

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

Suicidalité en période périnatale

Étude descriptive sur les facteurs associés aux idées
suicidaires chez les femmes hospitalisées en période
périnatale au Centre de Santé Mentale Angevin

DEJEAN Delphine

Née le 18 mai 1991 à Brest (29)

Sous la direction de Mme RIQUIN Elise

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte | Président

Madame le Docteur RIQUIN Elise | Directeur

Monsieur le Professeur JARDRI Renaud | Membre

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume | Membre

Madame le Docteur KREMBEL Aude | Membre

Soutenue publiquement le :
16 octobre 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Delphine DEJEAN
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **13/09/2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine

PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine

CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie

SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur GOHIER, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je tiens à vous remercier vivement pour votre accessibilité et vos précieux enseignements porteurs d'une vision rigoureuse, exigeante et humaine de la psychiatrie. J'ai eu la chance de pouvoir réaliser deux stages dans votre service qui ont grandement participé à ma formation. Je suis ravie de rejoindre votre équipe et de continuer ainsi à profiter de votre riche expérience.

À Madame le Docteur RIQUIN, pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir accompagnée avec une grande bienveillance. Je vous remercie vivement pour votre enthousiasme lors de nos rendez-vous, pour votre disponibilité, vos précieux conseils et vos encouragements qui ont permis de rendre la réalisation de ce travail fort agréable.

À Monsieur le Professeur JARDRI, veuillez recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse. Je tiens à vous témoigner ma gratitude pour m'avoir permis de réaliser mon inter-chu dans votre service, ce qui a vivement renforcé mon attrait pour la psychiatrie périnatale. Il touche bientôt à sa fin mais j'en garderai un excellent souvenir. Je vous remercie également pour vos précieux conseils lors de la réalisation du livret.

À Monsieur le Professeur LEGENDRE, veuillez recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et pour l'intérêt porté à ce travail.

À Madame le Docteur KREMBEL, veuillez recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie vivement de m'avoir intégrée dans l'équipe de l'USBB dans laquelle j'ai pu faire mes premiers pas en psychiatrie périnatale et découvrir la finesse de l'observation du bébé.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Christine Chan-Chee, je te remercie infiniment pour ton aide précieuse et indispensable et pour nos riches échanges sur le sujet.

Je tiens également à remercier Monsieur le Docteur Peltier et Monsieur Chassagnard, sans qui l'extraction des dossiers n'aurait pas été possible.

Un grand merci aux médecins et soignants qui ont participé à ma formation tout au long de l'internat.

À toute l'équipe du secteur 6 de l'EPSM d'Allonnes, avec laquelle j'ai réalisé mon premier stage d'interne en psychiatrie et auprès de laquelle j'ai su, dès la première semaine, que j'avais fait le bon choix.

À Camille Rebillard, à cette journée au CMP de Beaumont où tu m'as fait découvrir la finesse de la clinique périnatale, pour m'avoir conseillé le stage inter-chu, pour tes encouragements multiples.

À Marine Rozet et Guillaume Ifrah, pour la richesse de votre savoir et la transmission de vos connaissances, pour la confiance que vous m'avez accordée, pour vos précieux conseils et encouragements pour l'inter-chu.

Au Dr Picard, à la finesse de tes observations cliniques, à ton art de la conduite de l'entretien psychiatrique, et surtout, à l'immense plaisir que j'ai eu de travailler à tes côtés au sein de l'unité mère-enfant.

REMERCIEMENTS

À mes parents, pour votre amour inconditionnel, votre soutien sans faille, votre ouverture d'esprit, votre générosité, à tout ce temps que vous nous avez consacré, à la richesse de nos échanges, pour m'avoir permis d'être fière de mon métissage et de mes origines, pour m'avoir permis de faire différemment de vous tout en restant fidèle aux principes et valeurs que vous m'avez transmis.

À mon père, tant charrié mais tant aimé, toi qui m'as appris à distinguer ce qui était grave de ce qui ne l'était pas, à ressortir grand des expériences difficiles.

À ma mère, pour tous ces moments où tu as cru en moi quand je doutais, à ton éternel optimisme, à ton éloquence que j'admire, pour les multiples relectures de tous mes écrits.

À mon frère et à ma sœur, à vous deux qui composaient avec mon impatience, qui savaient me reconforter, à notre belle et douce fratrie.

À Grand'maman, à ta sagesse infinie et à tes bourek dont je me régale à chaque passage à Juvignac.

À Mamie, pour toutes tes prières et tes plats succulents au retour de Leroux.

À Abdallah et Victor, mes deux grands-pères partis si tôt.

À ma famille de Guadeloupe, d'Algérie, de Paris, d'Alsace.

À Killian, à cet apaisement que tu me procures, à ton infinie patience que j'envie, à la main verte que je suis en passe de devenir grâce à toi, à la cycliste que tu as fait naître en moi, à l'évidence de notre relation, à notre amour si paisible.

À Ghislaine et Jean, pour votre chaleureux accueil au sein de votre famille, à tous les bons moments passés chez vous.

À Marlou, ma si chère amie, à notre amitié sereine et profonde, à la constance de ta présence, à notre complicité, à nos innombrables appels, à nos virées parisiennes, à toi qui es venue me voir partout où j'ai posé mes valises sans exception aucune, et bien sûr à ton aide fort précieuse pour tous mes travaux.

