

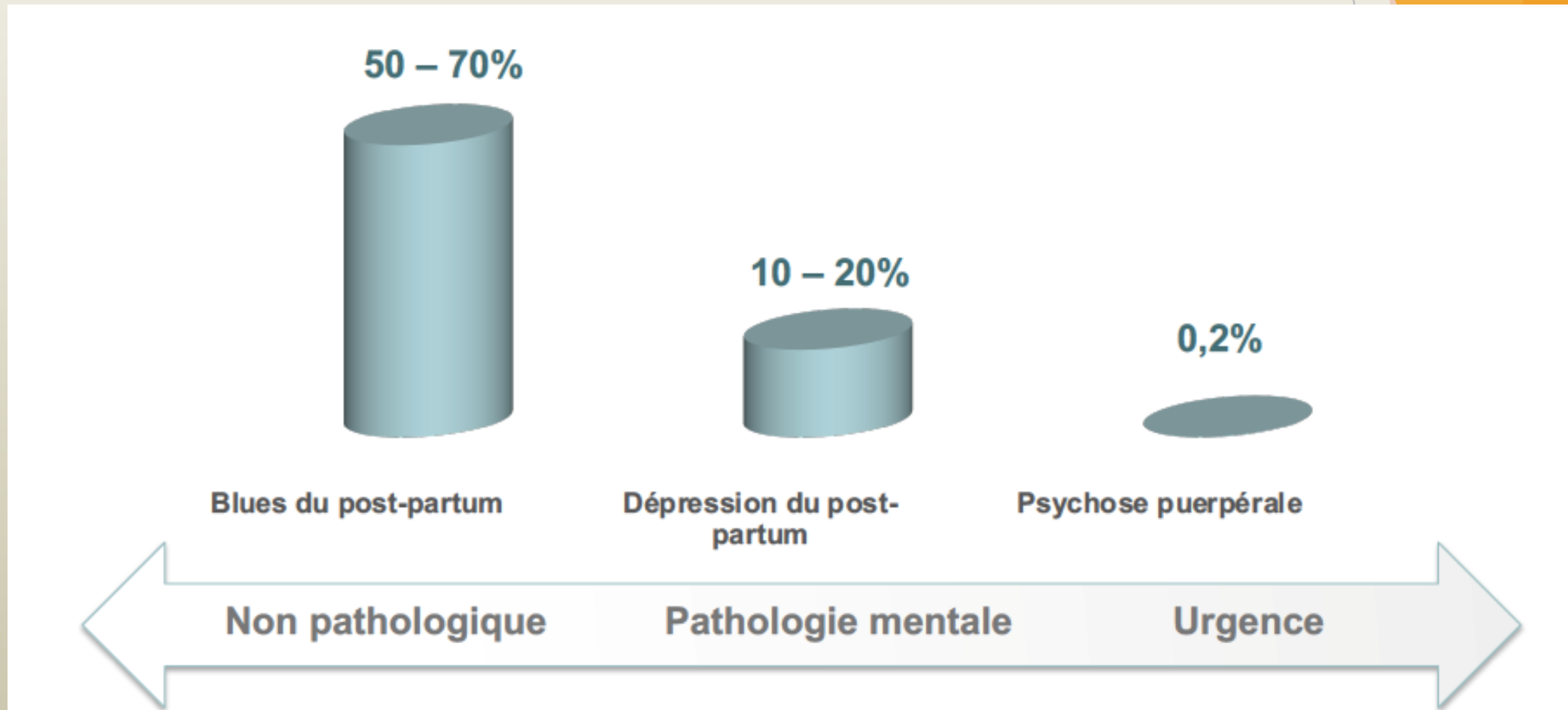
La dépression périnatale

Professeur Catherine MASSOUBRE
CHU de Saint-Etienne

Soirée Pharmaciens C Massoubre 150224

Université Jean Monnet, équipe de recherche TAPE 7423

En postpartum



La dépression périnatale : un enjeu majeur de santé et de société (1)

- ▶ **Complication la plus fréquente en période périnatale** (anténatal jusqu'aux 12 mois de l'enfant) touchant 11.9% des femmes
- ▶ **Conséquences négatives multiples**
 - ▶ pour la mère (suicide=1^{ère} cause de mortalité maternelle en période périnatale avec 1 suicide / mois; 91% de décès évitables car liés à des soins non-optimaux; altération du bien être et de la qualité de vie)
 - ▶ pour l'enfant (altération de la qualité des interactions précoces mère-bébé et du développement psychique et cognitif de l'enfant)
 - ▶ et pour le 2^{ème} parent (risques de tension et de violence conjugales accrus, dépression périnatale paternelle)
- ▶ **Non repérée, sous-diagnostiquée** (diagnostic dans 30% des cas) **et non ou mal traitée** (15% de traitement et 8% de traitement optimal)
- ▶ **Coût sociétal majeur= 73 822£ / dyade mère-bébé**

La dépression périnatale : un enjeu majeur de santé et de société (2)

