

FICHE TECHNIQUE

GROSSESSE ET MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Cette fiche est à destination des services de maternité, sages-femmes, gynécologues obstétriciens, généralistes, psychiatres ou tout autre professionnel médical ayant en soin des femmes prenant ou ayant pris des psychotropes

Grands principes

- Orienter si possible en consultation préconceptionnelle

Activation du réseau (psychiatre, pédiatre)

Prescrire de l'Acide Folique en préconceptionnel chez les femmes sous psychotropes. *Cependant, chez les femmes traitées par des anticonvulsivants tératogènes (carbamazépine et acide valproïque), la supplémentation en acide folique est inefficace pour prévenir l'apparition de malformations. (Cf www.lecrat.fr)*

- Les patientes ayant un antécédent psy ont **un risque accru de fragilisation pendant la grossesse et en suites de couches**. Elles doivent en être informées et être suivies de près.
- Utiliser la posologie minimale efficace.
- **Ne pas diminuer le traitement pendant la grossesse ou avant la naissance** : le volume circulant augmente pendant la grossesse, les médicaments étant dilués, leur efficacité peut être réduite. Le risque de décompensation est majoré en fin de grossesse. Une augmentation de posologie peut être nécessaire.
- Les psychotropes compatibles avec la grossesse ne le sont pas forcément avec l'allaitement, et inversement. Il faut **aborder la question de l'allaitement avant le 3ème trimestre**.
- Il faut **3 semaines** de délai pour adapter un traitement psychotrope.
- Faire une déclaration de pharmacovigilance pour déclarer l'exposition in utero.
- Limiter les associations de psychotropes, choisir une molécule par classe thérapeutique.

Choix du traitement

Site de référence : www.lecrat.fr . Possibilité de les solliciter par téléphone ou mail pour avis en cas de prescription.

Penser aux Interactions médicamenteuses : l'[ANSM](http://www.ansm.fr), réseau Pharmaciens Information Communication : [Prescrire](#)

Peu de molécules parmi les psychotropes sont tératogènes, recul insuffisant pour les molécules récentes.

Mais les molécules peuvent entraîner des effets toxiques et des manifestations néonatales : syndromes d'imprégnation à la naissance, syndromes de sevrage quelques jours après.

- **antidépresseurs** : les antidépresseurs de choix sont la sertraline (zoloft®) et la paroxétine (deroxat®) : bien toléré, compatible avec l'allaitement, faible passage dans le lait maternel.
- **benzodiazépines** : l'oxazépam (seresta®) est la molécule de choix. Utiliser la posologie minimum efficace pour la durée du traitement la plus courte possible. Attention au risque de sevrage de la mère si arrêt brutal. Surveillance du nouveau-né. Ne pas dépasser les 30 mg /jour en cas d'allaitement.
- **thymorégulateurs** : L'acide valproïque (Dépakote®, Dépamide®), la carbamazépine (Tégretol®, Trileptal®), le lithium (Téralithe) **ont un risque TERATOGENE bien identifié**.

La lamotrigine (lamictal®), prescrite aussi pour l'épilepsie : pictogramme de contre-indication pour femmes enceintes sur les boîtes, le CRAT n'est pas d'accord et considère que c'est compatible avec la grossesse mais reste très prudent vis-à-vis de l'allaitement.

- **antipsychotiques atypiques sont aussi thymorégulateurs** : quiétiapine (xeroquel®), olanzapine (zyprexa®), risperidone (risperdal®), aripiprazole (abilify®). Ils peuvent être donnés per os ou sous forme retard pendant la grossesse. Allaitement compatible pour quiétiapine, olanzapine (<10 mg/j) et risperidone (< 6 mg/j) avec surveillance rapprochée de l'enfant.
- Hypnotiques : Si un hypnotique est indispensable, on choisira quel que soit le terme de la grossesse et pour la durée de traitement la plus courte possible : la doxylamine (Donormyl®) antiH1 sédatif et en seconde intention une benzo apparentée : zopiclone (imovane®), zolpidem (silnox®, la prescription est sécurisée)

POURQUOI ABORDER LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES AVEC LES FEMMES ENCEINTES ? POUR :

Répondre aux préoccupations de la patiente et de son entourage (conjoint, parents, professionnels de santé) pas toujours au fait des conséquences des psychotropes sur la grossesse, le nouveau-né, l'allaitement.