À Anna, à nos interminables messages vocaux, à tous ces moments dans lesquels tu m'as soutenue, à notre passion pour le rap, à toi qui as semé les graines de ma pensée féministe, à la grande qualité de toutes tes relectures, et tout particulièrement pour ce travail, à notre précieuse amitié.

À Anne-So, mon amie du collège, à toi qui m'as permis de maintenir un lien si fort avec Brest suite à mon départ à St Brieuc, à notre épreuve Maltaise, à notre colo aux States, à tous ces moments où tu m'as épaulée, à toi toujours enjouée pour passer un moment ensemble, à notre amitié qui m'est chère.

À Carocroûte, à notre longue amitié, de nos premières lettres au basket à notre fin d'externat, à nos 2 ans de colocation : toi et ta clairvoyance que j'admire, moi et mes questions existentielles, pour m'avoir plus d'une fois remis les idées en place, à nos voyages, à cette amitié qui nous lie pour longtemps encore.

À Ju, à ta joie de vivre communicative, pour ta présence si chaleureuse et enveloppante lors de notre P1, à notre amour pour les 4 saisons de Vivaldi et pour Gaël Faye, pour le réconfort que tu as su m'apporter dans les moments difficiles, à toi ma douce amie qui veille sur Brest.

À Olivier, pour ta bienveillance, pour m'avoir fait découvrir cette étrange relation : l'amitié garçon/fille, à nos randonnées dans les Pyrénées, pour m'avoir maintes fois soutenue dans les moments difficiles, pour m'avoir sensibilisée aux sujets qui te sont chers, en douceur. Merci pour tes précieuses relectures.

À Gardouch, i really want to thank you for all, à notre séjour sur le commodore, à nos si bons moments passés à Londres, à ton talent de photographe, à tes cours excell en ligne, et ton aide si précieuse pour ce travail.

À Léa, pour m'avoir initiée aux podcasts féministes, qui ont changé ma vie, au plaisir de se voir, et bien sûr au travail bien fait.

À tous les chouettes moments passés avec le B2GP, à Brest, à Ouessant, à Montpellier, à Lyon, à Angers, et bientôt à Briollay.

Et tout particulièrement : à Tounix, et l'agréable sérénité qui me gagne lorsque tu es présent et à ton rire bien évidemment, à Maxime, pour nos rares et agréables cafés et à tes mets divins, à Raiz, pour cette année de P1 et nos délires dans le bus ligne 5, à Sticoz, gardien de la propriété de mes lunettes. Au superbe accueil que vous avez réservé à Killian et qui me va droit au cœur.

À la famille Didou pour m'avoir si souvent accueillie quand j'étais petite.

À Flo, à l'importante place que tu as dans la famille.

À Brest, qui sera toujours ma ville de cœur.

À Tif et Boib, à nos années d'internat, à nos fous rires nocturnes, à nos années de basket qui ont tant compté pour moi, à notre amitié qui perdure.

À Elise, mon amie du lycée, à ton énergie débordante, à l'inspirante personne que tu es, à toutes nos soirées dominicales.

À Dounia, pour ta présence lors de mon premier semestre que je ne saurais oublier.

À Juliette, Mathilde et Marion, mes douces colocataires, pour avoir fait de ces 6 mois à Mayenne, un moment agréable. À Juliette, ma future voisine

Briollaytaine, pour ton écoute bienveillante et ta franchise. À Mathilde, à nos envies de jeûnes incomprises, à la simplicité de notre relation. À Marion, à ton rire qui fait du bien, à ton emploi du temps de ministre qui nous laissera, je l'espère, le temps de poursuivre notre découverte de la gastronomie angevine.

Aux colocataires du Royaume du Chat Furieux : Noémie, Quentin et PE, à nos succulents dîners et nos chouettes discussions qui ont fait de ce semestre à Allonnes un excellent moment.

À mes ami.e.s d'erasmus : Michela, Roberto, Fulvio, Guido, Giacomo, Carla, Alina et Paulo Sansoucy.

À mes copines de médecine de l'externat, à « la p'tite po » du vendredi soir qui égayait la semaine : Carocroûte again, Queen Sandy, Barzouk, Fanny, Zabou et Claire.

À Mookie, Marie et Florent pour votre accueil chaleureux à la coloc et à tous les chouettes moments que nous y avons passé. À Saymone, à nos sympathiques cafés à l'internat malgré ton immense popularité.

Au groupe de systémie : Céline, Ludivine, Bertille, Tiphaine, Pascale, Maud, Anne, Olivia, Pierre, Ghislaine, Kévin, Stéphanie, Elodie, Mylène, Lucie, à la formidable aventure humaine que nous partageons, à Nadège et Véronique, légères et rigoureuses, pour leur transmission bienveillante.

Aux Docteurs Vinnac et Guilmin, veuillez recevoir ma gratitude éternelle pour ce fameux écrit rédigé à 6 mains un soir de juillet, à vos ports du masque toujours consciencieux, à l'immense plaisir d'avoir été votre co-interne.