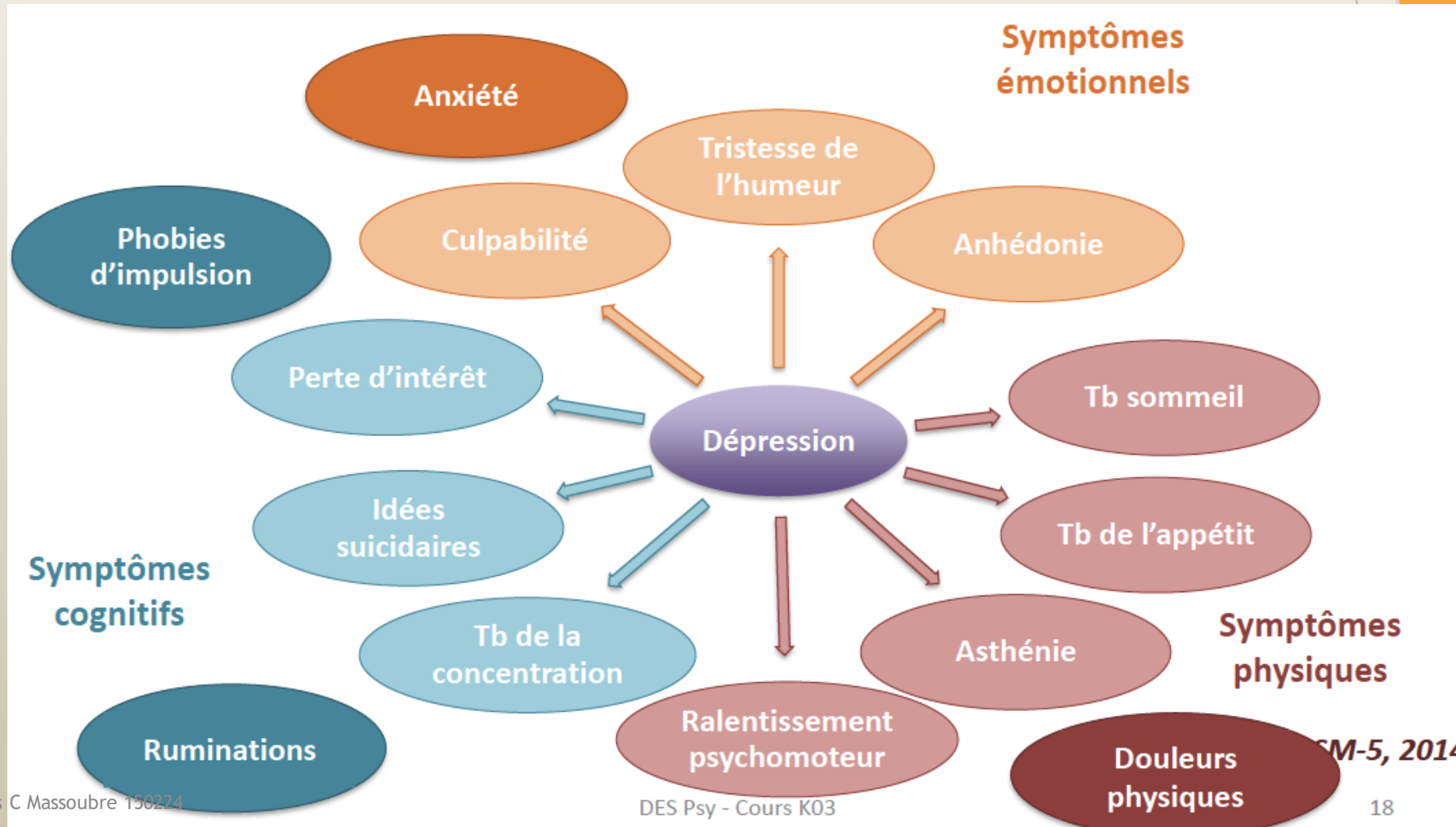
▶ Des freins majeurs à l'accès aux soins

- stigmatisation
- la peur d'être considérée comme une « mauvaise mère »
- sentiment de honte / culpabilité
- la peur de l'implication des services sociaux
- le manque de formation des sages-femmes sur la dépression périnatale
- le manque de coordination entre les équipes psychiatriques et obstétricales

▶ Souhaits / préférences des mères

- Être interrogée pendant la grossesse sur leur bien-être et leur santé mentale
- Aborder le sujet avec une sage-femme plutôt qu'avec un professionnel de santé mentale

La dépression périnatale : quels symptômes ?



