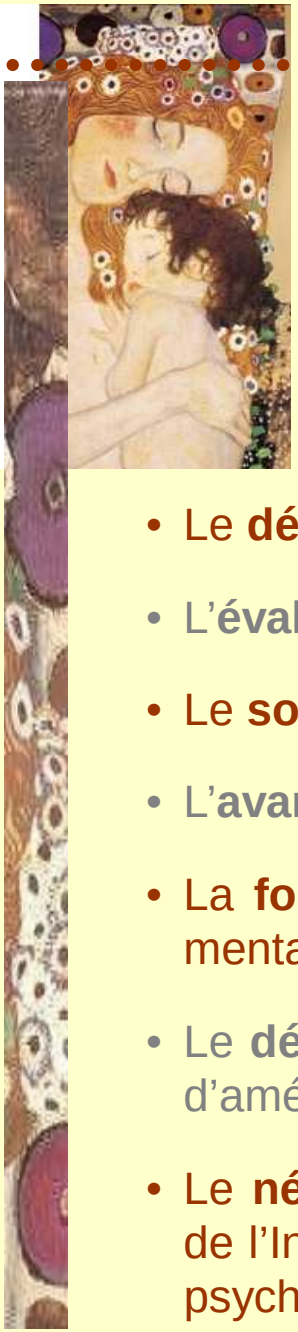
Sophie et Maxime

- Sophie a 32 ans et prend 5 mg d'Olanzapine hs
- Elle a fait 2 épisodes psychotiques il y a 8 et 4 ans et reçu un diagnostic de psychose ns
- Elle est en couple stable depuis 3 ans
- Leur fils Maxime est hospitalisé pour retard de développement. Il a 1 an.
- Le personnel de pédiatrie alerte la DPJ car ils trouvent la mère « bizarre »
- *Quels sont les handicaps parentaux les plus fréquents chez les parents atteints de troubles psychotiques?*
- *Comment pourions-nous améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles psychiatriques périnataux ?*

Institut universitaire
en santé mentale
de Québec

« *Mother and Child* » par Gustav Klimt

PROGRAMME-CLIENTÈLE DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE



RAISON D'ÊTRE DU PROGRAMME

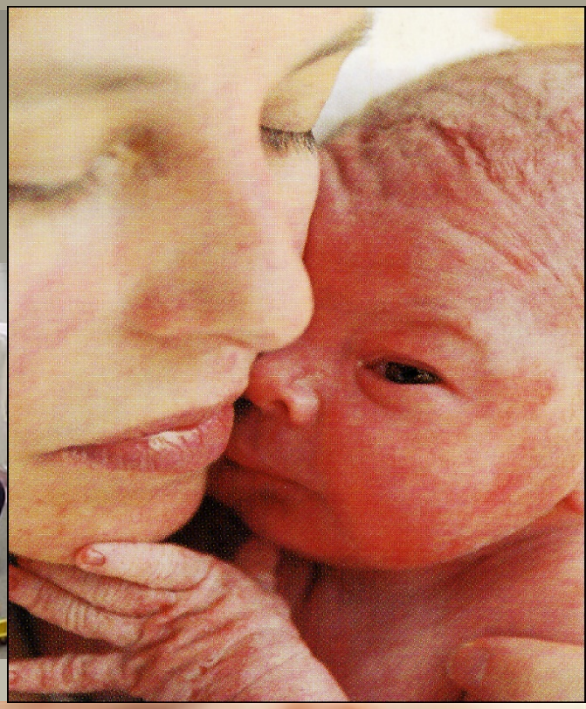
Le programme-clientèle de psychiatrie périnatale a comme **raison d'être** l'implantation de services permettant :

- Le **dépistage précoce** et la **prévention** des troubles mentaux;
- L'**évaluation** et le **traitement en interdisciplinarité**;
- Le **soutien** et la **collaboration** avec les autres intervenants du réseau;
- L'**avancement des connaissances** et l'essor de la **recherche**;
- La **formation** d'intervenants en voie de développer une expertise en santé mentale périnatale;
- Le **développement de ressources** en psychiatrie périnatale au Québec afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services;
- Le **nécessaire rattachement** de ce programme aux services de psychiatrie de l'Institut (et non aux services de pédiatrie) étant donné les problématiques psychiatriques des patientes.