À Farah, Eleonora et Alexandre, pour votre agréable accueil dans la colocation lilloise et vos encouragements pour ce travail.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Schéma d'étude**
- 2. Population étudiée**
- 3. Recueil de données**
- 4. Variables recherchées**
- 5. Traitement des données et analyses statistiques**
- 6. Réglementation**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population étudiée**
 - 1.1. Sur le plan socio-démographique
 - 1.2. Sur le plan clinique
 - 1.2.1. Antécédents psychiatriques
 - 1.2.2. Idées suicidaires
 - 1.2.3. Antécédents gynécologiques
 - 1.2.4. Diagnostics de sortie
 - 1.3. Suivi et lien avec les différentes structures
- 2. Situation gynéco-obstétricale des patientes enceintes**
- 3. Situation gynéco-obstétricale des patientes en post-partum**
- 4. Comparaison : patientes enceintes versus post-partum**
- 5. Idées suicidaires périnatales de l'échantillon en fonction de facteurs de risque connus**

DISCUSSION

- 1. Comparaison résultats et littérature**
 - 1.1. Sur le plan socio-démographique
 - 1.2. Sur le plan clinique
 - 1.3. Mise en évidence des données non renseignées
 - 1.4. Orientations post-hospitalières
- 2. La période périnatale : une période cruciale**
- 3. Forces et limites de l'étude**
- 4. Perspectives et recommandations**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Suicidalité en période périnatale : étude descriptive sur les facteurs associés aux idées suicidaires chez les femmes hospitalisées en période périnatale au Centre de Santé Mentale Angevin

Dejean Delphine

Centre de Santé Mentale Angevin

RESUME

Introduction : Le suicide est la première cause de mortalité maternelle dans les pays à ressources élevées. L'apparition d'idées suicidaires (IDS) est un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire. La suicidalité a un impact majeur sur la relation mère-bébé et sur le développement de l'enfant.

Objectif : Identifier les facteurs associés à la survenue d'IDS en période périnatale chez les femmes nécessitant une hospitalisation, décrire cette population spécifique et élaborer une trame d'entretien afin d'évaluer les facteurs de risque de suicide et d'orienter les patientes vers les dispositifs de périnatalité existants.

Méthodologie : Étude descriptive et rétrospective réalisée au Centre de Santé Mentale Angevin portant sur les femmes hospitalisées en période périnatale entre 2014 et 2019.

Résultats : L'échantillon comptait 25 patientes enceintes et 57 patientes en post-partum. Plus de la moitié des patientes ont présenté des IDS pendant la grossesse et/ou pendant le post-partum (56,1%). La présence d'un antécédent psychiatrique multipliait par 4,38 le risque d'apparition des IDS ($p < 0,03$). Un tiers des patientes présentaient un motif d'admission en lien avec la suicidalité. Concernant l'orientation des patientes vers les dispositifs de périnatalité existants : 28,0% des patientes enceintes étaient orientées vers l'Unité Médico-Psychologique et Sociale en Périnatalité. Sur l'ensemble des patientes, 23,2% des patientes étaient dirigées vers le Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel mère-bébé.

Conclusion : La prévention du suicide en période périnatale est une priorité, une vigilance particulière doit être portée aux femmes ayant un antécédent psychiatrique. La prise en charge par des équipes spécialisées en périnatalité est essentielle.

INTRODUCTION

La grossesse et la naissance d'un enfant sont socialement admises comme des événements heureux. La période périnatale a longtemps été considérée comme une période protectrice vis-à-vis du suicide (1) (2). Or le suicide figure parmi les premières causes de mortalité maternelle (3). La mortalité maternelle secondaire à une pathologie obstétricale ou à une complication somatique a longtemps été étudiée, au détriment des autres causes de décès. Les décès tels que les suicides n'étaient pas considérés comme des morts maternelles dans la Classification Internationale des Maladies, 9^e édition (CIM-9), et étaient alors exclus d'une grande partie des études de mortalité maternelle. La problématique du suicide était donc sous-estimée voire ignorée en période périnatale.

Rôle du Comité National d'Experts sur les Morts Maternelles

L'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) étudie l'ensemble des décès maternels en France. Cette enquête est réalisée en France depuis 1996 et ces résultats font l'objet de rapports triennaux. Elle présente un double objectif : la caractérisation de l'épidémiologie de la mortalité maternelle et de son évolution selon une approche quantitative et l'analyse des circonstances de la survenue et de la prise en charge de l'événement morbide et de l'issue fatale, afin d'identifier des axes d'amélioration selon une approche principalement qualitative (4).

Définitions

La mort maternelle est devenue un événement très rare dans les pays à ressources élevées. Néanmoins, le ratio de mortalité maternelle constitue toujours dans ces pays un important indicateur de santé en général, et de santé maternelle en particulier. La mort maternelle a été retenue comme faisant partie des événements de santé dits « évitables », autrement dit dont la survenue en excès témoigne d'une contre-performance du système de

santé. Cette défaillance concerne la prévention, l'organisation des soins et/ou les soins prodigués.

D'après la Classification internationale des maladies (CIM) (5):

- la *mort maternelle* se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

- la *mort maternelle tardive* se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : les *décès par cause obstétricale directe* sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un des facteurs présentés ci-dessus. Les *décès par cause obstétricale indirecte* sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse (5).

La mort associée à la grossesse est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai d'un an après sa terminaison, quelle qu'en soit la cause. Ces morts ont donc un lien temporel avec la grossesse, mais pas nécessairement un lien causal. Les morts maternelles constituent un sous-groupe des morts associées à la grossesse (4).

Données épidémiologiques

Pour la période 2010-2012, 256 décès maternels ont été identifiés en France, soit 85 décès par an d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites. Ce chiffre correspond à un ratio de mortalité maternelle de 10,3 pour 100 000 naissances vivantes (NV).