Mécanismes et facteurs de risque

Meltzer-Brody, 2018; Howard, 2020; Tebeka, 2021

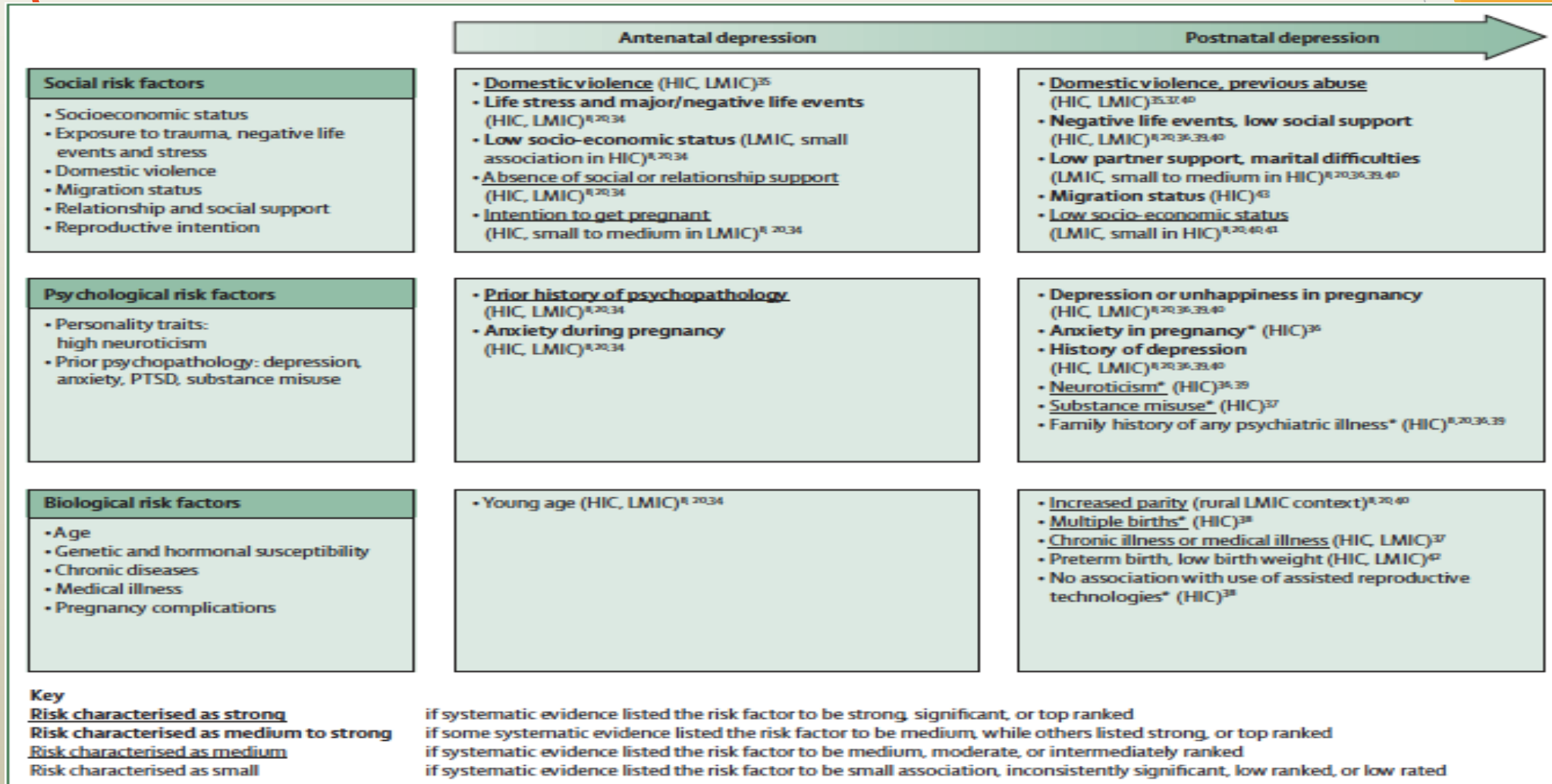


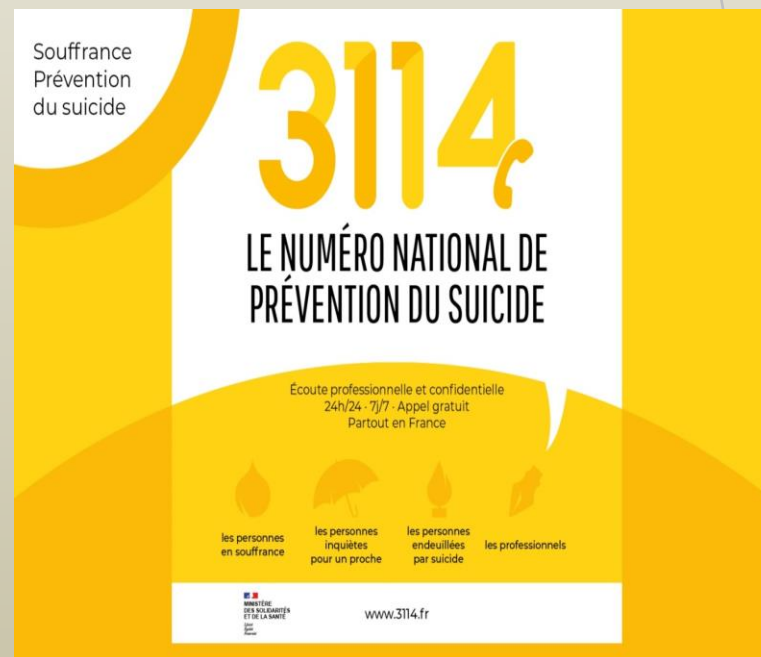
Figure 1: Risk factors for antenatal and postnatal depression: systematic review evidence

Risk factors for antenatal and postnatal depression are categorised by strength of risk in HICs and LMICs. Extent of risk indicated for HIC and LIC. HIC=high-income countries. LMIC=low-income and middle-income countries. PTSD=post-traumatic stress disorder. *Evidence only available from one setting.



- 1^{re} cause de mort maternelle en post-partum
 - 1 suicide maternel par mois
- Délai médian de survenue : 120 jours post-partum
- Évitabilité 90%, donc grande marge d'amélioration
 - Savoir repérer les signes d'alerte en prénatal et en post-partum
 - Suivi coordonné organisé indispensable en présence d'une situation de vulnérabilité psychiatrique

Suicide en période périnatale



Un dépistage systématique: pourquoi faire ?