Éviter une modification intempestive voire un arrêt du traitement.

Dépister les éventuelles malformations inhérentes aux prises de médicaments périconceptionnelles et lors de la grossesse.

Pouvoir anticiper auprès des parents la nécessité d'une articulation pluridisciplinaire afin :

- **d'adapter le traitement avant la conception, en début de grossesse et tout au long de la grossesse, et/ou dès que possible.**

- **d'améliorer la prise en charge des mères pendant la grossesse ou après,**

- **de préparer l'accueil de l'enfant, sa prise en charge et son suivi,**

- **de favoriser les regards CROISES des divers professionnels pour une prise en charge GLOBALE et CONTENANTE.**

QUAND L'ABORDER ?

À chaque consultation prénatale. Au mieux en antéconceptionnel, ou dès la première consultation, et de toute façon lors de l'entretien prénatal précoce.

Lors de chaque prescription de médicaments psychotropes.

COMMENT L'ABORDER ?

Préciser les signes de souffrance psychologique : *Comment vous sentez-vous ? Comment dormez-vous ? Est-ce que cela vous est arrivé dans votre vie de prendre un tranquillisant ou un somnifère ? Qui vous l'a proposé en premier ? Qui vous l'a prescrit ? Depuis quand ?...*

Recentrer sur la grossesse : « *Qui suit votre grossesse ?* » « *Que vous a-t-on dit des effets des médicaments sur la grossesse ?* » « *Avec quels professionnels en avez-vous parlé ?* »...

Parler des effets de la grossesse sur le psychisme : « *avez-vous entendu parler des effets de la grossesse sur votre vie de femme, votre vie de couple ?* »

EVALUER LA SITUATION GLOBALE

Dès qu'un élément inquiétant est présent, la situation globale est à considérer comme à risque et doit faire renforcer la concertation entre tous les acteurs concernés.

La présence d'éléments rassurants n'exclue pas une décompensation brutale nécessitant une activation rapide du réseau.

	<i>Eléments rassurants</i>	<i>Eléments inquiétants</i>
Mode de prise des médicaments	Traitement prescrit Bonne observance du traitement Prescription actuelle avec concertation pluridisciplinaire	Automédication Prises compulsives ou abus Prescription sans concertation pluridisciplinaire Arrêt du traitement toute seule Prise de médicaments tératogènes
Suivi psychiatre, psychologue ou psychothérapeute	Actuel et régulier	Inexistant Hospitalisation en psychiatrie récente ou pendant la grossesse Tentative de suicide récente
Réseau de professionnels	Existant et reliés	Inexistant ou cloisonné. Suivi morcelé
Problèmes sociaux ou familiaux	Absents ou modérés Existence d'un référent	Importants
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse Suivi régulier Pas de complication obstétricale	ATCD obstétricaux sévères Déni ou découverte tardive de la grossesse (> 20 SA). Suivi irrégulier. Complications obstétricales
Consommations associées	Absence ou tabac exclusif	Alcool, cannabis ou autres drogues

QUELLES REPONSES APPORTER LORS DU SUIVI DE LA GROSSESSE ?

