



PEP et PARENTALITÉ

Lysanne Gauthier, Ph.D.

Psychologue

Programme Premier épisode psychotique et Psychiatrie
périnatale

Julie Bouchard, Travailleuse Sociale

Cheffe d'équipe

Programme Premier épisode psychotique

Clinique Notre-Dame des Victoires, IUSMQ

CIUSSS-CN

Québec, Canada

Présentation de la Clinique Notre-Dame des Victoires (CNDV)



Mission:

- Évaluation et traitement de la psychose en début d'évolution.

Clientèle:

- Les jeunes adultes de 18 à 35 ans résidant dans la région de Québec;
- Présentant un épisode psychotique d'évolution récente;

Objectifs:

- Optimiser et maintenir un état mental sain;
- Prévenir les rechutes;
- Favoriser l'adaptation sociale maximale.

Modèle d'intervention:

- Gestionnaire de cas (volets régulier / intensif)

Parentalité au sein de la cohorte CNDV



	Nb. usager père ou mère	Rôle parental t. plein / garde partagée	Contacts occasionnels	Aucun contact	Bébés à venir	Implication du DPJ
Novembre 2021	11,2% N= 22/196 H: 11 F: 11	7 H: 2 F: 5	7 H: 5 F: 2	6 H: 4 F: 2	2	8

La période périnatale : fenêtre de vulnérabilité



Trouble psychiatrique «de novo», ou
aggravation d'un trouble préexistant

Importantes
fluctuations hormonales

BIO

Changements
dans les rôles
socio-familiaux

SOCIAL



Fenêtre de vulnérabilité

PSYCHO

Bouleversements
psychologiques

Défis et changements psychosociaux

L'importance du dépistage



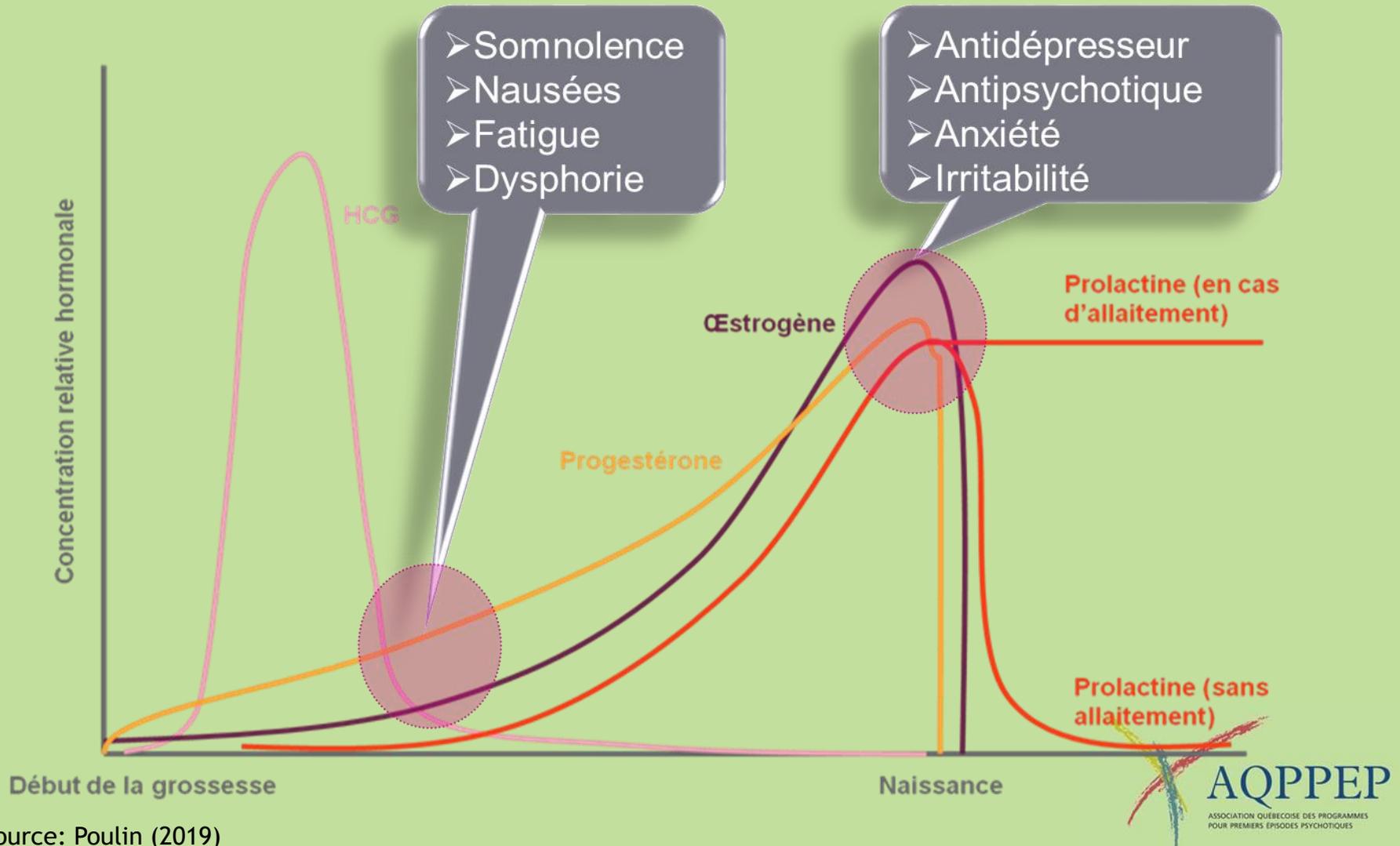
- Les femmes sont plus à risque de vivre un problème de santé mentale durant la période périnatale que durant toute autre période de leur vie (20%, soit 1 sur 5).
- Maintenant reconnu que les complications obstétricales les plus fréquentes sont d'ordre psychiatriques.
- Le taux de suicide est 70 X PLUS ÉLEVÉ DANS L'ANNÉE qui suit un accouchement que dans toute autre période de la vie chez les femmes.
- La première cause de mortalité maternelle est le suicide (3-13%).
- Le risque de décompensation psychotique est un peu plus de 20 fois supérieur durant l'année qui suit une naissance, que celui des 24 mois qui précèdent l'accouchement.