Review | EVIDENCE REPORT FOR THE USPSTF

Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women
Evidence Report and Systematic Review
for the US Preventive Services Task Force

Elizabeth O'Connor, PhD; Rebecca C. Rossom, MD, MSCR; Michelle Henninger, PhD; Holly C. Groom, MPH; Brittany U. Burda, MPH

Figure dans certaines recommandations nationales (par ex, NICE-UK, Australie, Pologne) mais pas d'autres (par ex, Canada)

Figure 3. Benefits of Screening Programs: Depression Prevalence Reported Within 1 Year (Key Questions 1 and 1a)

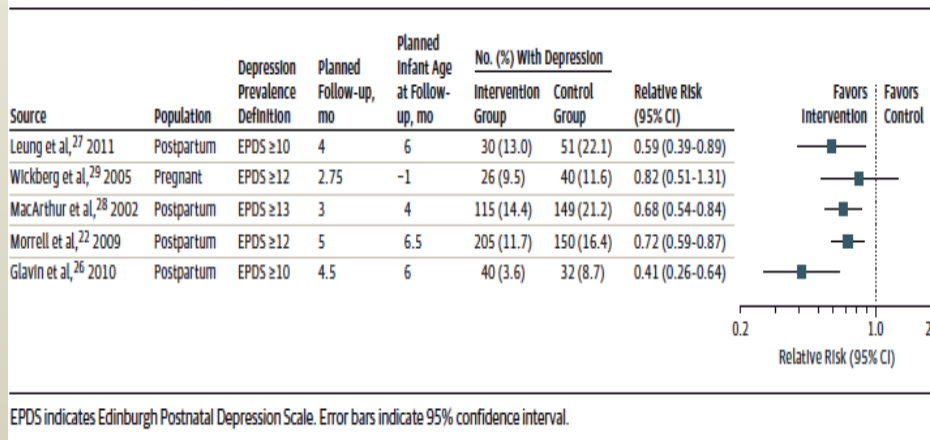
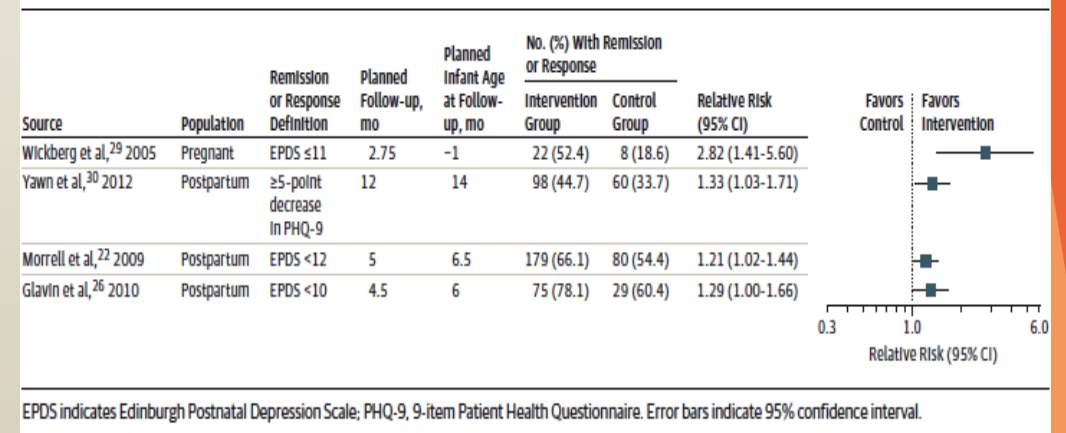


Figure 4. Benefits of Screening Programs: Depression Remission or Response Reported Within 1 Year (Key Questions 1 and 1a)



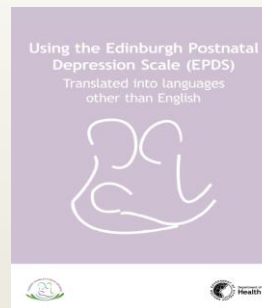
Quel impact attendre sur quoi ?

Réduire la stigmatisation associée aux troubles psychiques périnataux et faciliter l'abord de la santé mentale en période périnatale par les professionnels de périnatalité - limite l'impact des biais d'orientation

Effets positifs et négatifs de l'auto-identification

Dépister la dépression / les troubles anxieux en période périnatale

Edinburgh Post-Natal Depression Scale



PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté:
Aussi souvent que d'habitude
Pas tout-à-fait autant
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir:
Autant que d'habitude
Plutôt moins que d'habitude
Vraiment moins que d'habitude
Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal:
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, jamais
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs:
Non, pas du tout
Presque jamais
Oui, parfois
Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons:
Oui, vraiment souvent
Oui, parfois
Non, pas très souvent
Non, pas du tout
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements:
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil:
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse:
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Pas très souvent
Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré:
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Seulement de temps en temps
Non, jamais
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal:
Oui, très souvent
Parfois
Presque jamais
Jamais

- *Au cours du dernier mois, avez-vous été souvent dérangée par un sentiment d'être abattue, de dépression ou de ne plus avoir d'espoir ?*

- *Au cours du dernier mois, avez-vous souvent été gênée par le manque d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?*

Valeurs indicatives

Score total > 9 à J3

Score total > 12 à 1 mois postpartum

Item 10 > 2 : risque suicidaire ?