	Si arrêt du traitement <i>Surveiller risque de décompensation</i>	Si traitement poursuivi ou introduit
Consultation pour un projet	Consultation antéconceptionnelle si poursuite d'un psychotrope	

de grossesse	Aviser le médecin prescripteur si désir de grossesse ou arrêt contraception prévoir cs obstétricale, cs psychiatrique, cs pédiatrique Rester vigilant dans tous les cas	
Attitude du consultant de la grossesse	A-t-elle arrêté toute seule ? En accord avec son médecin prescripteur ? Avis pharmacovigilance sur tératogénéicité et consulter pour conduite à tenir : www.lecrat.fr	Avis pharmacovigilance sur tératogénéicité et pour choix des traitements les moins risqués pendant la grossesse et l'allaitement : www.lecrat.fr Ne pas parler d'IMG ou d'IVG
Lien avec le prescripteur du traitement psychotrope	Contacter le médecin prescripteur (psychiatre ou médecin généraliste) pour AVIS sur l'indication de l'arrêt en informant la patiente.	Ne pas arrêter les médicaments sans l'accord du médecin Proposer une réévaluation par un psychiatre. Contacter le prescripteur en informant la patiente pour une attitude concertée.
	IMPORTANT de la coordination gynécologue-obstétricien ET psychiatre notamment si le traitement psychotrope est important.	
Suivi de grossesse	A1* = consultation(s) gynéco-obstétricien si suivi sage-femme ou médecin généraliste. Revoir pour déterminer et adapter le type et le rythme du suivi? Importance de l'Entretien Prénatal Précoce pour évaluer la situation globale. Préparation à la naissance +++ individuelle ou collective Possibilité de présentation en staff MPS (avec accord de la patiente) Prescrire suivi complémentaire par sage-femme PMI, libérale (binôme souhaitable) Possibilité d'une hospitalisation courte et programmée en maternité ou service de grossesses pathologiques (à haut risque) Il faudrait que les patientes CONCERNEES voient toutes un psychiatre pendant leur grossesse (avis psychiatrique au moins 1 fois)	
		Avis anténatal de l'équipe pédiatrique pour savoir Si besoin de pédiatre en salle de naissance ? hospitalisation du nouveau-né ? Allaitement ? Synthèse à noter dans le dossier
	Préparer transmissions pour les équipes de la salle d'accouchement, des suites de couches et de pédiatrie avec les parents *Anticiper une éventuelle décompensation : définir qui appeler en urgence : Psychiatre de liaison si hospitalisée. Urgences psychiatriques sinon. Préparer les médicaments psy d'urgence : LOXAPAC® ou TERCIAN®.	
Echographies	Echographie(s) avec un référent si médicament tératogène ou prise de toxiques	
Travailleurs médico-sociaux	Au cas par cas en fonction de la situation globale via assistante sociale de la maternité et/ou professionnels PMI en accord avec la patiente	
Psychiatre en périnatalité ou pédopsychiatre ou psychologue de maternité ou réseau	Consultation non systématique, au cas par cas, au titre de l'enfant à naître Avis psy auprès des professionnels Travail intensif pendant les hospitalisations, soutien des équipes	
Accouchement	Niveau 1.2.3 en fonction de la situation globale	Niveau 1.2.3 en fonction de l'avis pédiatrique et de la situation globale Niveau 3 si cocktail de médicaments psychotropes ou si doses importantes Vigilance : effets (et interactions)
Allaitement	Favorisé, attention si prévision de reprise de traitement	A discuter au début 3ème trimestre avec les médecins de la pharmacovigilance et les pédiatres. Cf. http://www.e-lactancia.org/
Nouveau-né	Hospitalisation en néonatalogie si besoin	Scopé en salle de naissance. Favoriser rapprochement mère enfant. Hospital. en néonatal en fct de avis pédiatre
Suites de couches	Prévenir les professionnels référents de la patiente dont le psychiatre Soutien dans l'établissement des liens précoces	
Préparation de la sortie	A organiser pendant la grossesse ou dès l'accouchement : prendre les rendez-vous. Soutien +++ pendant les mois suivants avec le réseau de proximité (médicosocial, médecin traitant, psychiatre traitant, sage-femme,	

	TISF, PMI, pédiatre, GO...), être vigilant / risque dépression post partum.
Suivi de l'enfant	Pédiatre ou médecin formé au suivi du développement de l'enfant Suivi par puéricultrice de PMI recommandé Suivi dans le réseau d'aval
Suivi post partum de la mère	Prescriptions par le médecin d'un suivi post partum à domicile par une sage-femme, Vigilance lors de la visite postnatale, rééducation périnéale par sage-femme à conseiller. Contraception envisagée en fonction la clinique et des traitements psy

A1*: avis gynéco ou autre spécialiste conseillé -HAS 2007 suivi et orientation femmes enceintes en fct situations risque identifiées

QUELLES REPONSES APPORTER DE LA PLACE DU PRESCRIPTEUR ?