PROJETS EN COURS

- Centre de documentation spécialisé en périnatalité;
- Site internet spécialisé en psychiatrie périnatale;
- Outil de dépistage en collaboration avec le CSSS-Québec Nord : questionnaire sur le bien-être psychologique durant la grossesse et après un accouchement (QSMP);
- Réseautage avec les cliniques similaires (national, international);
- Recueil «*Il était une fois*… » destiné aux mères et aux familles et ayant une visée éducative;
- Contact avec La Société Le Radoub pour l'implantation de l'Unité d'hébergement thérapeutique;
- Recherche sur le lien entre Oméga-3 et dépression;
- Formation offerte aux intervenants du CSSS-Québec Nord : les grands enjeux de la détection et du traitement des désordres psychiatriques périnatales;
- Formation et enseignement des stagiaires et des intervenants du réseau de la santé;
- Octroi d'un fond du CRULRG en vue de développer une base de données informatisée en psychiatrie périnatale.

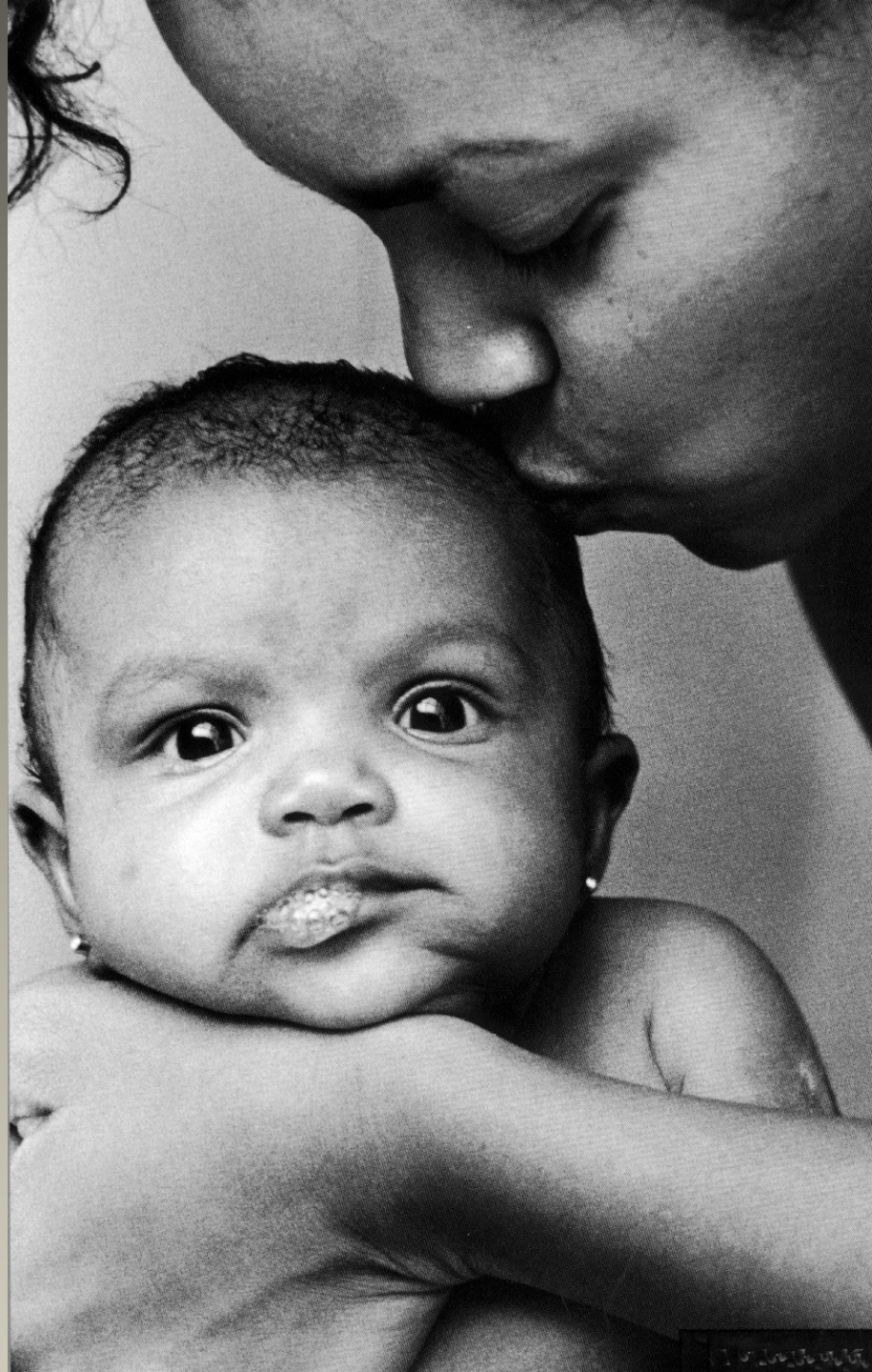
Détectez les Lacunes
Assurer l'Accès au Coaching Parental