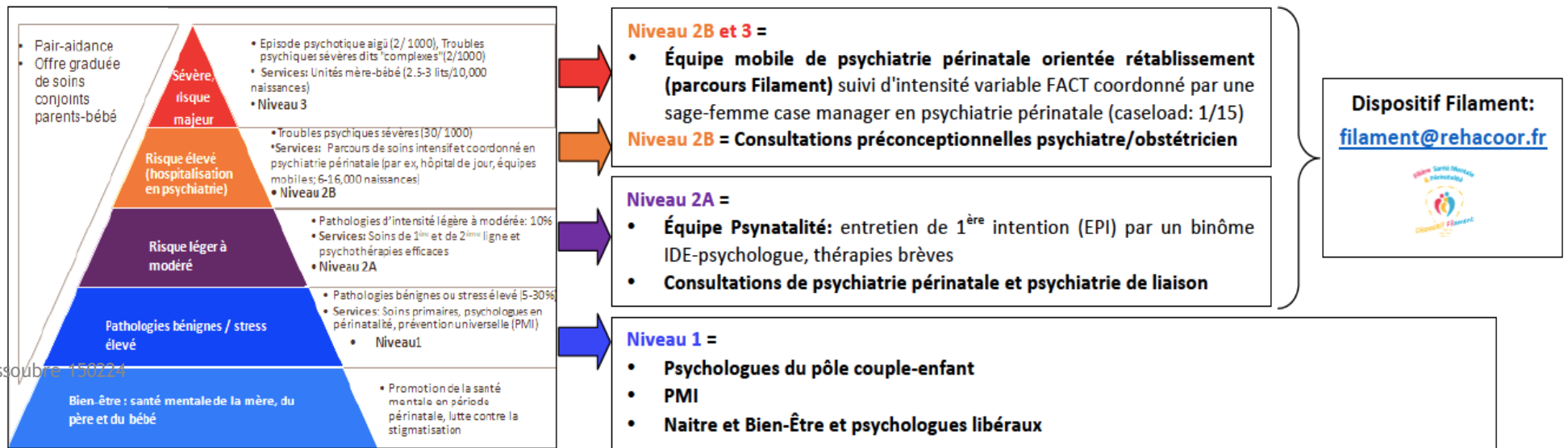
Dépister les troubles psychiques périnataux

Edinburgh Post-Natal Depression Scale

- Lutter contre la stigmatisation
- Facilite l'initiation de discussions sur la santé mentale en période périnatale

Abord dans la perspective du rétablissement et intégration dans un parcours gradué de soins conjoints

Annexe n°2 : Parcours gradué de soins conjoints dans la Loire



Traitements :
15% de traitement et 8%
de traitement optimal

Traitement médicamenteux : CRAT (Centre de référence

sur les Agents Tératogènes)

▶ En cours de grossesse

- ▶ Ne pas arrêter brutalement un traitement par antidépresseur lors de la découverte d'une grossesse.
- ▶ Refaire le point sur la stratégie thérapeutique et apprécier l'intérêt d'une prise en charge non médicamenteuse. En effet, le bien-fondé de tout traitement chronique par antidépresseur en cours de grossesse doit être clairement établi.
- ▶ Si un traitement antidépresseur est justifié :
 - ▶ Ne pas hésiter à traiter efficacement une femme enceinte.
 - ▶ Utiliser les posologies minimum efficaces nécessaires à l'équilibre maternel, sans pour autant sous-doser.
 - ▶ Ne pas hésiter à augmenter les posologies si l'efficacité du traitement diminue en cours de grossesse (modifications pharmacocinétiques).

Traitement médicamenteux : CRAT (Centre de référence

sur les Agents Tératogènes)

▶ En cours de grossesse

▶ Si un traitement antidépresseur est justifié :

▶ Ne pas diminuer de façon systématique les posologies avant l'accouchement (risque de décompensation maternelle).

▶ Limiter autant que possible les associations de psychotropes et choisir de préférence un seul médicament par classe (1 seul antidépresseur et/ou 1 seul neuroleptique et/ou 1 seul anxiolytique ...).

▶ Anticiper l'allaitement.

▶ Rappelons qu'une pathologie dépressive maternelle mal équilibrée / non traitée alors qu'elle le devrait peut avoir des répercussions négatives sur le déroulement de la grossesse (prématurité, petit poids de naissance etc.) et sur l'enfant.

Si un traitement est nécessaire en cours de grossesse, les antidépresseurs suivants peuvent être utilisés, quel que soit le terme de la grossesse (par ordre alphabétique) : CRAT

▶ Inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRSS) :

- ▶ le citalopram (Séropram®)
- ▶ l'escitalopram (Séroplex®)
- ▶ la fluoxétine (Prozac®)
- ▶ la paroxétine (Deroxat®)
- ▶ la sertraline (Zoloft®)
- ▶ si la patiente envisage **d'allaiter**, on préférera la **sertraline** ou la **paroxétine**, IRSS bien évalués en cours de grossesse et pour lesquels les données sur l'allaitement sont plus nombreuses.

▶ Inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) :

- ▶ la duloxétine (Cymbalta®)
- ▶ la venlafaxine (Effexor®)

▶ Tricycliques :

- ▶ l'amitriptyline (Laroxyl®)
- ▶ la clomipramine (Anafranil®)

▶ Autre classe d'antidépresseur :