Sources:

Appleby et al. (1998); Dorothy, Guillard & Gressier (2017); McKeever et al. (2016); Oates (2003) ; Stuart et al. (1998).
Le journal des psychologues (2008).



Grossesse et santé mentale



Source: Poulin (2019)

Les troubles «classiques» du post-partum



- Blues post-partum
- Dépression post-partum
- Psychose post-partum

Périodes à risque de décompensations

- **Blues**: 50% à 85%, début J2 à J4 et résolution dans 2 premières semaines post-partum (sévérité: bénigne) 10 à 20% vers DPP
- **Dépression**: 13% à 20%, 4-6 semaines, 3 à 6 mois = période de vulnérabilité (sévérité: modérée à sévère)
- **Psychose** (PIC ~ jours 3 à 10)
 - Presque toujours une variante du trouble bipolaire (connu ou qui débute en post-partum);
 - Liée aux variations hormonales du post-partum (modifications endocriniennes majeures, complexes et rapides);
 - BP plus vulnérables aux changements hormonaux = aggravation de l'instabilité affective/rechutes.

Psychose post-partum



- Rare: 1 à 3/1000 (0.1% à 0.3% des femmes/naissances)
- L'une des plus grandes urgences psychiatriques connues
 - 43% ont une idéation d'infanticide
 - Risque suicidaire de 5%
 - Risque d'infanticide de 4%
- Début rapide: habituellement entre le 3e et le 10e jour suivant l'accouchement (1^{er} mois = vigilance accrue)
 - ** Si sans traitement (ex; début d'un tr psychiatrique (SZ ou BP); 10-15%)
 - ** Mauvaise adhésion tx (autocritique) OU pas Rx /intention d'allaiter
- Une hospitalisation s'impose presque toujours
- Bon pronostic de rémission complète et rapide avec le traitement médical adéquat/éducation psychologique

Psychose post-partum



Symptômes

- État confusionnel aigu (pensée désorganisée, jugement altéré, expression orale confuse/rapide, désorientation s-t)
- Irritabilité, agitation
- Variations d'humeurs extrêmes (épisodes maniaques, dépressifs ou mixtes);
- Perturbation du rythme veille-sommeil;
- Croyances bizarres/délirantes (incluant délires graves impliquant souvent les enfants);
- Perturbations de la perception (hallucinations);
- Idéations suicidaires fréquentes, idées de néonaticide et d'infanticide psychotiques (ou idées de se faire du mal ou faire du mal à l'enfant).