Il est stable par rapport à la période précédente 2007-2009. Néanmoins, 56% de ces décès sont considérés comme « évitables » ou « peut-être évitables » et, dans 60% des cas, les soins prodigués n'ont pas été optimaux (4).

Dans le 5^{ème} rapport de l'ENCMM portant sur la période 2010-2012, 11 suicides ont été recensés et classés parmi les morts maternelles, un décès comme mort maternelle directe car survenu dans un contexte de dépression du post-partum, et 10 décès survenus dans un contexte de pathologie psychiatrique préexistante décompensée par la grossesse, et donc classés comme morts maternelles indirectes (4). Ces 11 suicides représentent 4% des morts maternelles.

Depuis 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de classer tous les suicides survenant pendant la grossesse et jusqu'à 42 jours du post-partum comme mort maternelle (6). Cette exigence n'a pas été pleinement adoptée par l'ENCMM pour la période 2010-2012 puisque seuls les suicides avec un lien causal (direct ou indirect) ont été inclus.

Dans le rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle pour la période de 2007 à 2009, seuls trois suicides ont été retenus comme des morts maternelles. Si la règle de l'OMS de 2012 avait été appliquée, les chiffres auraient sensiblement varié. En effet, entre 2007 et 2009, 62 suicides sont survenus en France chez des femmes enceintes ou ayant accouché durant l'année précédente : quatre pendant la grossesse, un après une interruption volontaire de grossesse (IVG), quatre dans les 42 jours suivant une naissance, 47 entre 43 et 365 jours après la naissance et six à un moment non précisé. Si ces 62 décès étaient inclus dans la mortalité maternelle, le taux global de mortalité maternelle pour 2007-2009 serait de 12,8/100 000 NV et les suicides représenteraient 20% des morts maternelles, ce qui en ferait la première cause de mortalité maternelle (7).

Facteurs de risque suicidaire

Selon Oates (2003), plus de deux tiers des femmes suicidées en période périnatale souffraient d'une pathologie psychiatrique. En postnatal, plus de la moitié des femmes suicidées étaient atteintes par un trouble psychiatrique sévère, et pour la moitié d'entre elles, le décès aurait pu être évité si cette pathologie avait été identifiée et traitée (8).

Les décompensations psychiatriques d'une pathologie préexistante ou les épisodes inauguraux en période périnatale sont fréquents, et les IDS inhérentes à ces pathologies sont loin d'être exceptionnelles. La dépression et l'anxiété font partie des troubles psychiatriques courants pendant la grossesse avec environ 12% des femmes souffrant de dépression et 13% souffrant d'anxiété à un moment donné (9). La dépression et l'anxiété affectent également 15 à 20% des femmes dans l'année qui suit l'accouchement (9). La psychose puerpérale a une incidence de 0,5/1000 (10).

Une méta-analyse de 2016 menée par Orsolini *et al.* souligne plusieurs facteurs de risque suicidaire en période périnatale: l'isolement, la grossesse non désirée, les violences, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les inégalités sociales (11).

Chez les femmes hospitalisées en psychiatrie dans la première année du post-partum, le risque de suicide serait multiplié par 70, soulignant l'impact d'un trouble mental sévère sur le risque de décès maternel (12).

Les troubles psychiatriques maternels et la suicidalité qui en découle ont un impact délétère sur les interactions précoces de la dyade, c'est-à-dire dans la relation mère-bébé, et sont à risque de conséquences négatives sur le développement du nourrisson et à plus long terme de l'enfant et de l'adolescent (13) (14) (3).

La réduction de la mortalité maternelle fait partie des 100 objectifs de santé publique (15). La mortalité maternelle est donc le principal indicateur de santé maternelle et ce, en l'absence de mesures standardisées de la morbidité maternelle. Elle constitue un événement

sentinelle, témoignant de l'existence d'événements morbides d'amont plus fréquents mais de surveillance plus complexe. La rareté des décès rend nécessaire de disposer d'indicateurs de morbidité maternelle. Quant à la suicidalité, le facteur de risque le plus important à considérer pour déterminer un risque de tentative de suicide ou de décès par suicide est la présence d'IDS. Les IDS sont un facteur prédictif important pour un comportement suicidaire ultérieur (incluant suicide et tentative de suicide) (16).

Objectifs du travail

L'objectif principal est d'identifier les facteurs associés à la présence d'IDS au sein d'une population spécifique, celle des femmes hospitalisées en période périnatale dans un hôpital psychiatrique général.

Les objectifs secondaires sont de décrire cette population spécifique sur le plan socio-démographique et clinique, de préciser les modalités de suivi à la sortie d'hospitalisation, et enfin d'élaborer une trame d'entretien semi-dirigé, destinée à l'évaluation psychiatrique lors de l'admission d'une patiente en période périnatale dans un hôpital psychiatrique en vue d'un meilleur repérage des patientes à risque suicidaire et d'une amélioration globale de la prise en charge notamment dans l'orientation vers les dispositifs de périnatalité existants.

MÉTHODES

1. Schéma d'étude

Ce travail est une étude rétrospective, descriptive et monocentrique, réalisée au Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) portant sur les femmes hospitalisées dans cet établissement en période périnatale, c'est-à-dire soit au moment de la grossesse, soit durant la première année suivant l'accouchement.