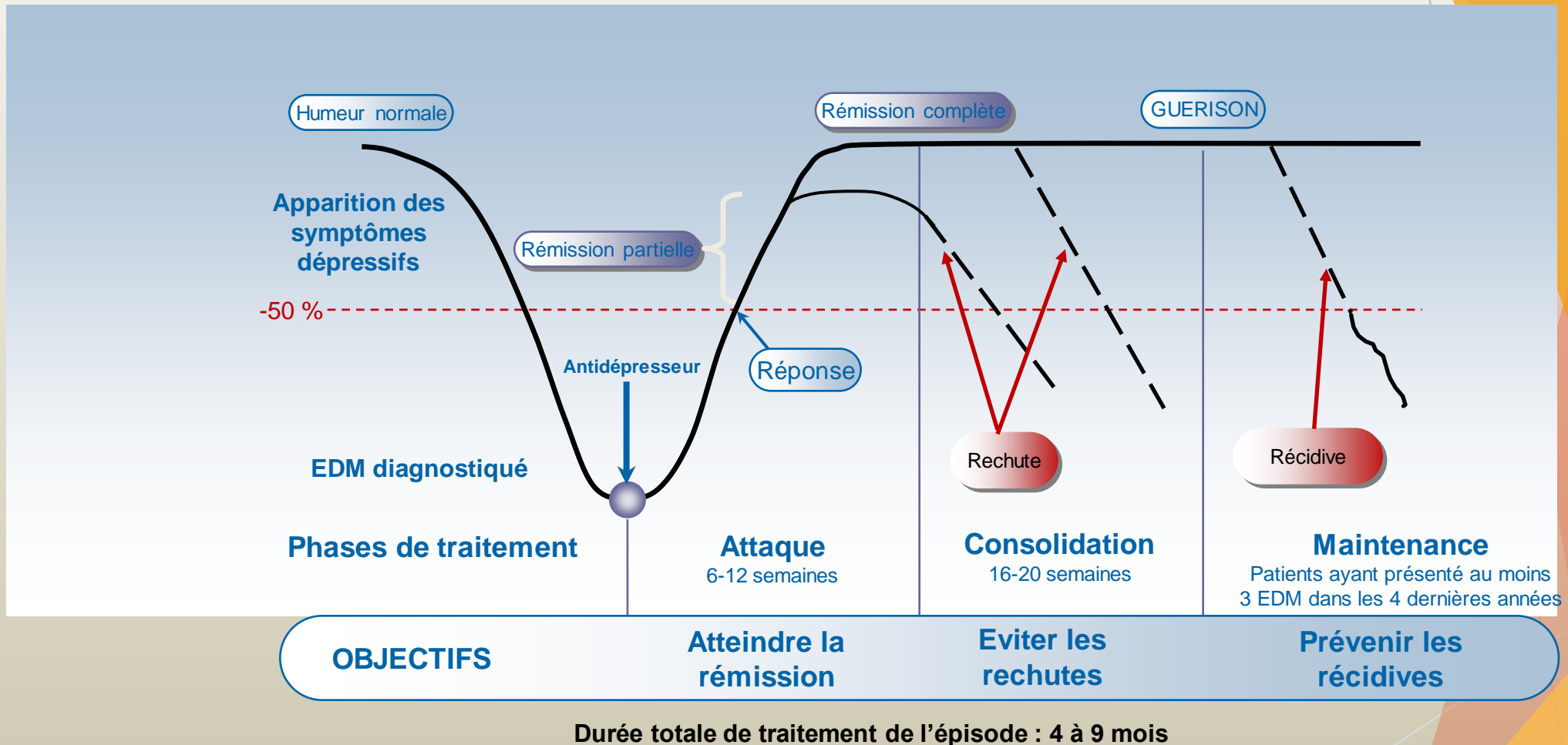
- ▶ la mirtazapine (Norset®).

Traitement antidépresseur

Indication : dépression d'intensité modérée à sévère

- ▶ Pas de dépendance
- ▶ Délai d'action : 10 à 20 jours en moyenne
- ▶ Durée du traitement : 4 à 9 mois jusqu'à disparition de tous les symptômes
- ▶ Arrêt progressif

Objectif : atteindre la rémission complète



4. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations. Octobre 2006

Si un anxiolytique est indispensable, on préférera si possible et quel que soit le terme de la grossesse, à **posologie minimum efficace et pour la durée la plus courte possible** (par ordre alphabétique) : CRAT

- ▶ Soit l'hydroxyzine (Atarax®) : données très nombreuses et rassurantes.
- ▶ Soit l'oxazépam (Seresta®) : données très nombreuses et rassurantes, et profil pharmacologique limitant son accumulation fœtale lors de prises répétées (durée d'action courte et absence de métabolite actif).
 - ▶ Si l'oxazépam ne convient pas (escalade posologique, posologies d'emblée élevées...), on préférera une benzodiazépine anxiolytique de plus longue durée d'action, bien évaluée en cours de grossesse (cf. Anxiolytiques : repères pharmacologiques) (ordre alphabétique) :
 - ▶ clorazépate
 - ▶ diazépam
 - ▶ prazépam

Si un anxiolytique est indispensable, on préférera si possible et quel que soit le terme de la grossesse, à **posologie minimum efficace et pour la durée la plus courte possible** (par ordre alphabétique) : CRAT

▶ Si un anxiolytique est poursuivi jusqu'à l'accouchement, l'équipe de la maternité devra être informée du traitement maternel (survenue éventuelle de signes d'imprégnation néonatale pour les benzodiazépines et l'hydroxyzine et/ou d'un syndrome de sevrage pour les benzodiazépines

▶ Suivi de l'enfant à long terme :

Bien qu'aucun élément inquiétant particulier n'ait été retenu à ce jour avec les benzodiazépines, comme pour tout enfant exposé à un médicament du SNC de façon chronique pendant son développement intra-utérin, de principe, il conviendra d'être attentif à l'évolution de son neurodéveloppement.

Allaitement

- ▶ Les deux antidépresseurs de choix en cours d'allaitement sont la paroxétine (Deroxat®) et la sertraline (Zoloft®) car :
 - ▶ leur passage dans le lait est très faible,
 - ▶ les concentrations plasmatiques des enfants allaités sont faibles ou indétectables,
 - ▶ les effectifs d'enfants allaités sous ces traitements maternels sont importants : aucun événement indésirable particulier
- ▶ Au vu des données disponibles sur les anxiolytiques et l'allaitement
 - ▶ L'anxiolytique de choix en cours d'allaitement est l'oxazépam (Séresta®), si possible dans la limite de 10 mg trois fois par jour et pour la durée la plus courte possible.
 - ▶ Réévaluer la poursuite de l'allaitement si l'enfant présente des signes de sédation (sommolence, mauvaise prise de poids liée à des troubles de la succion...).