Post-partum et psychose



- **Psychose dans un contexte de schizophrénie**
 - La maladie reste relativement stable pendant la grossesse, les épisodes aigus sont rares (effet antipsychotique/oestrogènes).
 - En postpartum: apparition souvent plus tardive.
 - Considérer une période de vulnérabilité de **1 à 9 mois**.
 - Présence de l'enfant et adaptation à la parentalité au quotidien (ex: stress, fatigue, modification du cycle circadien) représentent un stresser et un facteur de décompensation ou d'aggravation des symptômes.
 - Réalité clinique: Sans traitement adéquat, risque de rechute à 50% dans le 1^{er} mois (antipsychotiques souvent augmentés durant 1^{er} mois).
- **Dépression sévère avec caractéristiques psychotiques**
 - Parmi les plus sévères à vie.
 - Risque élevé d'idées suicidaires/tentatives et risque d'infanticide.

Autres complications psychiatriques périnatales



Autres troubles mentaux constituant une préoccupation clinique:

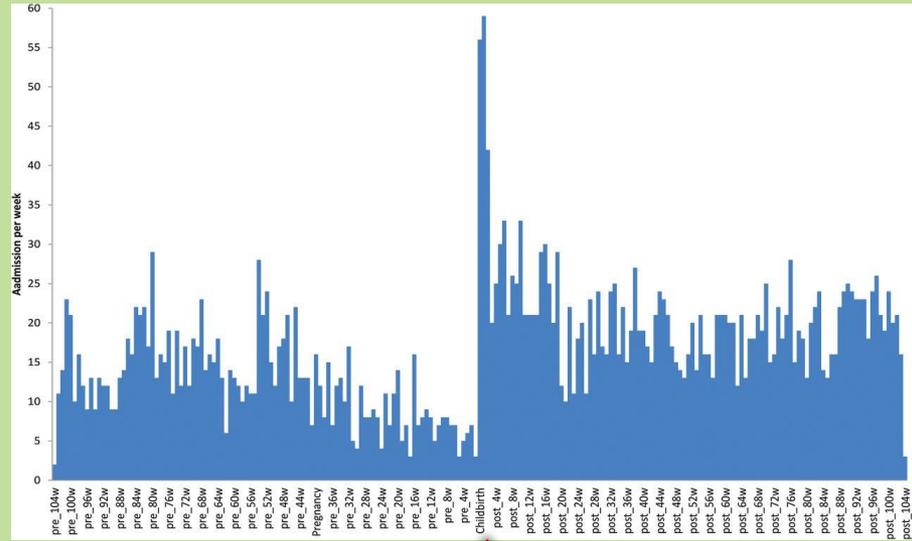
- Dépression prénatale (*près de 50% des DPP: début durant grossesse*)
- Troubles anxieux pré/postnataux (TOC, TAG, TP/TPA, anxiété sociale)
- Syndrome de stress post-traumatique (réactivé ou lié à l'accouchement)
- Troubles alimentaires
- Trouble bipolaire (haut risque de rechute)
 - Psychose PPT (J 3 à 10)
 - Manies/hypomanies (sem 2 à 4 PPT)
 - Dépression (1 à 3 mois postpartum)
- Abus de substances, tabagisme
- Trouble de l'adaptation à la transition parentale
- Deuil périnatal
- Troubles de la personnalité

Un désordre
psychiatrique préexistant
ne protège pas contre
ces types de
complications...