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- patiente hospitalisée au CESAME en période de gestation ou de post-partum durant la totalité du séjour hospitalier, dans un délai d'un an maximum suivant l'accouchement ;
- ayant un dossier informatisé ;
- âgée de 16 à 43 ans.

Les limites d'âge ont été choisies car 16 ans correspond à l'âge limite d'admission au CESAME et 43 ans correspond à l'âge limite de remboursement par la sécurité sociale d'une procréation médicalement assistée (PMA).

3. Recueil de données

La première étape a consisté à retrouver les dossiers informatisés des femmes hospitalisées en période périnatale. Il n'existe pas de codage diagnostique précis permettant de les repérer. Les dossiers médicaux des patientes concernées ont été extraits en utilisant les mots-clés suivants : « grossesse », « enceinte », « aménorrhée », « fœtus » « prénatal », « anténatal », « partum », « PMA » et « FIV ». Un dossier était extrait à partir du moment où l'un de ces mots-clés était retrouvé dans l'évaluation clinique initiale ou dans une observation médicale ou paramédicale rédigée au sein du dossier patient d'hospitalisation.

Chaque dossier était ensuite lu et inclus si la patiente se trouvait effectivement en période périnatale, les autres étaient exclus. L'informatisation des dossiers a été réalisée entre septembre 2014 et novembre 2016. Les dossiers étudiés concernaient toutes les patientes hospitalisées en période périnatale repérées à partir des mots-clés et dont les dossiers étaient informatisés. L'extraction des dossiers a pris fin le 5 novembre 2019.

Suite à la recherche par mots-clés, 509 dossiers ont été extraits du logiciel informatique CRISTAL-NET. Quarante-quatre dossiers de patientes en période périnatale ont été identifiés. Deux dossiers de patientes ont été exclus, l'un car une interruption volontaire de grossesse avait été réalisée lors du séjour, l'autre car la patiente était en cours de prise en charge en PMA avec un taux d'HCG à 114 UI au cours de l'hospitalisation, mais dans ce dossier la patiente n'était pas considérée comme enceinte. L'échantillon comportait donc 82 patientes en période périnatale : 25 femmes enceintes et 57 patientes en post-partum.

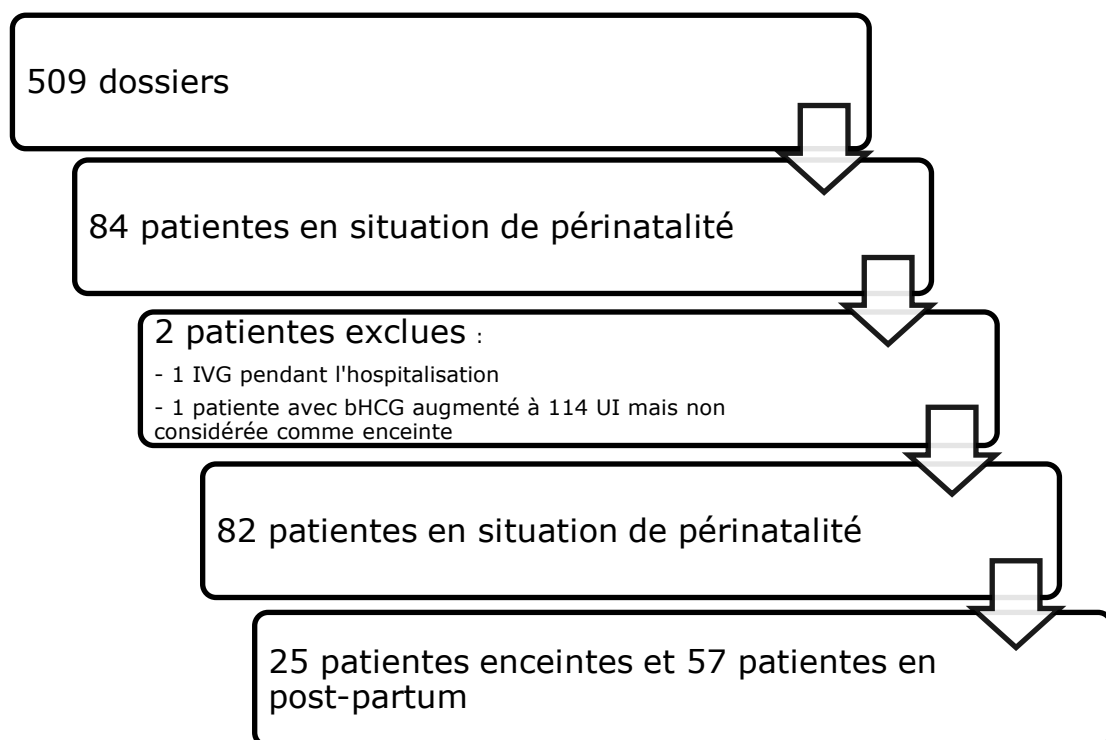


Figure 1: Flow-chart

4. Variables recherchées

Une fiche de recueil de données (annexe 1) a été élaborée préalablement afin d'analyser les dossiers le plus précisément possible. Celle-ci comporte différentes parties : grossesse ou post-partum, âge, nationalité, pays de naissance, motif d'admission, mode légal de soins, durée du séjour hospitalier, données socio-démographiques, antécédents personnels psychiatriques, addictologiques et gynécologiques, antécédents familiaux psychiatriques et addictologiques, traitement à l'admission, données concernant la grossesse actuelle ou le post-partum en cours, présence d'IDS, décompensation lors de précédentes grossesses, traitement de sortie, diagnostic de sortie, suivi et liens avec différents acteurs de santé. Une fiche de recueil de données était complétée pour chaque dossier remplissant les critères d'inclusion.

