

# Pathologies mentales et grossesse



© Fotolia – Radek Sturgolewski.

**Pour chaque femme, devenir mère est une étape singulière, marquée par des remaniements psychiques.**

Qu'en est-il pour celles qui souffrent de troubles psychiques ?

**Par Florence Gressier,**  
Psychiatre, chercheur, CHU de Bicêtre

Les femmes qui souffrent d'une pathologie mentale peuvent aujourd'hui prétendre à une grossesse, sans que cela soit exceptionnel. Cependant, pour accompagner le désir d'enfant, la grossesse puis la naissance du bébé, un réseau étayant doit se constituer et inclure les équipes de maternité, de psychiatrie d'adultes et de pédopsychiatrie, ainsi que le médecin traitant et la Protection maternelle et infantile (PMI).

Si la grossesse a longtemps été considérée comme une période d'épanouissement pour la future mère, les troubles psychiatriques sont néanmoins parfois au premier plan : apparition au cours de la grossesse ou décompensation d'une pathologie antérieure (dépression unipolaire, bipolarité, psychose chronique, trouble de la personnalité, troubles anxieux, 1). Le repérage des troubles psychiques est donc l'un des

objectifs de l'entretien prénatal précoce, qui a lieu en principe dans le premier trimestre de la grossesse (2).

En dehors de l'existence de troubles psychiques personnels ou familiaux, plusieurs facteurs de risque de décompensation pendant la grossesse ont été décrits et doivent être repérés.

– Des facteurs sociodémographiques : un âge jeune (< 20 ans) ou une grossesse tardive, la primiparité, l'isolement de la mère, une situation vitale difficile, la précarité sociale et les dissensions conjugales, une grossesse non désirée.

– Des facteurs gynéco-obstétricaux : la découverte d'une anomalie à l'échographie, une malformation fœtale, une grossesse multiple, une pathologie somatique décompensée pendant la grossesse (diabète, hypertension artérielle gravidique), un accident

grave, un traumatisme obstétrical lors d'un précédent accouchement ou un antécédent d'enfant décédé ou gravement malade.

### Manifestations psychologiques « normales »

Pour toute femme, devenir mère est une étape singulière. La grossesse et la naissance d'un enfant sont des événements physiologiques et psychiques, qui entraînent

celle des autres femmes. Les épisodes aigus sont rares pendant la grossesse. Le risque principal est le manque de suivi médical, un suivi tardif ou irrégulier. Le soutien familial et social ainsi que l'adhésion aux soins sont des facteurs pronostiques importants. La naissance d'un enfant peut en effet constituer un facteur de décompensation. La schizophrénie affecte 1 % de la population générale, 5 % si un apparenté du

le risque suicidaire et hétéro-agressif vis-à-vis de l'enfant. Des surveillances échographiques régulières pourront être proposées, selon le psychotrope choisi (6).

- La sismothérapie est bien tolérée pendant la grossesse et peut se révéler un traitement de choix chez la femme enceinte (7).

L'accouchement pourra, si nécessaire, être programmé. Un suivi régulier de la mère et de l'enfant est indispensable, avec des

« **Un trouble psychiatrique non ou insuffisamment traité pendant la grossesse est néfaste à la fois pour la mère et l'enfant. Il peut entraîner un risque de rechute ou de suicide et un moindre suivi de la grossesse avec des conséquences obstétricales et néonatales.** »

des moments de remaniements et de fragilité psychique. Soulignons que les manifestations psychologiques de la grossesse sont le plus souvent transitoires : labilité émotionnelle, inquiétudes, irritabilité, dysphorie, troubles du sommeil, modifications des conduites alimentaires. L'anxiété est fréquente au premier trimestre de grossesse, liée notamment au risque de fausse couche spontanée. Elle décroît dans le 2<sup>e</sup> trimestre avec un sentiment de bien-être. Cette anxiété peut émerger à nouveau dans les semaines précédant l'accouchement, avec appréhension de l'événement, de la douleur et de l'issue.

Les nausées et vomissements sont physiologiques au 1<sup>er</sup> trimestre. Leur persistance au-delà de 3 mois, répétés et durables, doit faire évoquer un problème névrotique ou un épisode dépressif majeur.