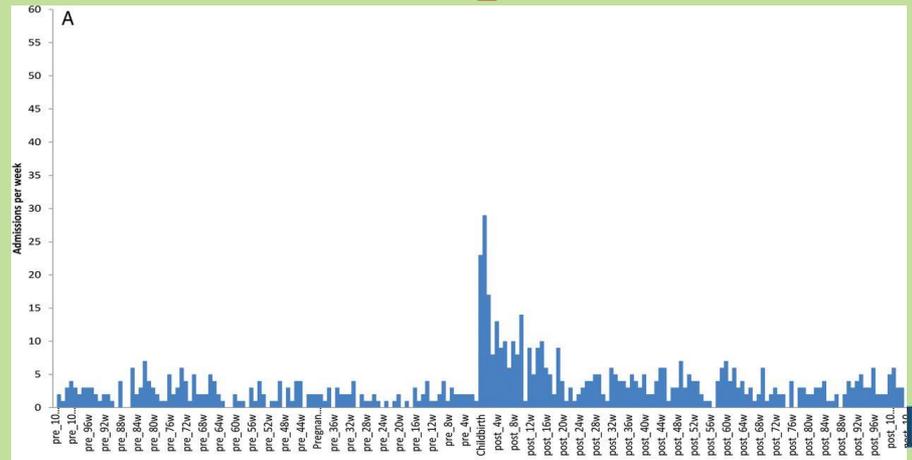
Périnatalité et risques psychiatriques



Admissions per week in relation to childbirth (all diagnoses)



Admissions per week in relation to childbirth (psychosis)



Facteurs de risque



Étiologie multifactorielle (modèle bio-psycho-social)

- Biologiques/physiques
- Obstétricaux
- Démographiques
- Cliniques
- Psychologiques
- Sociaux



Facteurs
predisposants,
precipitants et
perpetuants

Facteurs de risque associés à l'apparition/aggravation des sx

- Changements hormonaux/fatigue (biorythme)
- Historique de psychose (ex: contexte bipolarité)
- Antécédents de psychose post-partum (personnels/familiaux)
- Primiparité (< 20 et > 35 ans et 1^{er} enfant)
- Mères monoparentales
- Événements de vie stressants/récents
- Précarité socio-économique
- Difficultés conjugales/familiales
- Absence de soutien social ou soutien social insuffisant/isolément
- Accouchement difficile/traumatique
- Complications obstétricales/néonatales (césarienne d'urgence, hospitalisation du bébé, enfant malade)

Interventions durant la grossesse



- Développer un projet de prise en charge pour la période périnatale en associant les équipes en psychiatrie/psychiatrie périnatale, obstétrique, pédiatrique, sages-femmes et autres acteurs sociaux
- Soutenir la capacité de la patiente à prendre soin d'elle/hygiène de vie
 - Favoriser la santé de la future mère et du fœtus
- Favoriser la collaboration au suivi obstétrical pré/postnatal
 - Ont des suivis obstétricaux parfois sous-optimaux
 - Ont davantage de complications obstétricales (ex, prééclampsie, retard de croissance fœtal, prématurité), d'avortements spontanés et de décès néonataux
- Encourager le soutien familial et social
- Éducation psychologique aux enjeux liés à la période périnatale
- Interventions dans un contexte de consommation
- Interventions familiales
- Psychothérapie (TCC)

Prise en charge postnatale



- **Prévoir un suivi multidisciplinaire psychiatrique intensif en collaboration avec les partenaires du réseau.**
 - **Éviter de laisser la mère seule pendant le 1er mois.**
-
- Visites psychiatriques rapprochées chaque semaine/1^{er} mois;
 - Visites régulières d'intervenants sociaux (enfance/famille et santé mentale);
 - Encourager une saine hygiène de vie (alimentation, activité physique);
 - Favoriser le maintien du biorythme de la mère (cycle veille-sommeil);
 - Utiliser les ressources d'aide à domiciles/relevailles;
 - Groupes de soutien mères;
 - Soutenir les compétences parentales de la mère (et du père) en continu;
 - Interventions psychosociales et psychothérapie

Interventions psychosociales/ Psychothérapie



- Éducation psychologique vs enjeux période périnatale
- Autocritique vs facteurs de risque et fragilités/signes précurseurs de décompensation
- Favoriser saine adaptation à la parentalité/gestion des stressseurs
- Maintenir l'équilibre familial (interventions conjugales et familiales si nécessaire)
- Guidance parentale + interactions avec l'enfant en séance (observer et travailler le *holding-handling*, soit tenue de l'enfant)
- Dépister d'autres problématiques santé mentale
- Fonctionnement global et retour au travail
- Prévention de la rechute
- Traiter les tr. psychiatriques et comorbidités; travailler le deuil (s'il y a lieu) = **Psychothérapie**