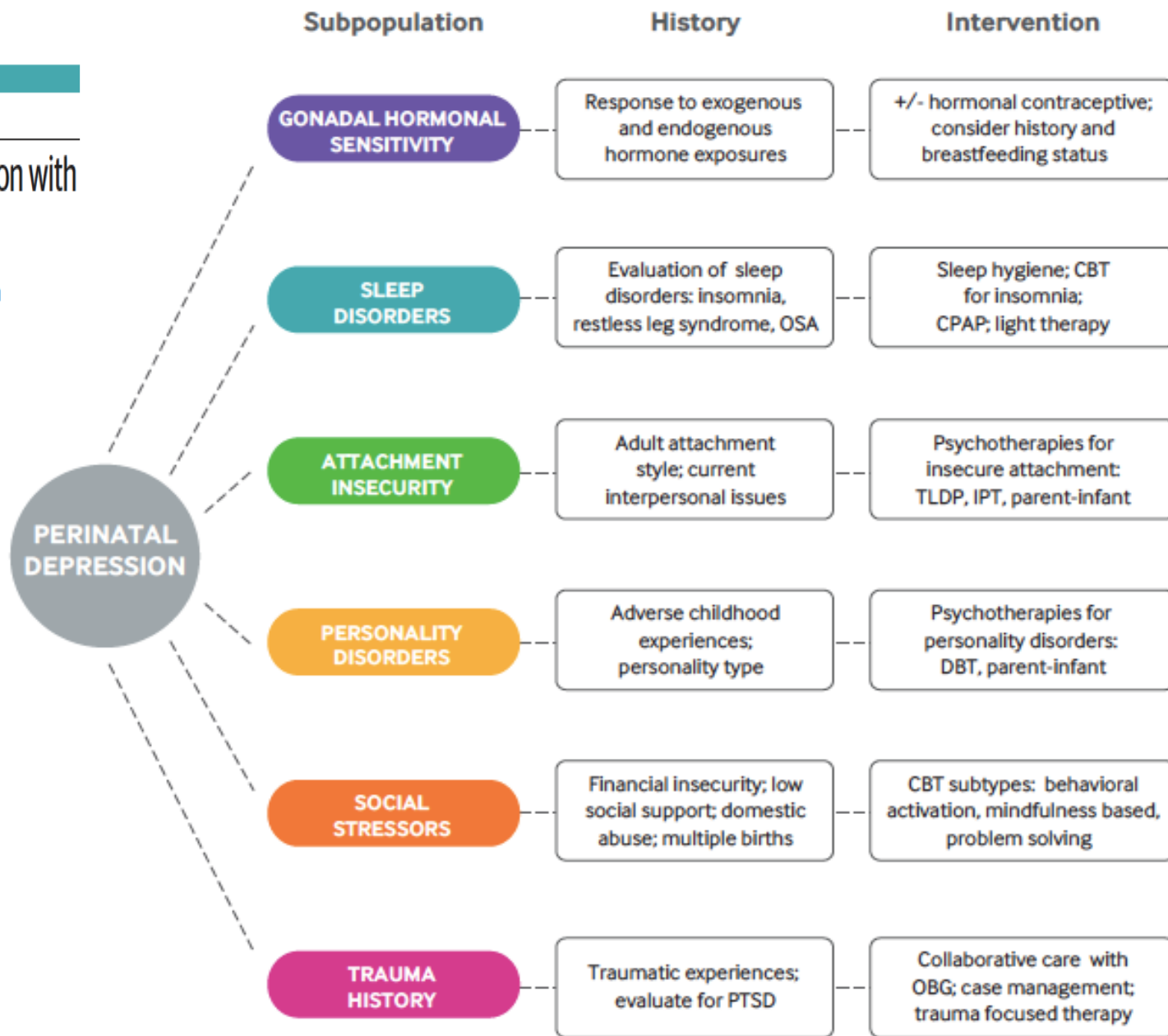
Allaitement

- ▶ Rappelons que dans les troubles anxieux généralisés et le trouble panique, on pourra utiliser certains antidépresseurs en cours d'allaitement, comme la paroxétine (Deroxat®...) ou la sertraline (Zoloft®).
- ▶ Il est préférable de **ne pas utiliser les autres anxiolytiques** en cours d'allaitement ou de ne pas allaiter si leur usage s'avère indispensable :
 - ▶ 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

Management of perinatal depression with non-drug interventions

Sara L. Johansen, Thalia K. Robakis, Katherine Ellie Williams, Natalie L. Rasgon

Quelles interventions non-pharmacologiques ?



Personalized non-drug treatment recommendations for sub-populations of patients with perinatal depression based on clinical characteristics. CBT=cognitive behavioral therapy; CPAP=continuous positive airway pressure; DBT= dialectical behavioral therapy; IPT=interpersonal psychotherapy; OBG=obstetrics/ gynecology; OSA=obstructive sleep apnea; PTSD=post-traumatic stress disorder; TLDP=time limited dynamic psychotherapy

Traitements : 15% de traitement et 8% de traitement optimal

▶ Les psychothérapies

- ▶ La qualité de la relation médecin-malade fondée sur l'empathie et sur la force de conviction du médecin quant à l'aide qu'il apporte à son patient est d'une particulière importance.
- ▶ Une psychothérapie est un acte technique qui implique une formation spécifique du thérapeute (le plus souvent psychiatre ou psychologue) en référence à un modèle théorique. Elle peut être ou non associée à un traitement antidépresseur.