### Troubles psychiques

- Les symptômes d'une **dépression** caractérisée sont parfois difficiles à diagnostiquer pendant la grossesse. Censées être heureuses, les femmes ont du mal à exprimer leurs sentiments de honte, de colère, de culpabilité, d'incompétence ou de regret. Il est important de les dépister précocement. En effet, plus de 10 % des femmes présenteraient un tableau de dépression caractérisée pendant la grossesse. Le risque de suicide, même s'il est atténué pendant la grossesse, ne doit pas être sous-estimé (3).

- Les femmes qui présentent un **trouble bipolaire** ont un risque accru de décompensation aux 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres. Le risque de rechute est d'environ 50 % et peut prendre la forme d'un épisode dépressif caractérisé, d'un épisode maniaque ou d'un épisode mixte. Une grande majorité des épisodes psychotiques aigus durant la grossesse entrent dans le cadre d'un trouble bipolaire (3).

- La fécondité des femmes souffrant de **schizophrénie** est aujourd'hui peu différente de

2<sup>e</sup> degré présente la maladie et 10 % s'il s'agit d'un apparenté du 1<sup>er</sup> degré. Ce risque s'élève à 30-50 % pour un enfant dont les deux parents sont schizophrènes. À côté des facteurs génétiques, l'environnement joue un rôle majeur dans l'apparition d'une maladie mentale. Les enfants nés de mère psychotique étant identifiés comme à « *haut risque* » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ils justifient de mesures d'accompagnement et de prévention (4).

Un trouble psychiatrique non ou insuffisamment traité pendant la grossesse est donc néfaste à la fois pour la mère et l'enfant. Il peut entraîner un risque de rechute ou de suicide et un moindre suivi de la grossesse avec des conséquences obstétricales et néonatales. Les soins apportés au bébé risquent également d'être de moins bonne qualité et des troubles de l'attachement peuvent altérer le développement de l'enfant.

### Prise en charge

- Les psychothérapies de soutien, qui permettent un accompagnement sur-mesure, sont essentielles au cours de la grossesse. Suivant les pathologies, d'autres types de psychothérapies peuvent être envisagés et on peut également proposer des groupes de parole.

- Par ailleurs, un psychotrope peut être nécessaire chez les femmes présentant un trouble dépressif récurrent, une psychose, un trouble bipolaire, ou un antécédent de tentative de suicide. La prescription doit être guidée par les caractéristiques et le retentissement des symptômes, le rapport bénéfice/risque pour la mère et pour l'enfant. Une monothérapie à dose efficace est à préférer afin d'éviter les interactions médicamenteuses (5).

- Dans le choix du psychotrope, on prendra en compte l'efficacité antérieure, la durée entre le traitement précédent et la rechute, l'observance attendue pendant la grossesse,

consultations spécialisées en périnatalité pendant toute la durée de la grossesse et après l'accouchement. Inscrit dans un projet de soin global, un projet d'hospitalisation en unité mère-bébé (UMB) peut également être élaboré pendant la grossesse (8). Ces unités proposent une hospitalisation conjointe mère-bébé, avec l'objectif de travailler sur le lien mère-enfant.

### Conclusion

La capacité à assumer la fonction maternelle est fréquemment entravée chez une femme présentant une pathologie psychiatrique aiguë ou chronique. La femme, son conjoint et son entourage, doivent être soutenus et pris en charge à long terme.

1. Guedeney A. Prise en charge des femmes enceintes ayant une pathologie psychiatrique chronique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2000; 29: 39-42.
2. Haute autorité de santé, préparation à la naissance et à la parentalité [recommandations pour la pratique clinique], Saint Denis la Plaine: HAS, 2005.
3. Isserlis C, Sutter-Dallay AL, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. 2008, *Enfance & parentalité*, Édition Érès. ISBN : 978-2-7492-0885-5. p 224.
4. Cazas O. Psychose et grossesse. *Confrontations psychiatriques*. 2011; 50: 145-161.
5. Gressier F, Corruble E. Psychotropes et grossesse. *La revue du praticien Médecine Générale*. 2011; 25: 500-502.
6. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin : Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol*. 2008; 111: 1001-20.
7. Pompili M, Dominici G, Giordano G, Longo L, Serafini G, Lester D, Amore M, Girardi P. Electroconvulsive treatment during pregnancy : a systematic review. *Expert Rev Neurother*. 2014; 14:1377-90.
8. Glangeaud-Freudenthal NM, Howard LM, Sutter-Dallay AL. Treatment - mother-infant inpatient units. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28:147-57.