Prescription d'un médicament psychotrope	Discuter systématiquement de l'éventualité d'une grossesse lors d'une primo prescription ou de toute demande d'arrêt du traitement chez les patientes en âge de procréer : préférer certains psychotropes si projet de grossesse dans l'année à venir.
Annonce d'une grossesse lors d'un suivi « psy »	S'enquérir auprès de la patiente si gynécologue+/-obstétricien (GO) ; sagefemme (SF) ou médecin généraliste (MG) est au courant du suivi psy en lui faisant préciser si elle a abordé la question du traitement. Expliquer au couple l'intérêt des liens entre professionnels (GO, SF, MG, pédiatre...) au titre du suivi médical de la grossesse
Suivi psy stabilisé	Lien avec GO, SF, MG en début de grossesse puis sur signe(s) d'appel maternel(s) jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Orientation psychiatre en périnatalité ou pédopsychiatre ou psychologue de maternité/ réseau si nécessaire, au titre des angoisses de la grossesse et non de la psychopatho
Hospitalisation pendant la grossesse ou en post partum pour décompensation « psy » anxieté...)	Discuter de la nécessité d'une hospitalisation en maternité ou en psychiatrie en fonction de l'état de la patiente et des facteurs déclenchant retrouvés 1. Si hospitalisation en maternité, avis psychiatrique et soutien des équipes, orientation pédopsychiatre si besoin 2. Si hospitalisation en psychiatrie, maintenir au maximum le suivi de grossesse (obstétrical, préparation à la naissance, visite maternité) et la place du MG Anticiper le projet de sortie avec tous les partenaires et programmer les RV des premiers mois : définir un référent garant du suivi global
Suivi « psy » non stabilisé	Bilan psy en urgence / psychiatre de liaison/psychiatre conventionné Bilan obstétrical si non fait. Cf * Anticiper une éventuelle décompensation.
Consultation pour inquiétudes concernant les conséquences des psychotropes sur l'état foetal	Si demande d'interruption de grossesse : pas de décision précipitée et avis Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal obligatoire Personnaliser la prise de RV avec le GO et/ou SF qui va permettre - de rassurer sur l'effet des traitements avec avis pharmacovigilance en urgence www.lecrat.fr - d'organiser une rencontre avec un pédiatre - d'évaluer l'indication d'une orientation psychiatre en périnatalité ou pédopsychiatrique ou psychologue de maternité ou réseau. Consultation voire hospitalisation en urgence et ne pas hésiter à réintroduire le traitement ou à l'ajuster.
Prise de benzodiazépines	Préférer benzo à demi-vie courte (Seresta®) à posologie la plus basse possible (30mg max dans l'idéal pendant la grossesse/l'allaitement). Si forte dépendance : avis de médecin addicto Si sevrage ambulatoire : très progressif et avec suivi médical rapproché Hospitalisation si nécessité de sevrage rapide ou mauvaise tolérance

REMARQUES :

Le temps de coordination est primordial : il fait partie intégrante de la prise en charge. Le professionnel référent est celui qui est choisi par la patiente ; elle lui confie à la fois sa grossesse et sa fragilité psychologique. C'est celui qui peut activer la fonction de coordination dans le réseau de prise en charge. Il doit s'assurer de la continuité du suivi de l'ante au postnatal. Lire le guide rédigé en 2007 : « [grossesse et troubles psychiatriques, recommandation de bonnes pratiques](#) ». [ANSM : interactions médicamenteuses](#) ; [PRESCRIRE : interactions médicamenteuses](#).