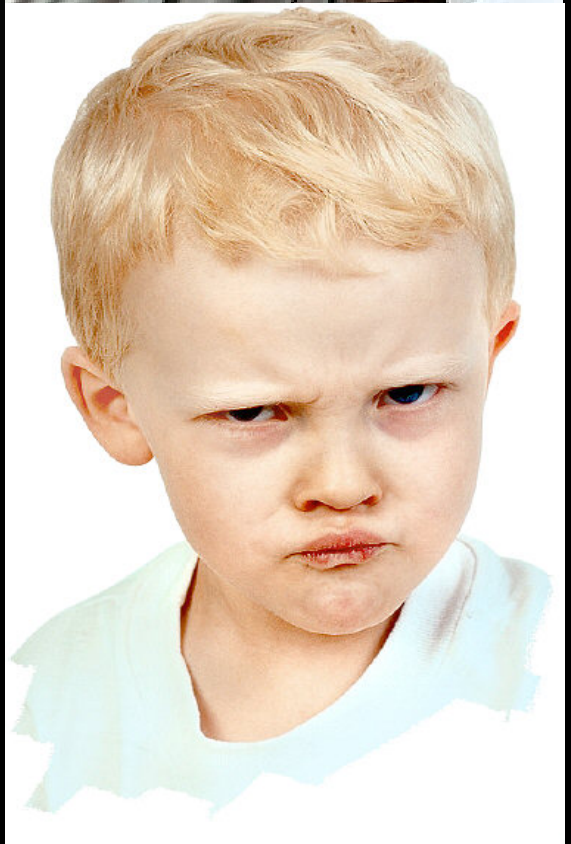
“ Une mère comprend

ce qu‘un enfant

ne dit pas “



Premiers contacts



J‘ai besoin de

Nourriture

Affection

Attention

Chaleur

etc…

Mamman a besoin de

Patience

Tolerance

Cognitions normales

Energie

Humeur normale

etc…

Je peux

te réveiller

être irritable

avoir des coliques

t‘inquiéter beaucoup

avoir un tempérament…

vomir

crier

pleurer

être malade

être sale

cesser de manger

avoir une jaunisse

devenir le centre de l‘univers…

Pour une prise en main adéquate

Il faut partir du bon pied

Il vous dit merci

Pour nous joindre

Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec
2601 de la Canardière, Québec, Qc,G1J-2G3

Programme de Psychiatrie Périnatale

Mme Solange Gagnon, inf. Bach.
(418) 663-5000 poste 6745
solange.gagnon@institutsmq.qc.ca
Dr Marie-Josée Poulin
marie-josee.poulin@institutsmq.qc.ca

Module d'évaluation-liaison (MEL)

Mme Hélène Desaulniers
(418) 663-5000 poste 4304