Pharmacologie et grossesse

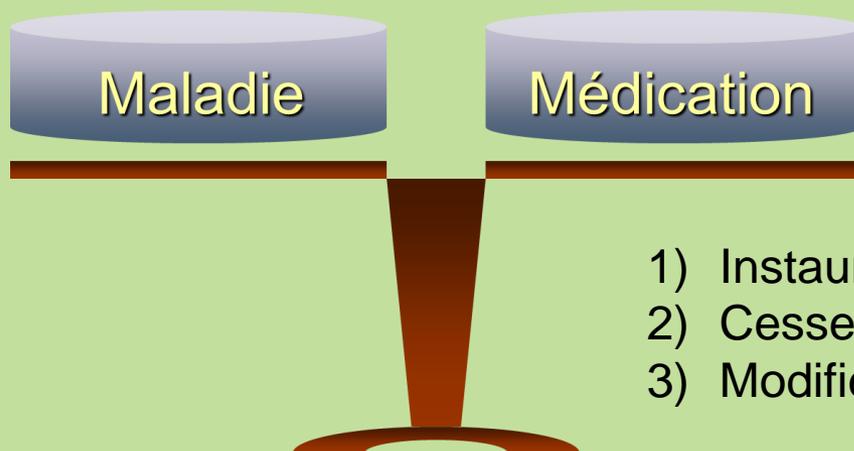


Évaluer les risques pour la mère et l'enfant



« En psychiatrie périnatale, la non-exposition n'existe pas. Le fœtus est exposé, soit à la médication, soit à la maladie. »

La balance des risques



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

Dr Zacharie Stowe

Congrès annuel APA 2003

Allaitement: enjeux et défis



Lait maternel: alimentation de choix...

- ✓ Toujours frais, prêt, riche en nutriments essentiels.
- ✓ A des concentrations s'adaptant aux besoins de l'enfant.
- ✓ Contribue à l'attachement et favorise la qualité du lien mère-enfant.
- ✓ Données rassurantes quant à la sécurité de plusieurs ISRS en allaitement (tous les Rx sont sécrétés dans le lait maternel).

MAIS...

- ✓ L'allaitement est une tâche parfois épuisante.
- ✓ Peut nuire aux besoins de sommeil (altération du cycle circadien = haut risque de rechute).
- ✓ Souvent la médication est nécessaire en post-partum et incompatible avec l'allaitement (ex: thymorégulateurs, psychostimulants, antipsychotiques).
- ✓ Donc allaitement peu recommandé.

Dédramatiser et soutenir
l'attachement autrement!!



Dépistage: l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS)



- Questionnaire autoadministré (10 questions)
- Valide en période prénatale et sous plusieurs formes d'administration (téléphone, face à face, web)
- Traduite en plusieurs langues

Administrer:

- Période prénatale
- Période postnatale
 - ✓ 3 à 8 sem.
 - ✓ 3 mois
 - ✓ 6 à 10 mois

EPDS (score /30)

- ≥ 12: **dépression probable, pertinence d'une évaluation clinique**
 - Référer pour évaluation Dx dans un cours délai
 - Plan d'intervention (risques pour mère et enfant)

Réponse positive à la question 10 («*Il m'est arrivé de penser à me faire du mal* »):

Évaluation clinique

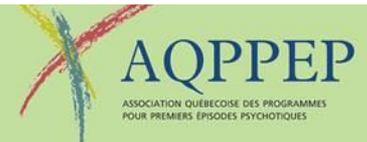
Lien web: <https://www.esantementale.ca/index.php?m=survey&ID=46>

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. (1987)

Version québécoise: Des-Rivières-Pigeon et al. (2000)



Sites d'intérêt



Responsabilités associées au signalement DPJ*

*Direction de la protection de la jeunesse



- Mettre en lumière une situation où la sécurité ou le développement de l'enfant peut-être compromis;
- Obligation légale dans l'exercice de nos professions / pas un secret professionnel;
- Vulnérabilité de l'enfant;
- Le bien-être de l'enfant est central dans les interventions mises de l'avant;
- Amener un changement dans les attitudes/comportements ou choix du parent.