Nous avons étudié la survenue d'IDS en fonction des principaux facteurs de risque cliniques et socio-démographiques connus. Les facteurs de risque cliniques choisis étaient les suivants : un antécédent psychiatrique, un antécédent de tentative de suicide, un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, un antécédent de pathologie psychiatrique, une complication lors de l'accouchement, le fait d'être primipare. Les facteurs de risque socio-démographiques choisis étaient les suivants : la présence d'un événement de vie stressant, l'isolement, le fait d'être né hors de France et de ne pas être en couple.

5. Traitement des données et analyses statistiques

Les données ont été saisies de manière anonyme dans un tableau Excel.

Pour les variables catégorielles, les pourcentages ont été calculés sur les effectifs renseignés (sauf dans certains cas exceptionnels) et présentés avec leur intervalle de confiance à 95% (IC à 95 %). En analyses bivariées, les comparaisons ont été faites avec le test d'indépendance du Chi-deux de Pearson (ou le test de Fisher lorsque l'effectif théorique dans

une des catégories étudiées était inférieur à 5), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Les rapports de cote (OR) ainsi que leurs IC à 95% sont présentés.

Pour les variables quantitatives (âge et durée d'hospitalisation), les moyennes, les médianes et les extrêmes sont présentées. Les IC à 95 % des moyennes ont été calculés à partir des erreurs types. La comparaison de moyennes entre deux groupes de patientes a été faite avec le t-test de Student.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS Enterprise Guide®.

6. Réglementation

L'accord du Comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a été obtenu le 27 janvier 2020 et l'étude a été enregistrée sous le numéro 2020/04.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

1.1. Sur le plan socio-démographique

L'échantillon comptait 82 patientes hospitalisées en période périnatale : 25 durant la grossesse et 57 au cours du post-partum.

L'âge moyen des femmes était de 30,1 ans (médiane : 31 ans, extrêmes : 18 – 42 ans). Plus de trois quarts des femmes étaient nées en France (78,9%). La plupart des patientes étaient en couple (84,2%). Près de deux tiers des patientes avaient un emploi (62,8%). Les catégories socio-professionnelles sont détaillées dans le tableau I. Un cinquième des femmes rapportaient un isolement (25,7%). L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques est inscrit dans le tableau I.

Pour presque la moitié des patientes, aucune information sur le géniteur n'était disponible (46.3%).

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	N=82	
	n	Moyenne ou % [IC 95%]
Âge	82	30,1 [28,8 ; 31,4]
Née en France	60	78,9 [69,8 ; 88,1]
Couple	69	84,2 [76,2 ; 92,1]
Isolement	19	25,7 [15,7 ; 35,6]
Emploi	49	62,8 [52,1 ; 73,5]
Catégories socio-professionnelles		
• Agriculteurs exploitants	1	1,4 [0 ; 4,1]
• Cadres et professions intellectuelles supérieures	1	1,4 [0 ; 4,1]
• Professions intermédiaires	12	16,7 [8,1 ; 25,3]
• Ouvriers	4	5,6 [0,3 ; 10,9]
• Employés	26	36,1 [25,0 ; 47,2]
• Autres personnes sans activité professionnelle	28	38,9 [27,6 ; 50,2]
Logement privé	77	93,9 [88,7 ; 99,1]
Allocations	18	25,4 [15,2 ; 35,5]
Mesure de protection	7	8,5 [2,5 ; 14,6]

Allocation : Revenu de Solidarité Active ou Allocation aux Adultes Handicapés ou allocation chômage

Logement privé : par opposition aux structures d'accueil, hébergement chez un tiers

1.2. Sur le plan clinique

Près de trois quarts des femmes étaient hospitalisées en soins libres (70,7%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,1 jours (médiane à 3,5 jours).

Les différents motifs d'admission sont décrits dans le tableau II. Plus d'un tiers des patientes avaient un motif d'hospitalisation en lien avec la suicidalité : 25,6% venaient pour des IDS et 8,5% à la suite d'une tentative de suicide. Plus d'un tiers des patientes avaient un traitement en cours lors de l'admission (38,8%).

1.2.1. Antécédents psychiatriques

Au sein de l'échantillon, 84,2 % des patientes avaient un antécédent psychiatrique. Plus de la moitié des femmes avaient une pathologie psychiatrique connue ou avaient été atteintes d'une pathologie psychiatrique au cours de leur vie (58,5%). Les pathologies psychiatriques sont détaillées dans le tableau II. Un cinquième des patientes avaient déjà fait une tentative de suicide (20,7%). Presque la moitié des femmes avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie (45,1%). Un suivi était en cours chez un tiers des patientes (38,9%).

Les antécédents addictologiques personnels n'étaient pas mentionnés dans deux tiers des dossiers (62,2%). Pour la moitié des patientes, les antécédents psychiatriques familiaux n'étaient pas indiqués (54,9%). Les antécédents de violences subies n'étaient pas renseignés dans 65,9% des cas.