Traitements

▶ Les psychothérapies

- ▶ Les psychothérapies cognitives et cognitivo-comportementales, les psychothérapies de soutien et les psychothérapies inter-personnelles ont fait l'objet d'études contrôlées **dans les dépressions d'intensité légère à modérée**. Les psychothérapies d'inspiration analytique, instituées au mieux à distance de la phase aiguë constituent, pour certains patients, un recours utile.
- ▶ D'autres formes de psychothérapies (relaxation, psychodrame, thérapies conjugales ou familiales) répondent à des demandes particulières.

Lien parent-enfant compétences parentales et interactions précoces

Les interactions parents-enfant

vont permettre à l'enfant de construire :

- ▶ De l'estime de soi
- ▶ Une sécurité intérieure

suffisantes pour aller à la découverte de l'autre et du monde.

- ▶ Importance d'une réponse **suffisamment adaptée** aux besoins de l'enfant

Le temps de la grossesse

- ▶ Fait suite à un désir d'enfant
- ▶ Est le temps de la construction de l'enfant imaginaire
- ▶ Est marqué par des temps forts
- ▶ Investissement inscrit dans une dimension corporelle pour la mère et intellectuelle pour le père jusqu'à la naissance.

Le moment de la naissance

- ▶ Moment de la confrontation entre le bébé imaginaire et le bébé réel
- ▶ Communication archaïque qui passe par les cinq sens
- ▶ Place du regard , du toucher ,des odeurs, de la voix
- ▶ Nouveau né est un acteur à part entière de ces interactions
- ▶ Délai de mise en place de ces interactions

Durant la 1^{ère} année de vie

Le bébé se comporte comme un être social qui a autant besoin d'être nourri psychiquement que physiquement

Dans le cadre des interactions enfant-adulte, une modalité de lien s'installe entre le bébé et une ou plusieurs personnes « maternantes »

Comment évaluer les interactions précoces ?

Compétences de la mère

- Attention portée à la sécurité de l'enfant
- Attention pendant les soins à l'enfant (sélective, divisée et soutenue)
- Compétences dans les soins à l'enfant / confiance en soi
- Capacité à répondre aux besoins de base
- Diligence dans les soins à l'enfant (négligence vs. persévérance)
- Contenance et adaptation du portage

Du côté du bébé

- Niveau de développement
- Contact / vocalisations
- Tonus / vivacité de la réaction à la stimulation
- Consolabilité / capacités d'auto-apaisement

Comment évaluer les interactions précoces ?

Compétences émotionnelles

- Affection (verbale / non-verbale)
- Absence d'hostilité
- Synchronie des interactions (accordage vs. comportement intrusif)
- Empathie / Mentalisation
- Adaptabilité
- Capacité de régulation émotionnelle / anticipation

Différentes modalités d'attachement

- ▶ Attachement sécure 65 %
 - ▶ Attachement anxieux évitant 20 %
 - ▶ Attachement ambivalent ou résistant 15%
 - ▶ Attachement désorganisé désorienté 5 %
-
- ▶ Modalité de lien d'attachement perdue tout au long de la vie du sujet

Etiologie des troubles du lien

- ▶ Histoire individuelle et familiale des parents
- ▶ Enfant « trop différent » de l'enfant imaginaire (séparation précoce, handicap, mais aussi garçon au lieu de fille....)
- ▶ Présence d'un handicap sensoriel chez l'enfant qui trouble la mise en place des liens (vision, surdité...)
- ▶ Présence d'une pathologie psychiatrique chez un parent (ou les deux)

La dépression périnatale : signes évocateurs chez le bébé

Signes comportementaux

- Irritabilité
- Cris / moins consolable
- Moins d'orientation vers les visages
- Moindre réponse aux expressions faciales
- Plus de difficultés à discriminer la voix de sa mère

Réactivité au stress plus élevée

Y penser pour les motifs suivants: pleurs excessifs, inconsolabilité, RGO, troubles du sommeil, etc.

Mais attention: toute pathologie du bébé peut contribuer à la survenue de troubles psychiques chez les parents

Troubles du lien et dépression périnatale

Du côté de la construction du sujet

- ▶ Troubles du comportement :
pleurs, agitation
sommeil , alimentation
- ▶ Troubles de l'attachement
- ▶ Déficit de construction de la sécurité intérieure
et de l'estime de soi.
- ▶ Un enfant qui ne se sent pas aimé ne se perçoit
pas comme aimable

Troubles du lien et dépression périnatale

Du côté du développement psychomoteur:

- ▶ Retard du développement moteur par défaut de stimulation et de capacité d'exploration
- ▶ Troubles de la concentration
- ▶ Difficultés d'apprentissage

Troubles du lien et dépression périnatale

Du côté de la psychopathologie

- ▶ Carences affectives
- ▶ Troubles d'allure autistique
- ▶ Anorexie à l'adolescence
- ▶ Troubles anxieux
- ▶ Troubles dépressifs

Conclusion

- ▶ Importance d'un dépistage précoce de la dépression en situation de périnatalité
- ▶ Importance de la place du père ou des autres adultes de l'environnement qui peuvent être tuteurs de résilience
- ▶ Importance de l'accompagnement professionnel précoce et adapté pour éviter une installation de l'enfant dans la pathologie

**Merci pour votre
attention!**

Catherine.massoubre@chu-st-etienne.fr