Enjeux associés au signalement DPJ



- ↑ stress;
- Risque que l'enfant soit retiré du milieu de vie familial;
- Le signalement est anonyme mais peut rendre inconfortable certains membres de l'équipe;
- Bris de l'alliance thérapeutique avec le/la jeune;
- Méconnaissance de certains intervenants en protection de la jeunesse des troubles psychotiques;
- Stigmatisation et préjugés.

Collaboration avec équipe médicale d'obstétrique



Recommandations pour l'accouchement et le post-partum:

- Chambre privée et regroupement des soins afin d'assurer hypostimulation nécessaire;
- Séjour hospitalier prolongé x 5 jours pour assurer absence de signes/sx de rechute durant période post-natale immédiate;
- Aviser équipe traitante lors de l'accouchement;
- Faire évaluer en psychiatrie, post-accouchement et immédiatement avant le départ;
- Bébé à la pouponnière pour favoriser sommeil récupérateur;
- Mme ne peut pas être seule avec bébé en tout temps durant son séjour hospitalier.

Impacts possibles de la psychose sur le rôle parental



***Départager les capacités vs compétences parentales

- Difficulté à se mobiliser
- Difficultés à assumer les soins physiques
- Difficulté à instaurer une routine
- Manque de supervision
- Difficulté à offrir encadrement adéquat
- Difficultés à répondre aux besoins affectifs
- Absence d'interactions
- Négligence développementale
- Manque de stimulation
- Attentes irréalistes p/r enfant

Interventions à privilégier auprès des parents

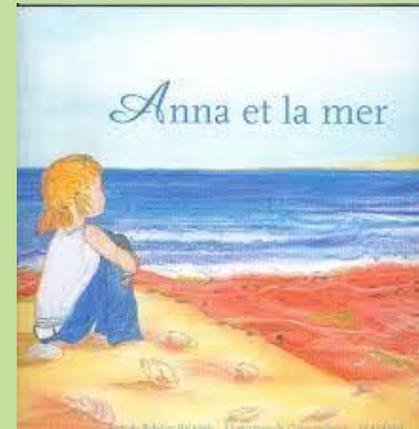


- Approche systémique
- Attitude positive face au désir d'avoir un enfant, croire au rétablissement et transmettre cette croyance
- Offrir répit-dépannage
- Identifier réseau de sécurité
- Promouvoir le lien d'attachement
- Inverser la parentification
- Favoriser contacts parents-enfants (placement, hospitalisation)
- Informer sur les étapes de dév. de l'enfant

Interventions à privilégier auprès des enfants



- Créer un lien de confiance avec l'enfant
- Prévoir scénario en situation de crise (filet de sécurité)
- Si hospit, permettre à l'enfant de s'exprimer sur son vécu et favoriser contacts supervisés ou non
- Favoriser l'intégration à des groupes de pairs pour enfants
- Briser le secret / dédramatiser
- Informer l'enfant sur la maladie du parent et sx



Ce que les enfants veulent savoir sur la psychose

(Source: www.camh.ca/fr)



- Qu'est-ce que la psychose?
- Quand et comment commence une psychose?
- La psychose de papa ou maman sera-t-elle guérit un jour?
- Qu'est ce qui peut aider papa ou maman à aller mieux?
- Que puis-je faire pour qu'il/elle aille mieux?
- S'il/elle doit aller à l'hôpital, que se passe-t-il là-bas?
- S'il/elle est trop malade pour s'occuper de moi?
- Que vais-je dire à mes amis?
- Est-ce que moi aussi j'aurai une psychose?
- Que dois-je faire si j'ai peur ou si je m'inquiète trop pour papa ou maman?

Table de concertation « Parentalité et santé mentale »



- Équipe de personnes-ressources:
 - Institut Universitaire en santé mentale de Québec;
 - Centre jeunesse de Québec;
 - CLSC (équipes Adulte-Santé Mentale et Jeune en difficulté);
 - Organismes communautaires.
- Une structure de consultation pour:
 1. aider les intervenants face à une situation complexe se trouvant dans une impasse.
 2. besoin de soutien dans l'intervention auprès d'un parent ayant un problème de santé mentale.