1.2.2. Idées suicidaires

Plus de la moitié des patientes enceintes ont eu des IDS pendant la grossesse (56,0%).

Plus de la moitié des patientes en période postnatale ont eu des IDS durant le post-partum (56,1%).

1.2.3. Antécédents gynécologiques

La moitié des patientes étaient primipares (50,0%). Pour presque un cinquième des patientes, un antécédent de fausse couche était recensé (17,1%). Néanmoins, cette donnée n'était pas renseignée pour plus de la moitié des patientes (57,3%). Moins de 10% des patientes avaient réalisé une IVG, cette information était indisponible pour 59,8% des femmes.

Tableau II : Caractéristiques cliniques

Caractéristiques cliniques	N=82	
	n	%
Mode légal de soins		
• Libre	58	70,7 [60,9 ; 80,6]
• SDT/SDTU	14	17,1 [9,0 ; 25,2]
• SPI	8	9,8 [3,4 ; 16,2]
• SDRE	2	2,4 [0 ; 5,8]
Motif d'admission		
• IDS	21	25,6 [16,2 ; 35,0]
• TS	7	8,5 [2,5 ; 14,5]
• Troubles du comportement	7	8,5 [2,5 ; 14,5]
• Intoxication éthylique	2	2,4 [0 ; 5,7]
• Symptomatologie anxieuse	12	14,6 [7,0 ; 22,2]
• Symptomatologie délirante	10	12,2 [5,1 ; 19,3]
• Symptomatologie dépressive	17	20,7 [11,9 ; 29,5]
• Symptomatologie maniaque ou hypomaniaque	2	2,4 [0 ; 5,7]
• Autre	4	4,9 [0,2 ; 9,6]
Traitement à l'arrivée dans le service	31	38,8 [28,1 ; 49,4]
Antécédent psychiatrique	64	84,2 [76,0 ; 92,4]
Pathologie psychiatrique connue	48	58,5 [47,8 ; 69,2]
• Trouble bipolaire	4	8,9 [0,6 ; 17,2]
• Trouble dépressif	21	46,7 [32,1 ; 61,2]
• Trouble anxieux	2	4,4 [0 ; 10,5]

• Trouble psychotique	9	20,0 [8,3 ; 31,7]
• Trouble de la personnalité	8	17,8 [6,6 ; 28,9]
• Trouble du comportement alimentaire	1	2,2 [0 ; 6,5]
Suivi en cours au moment de l'hospitalisation	28	38,9 [27,6 ; 50,1]
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	37	45,1 [34,3 ; 55,9]
Antécédent de TS	17	20,7 [11,9 ; 29,5]
IDS grossesse*	14	56,0 [36,5 ; 75,5]
IDS post-partum**	32	56,1 [43,3 ; 69,0]
IDS périnatales	46	56,1 [45,4 ; 66,8]

* IDS grossesse renseignées pour 25 patientes ; **IDS post-partum renseignées pour 57 patientes.

1.2.4. Diagnostics de sortie

Les diagnostics psychiatriques portés sont décrits dans le tableau III. Les plus fréquents étaient les suivants : troubles névrotiques, troubles liés aux facteurs de stress et troubles somatoformes (42,6%), et troubles de l'humeur (21,9%).

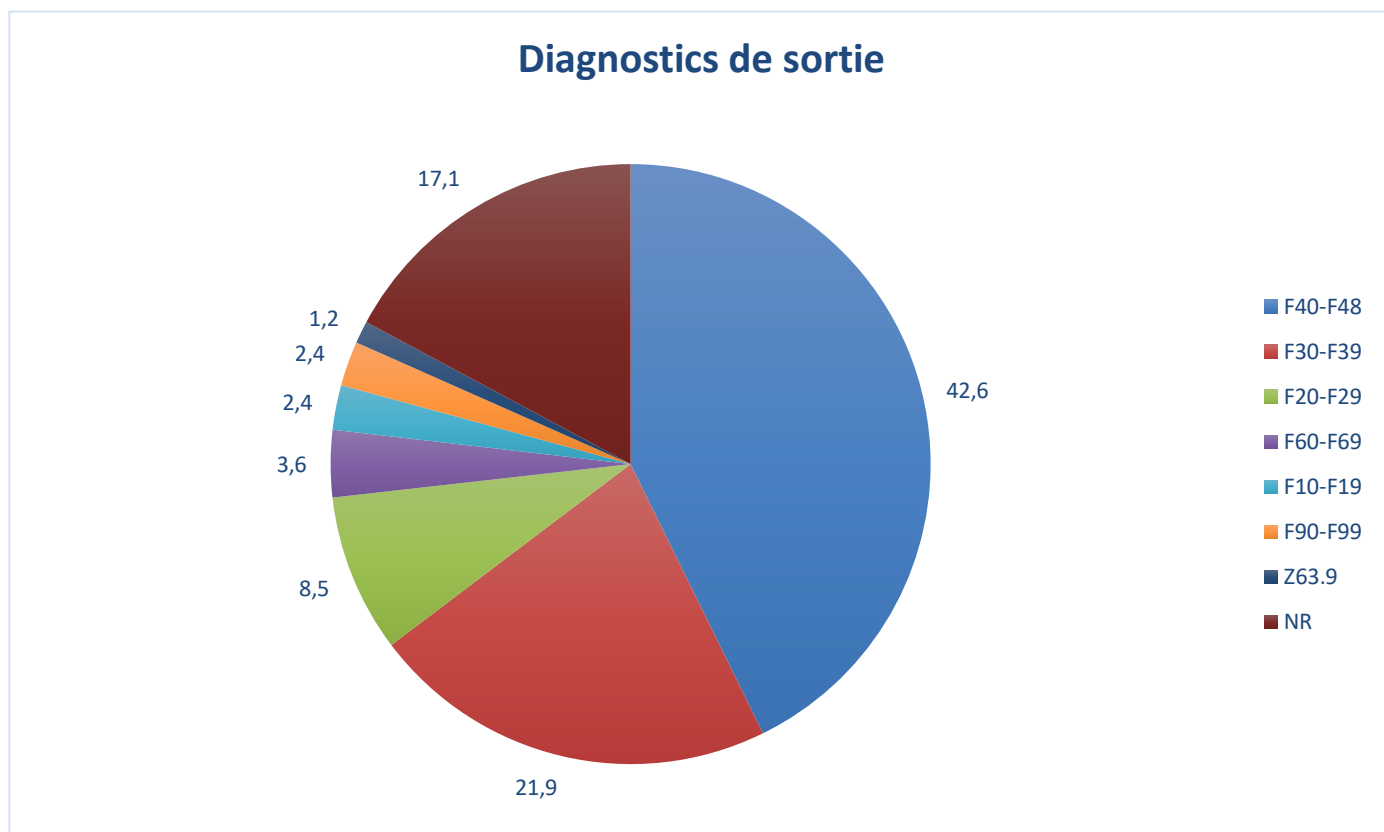


Figure 2 : Diagnostics de sortie

F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, et troubles somatoformes; F30-F39 : Troubles de l'humeur; F20-F29 : Schizophrénie, troubles schizotypiques; F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte; F10-F19 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives; F90-F99 : Troubles apparaissant durant l'enfance ou l'adolescence; Z63.9 : Difficultés liées à l'entourage immédiat; NR : non renseigné; Résultats donnés en pourcentage

1.3. Suivi et lien avec les différentes structures

Un suivi était prévu pour 90,2% des patientes (information manquante pour 5 patientes, soit 6,1%). La majorité des patientes étaient orientées vers un Centre Médico-Psychologique (CMP) (63,4%). Pour 7 patientes, un suivi en Soins Intensifs Psychiatriques À Domicile (SIPAD)

était organisé et pour 11 autres, un suivi en SIPAD était associé à un suivi en CMP ou en psychiatrie libérale.

Quant aux liens avec les différentes structures, moins d'un tiers des patientes enceintes étaient orientées vers l'Unité Médico-Psychologique et Sociale en Périnatalité (UMPSP) (28,0%). Sur l'ensemble des patientes, 23,2% des patientes étaient dirigées vers le Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) mère-bébé. Un lien avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) était mentionné pour 25,6% des patientes.

Tableau III : Suivi à la sortie d'hospitalisation et lien avec les différentes structures

	N=82 (sauf *N=25)	
	n	%
Suivi	74	90,2
• CMP	52	63,4
• Psychiatrie libérale	14	17,1
• Médecin généraliste	2	2,4
• SIPAD	18	22,0
• Non renseigné	5	6,1
Lien avec les différentes structures		
• UMPSP*	7	28,0
• CATTP mère-bébé	19	23,2
• Sage-femme /gynécologue*	10	40,0
• Médecin généraliste	6	7,3
• PMI	21	25,6

* UMPSP : renseignée pour 25 patientes ; *sage-femme/gynécologue : renseignée pour 25 patientes

2. Situation gynéco-obstétricale des patientes enceintes

Sur les 25 patientes enceintes, on dénombre 10 patientes hospitalisées au premier trimestre, 10 patientes hospitalisées au deuxième trimestre et 4 patientes au troisième trimestre. Pour une patiente, l'information était indisponible. La grossesse était désirée dans 32,0% des cas, néanmoins le nombre de données manquantes est important pour cette variable (44,0%). Une seule patiente a eu recours à une PMA.

3. Situation gynéco-obstétricale des patientes en post-partum

Le délai moyen d'hospitalisation après l'accouchement était de 4,2 mois.

La grossesse était désirée dans 15,8% des cas mais cette variable était peu renseignée (64,9%). Une patiente a bénéficié d'une PMA. Une complication lors de l'accouchement était retrouvée chez 10,5% des patientes. Pour la moitié des femmes, le mode d'accouchement n'était pas renseigné (52,6%). Un tiers des patientes étaient concernées par des événements de vie stressants (31,6%). Nous avons choisi de répertorier comme événements de vie stressants : la séparation avec le conjoint, l'hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie ou un problème de santé de l'enfant et le décès d'un membre de l'entourage. Ils touchaient respectivement 14,0%, 14,0% et 5,3% des patientes. Une patiente était touchée par deux événements de vie stressants. Les caractéristiques des patientes en post-partum sont détaillées dans le tableau IV.

Tableau IV : Caractéristiques des patientes en post-partum

	Post partum (N=57)	
	n	Moyenne ou % ou IC95%
Délai moyen d'hospitalisation après accouchement (en mois)	57	4,2 [3,4-4,9]
Grossesse désirée	9	15,8
Accouchement par voie basse	13	22,8
Césarienne	13	22,8
Complication lors de l'accouchement	6	10,5
Événement de vie stressant	18	31,6
• Séparation avec conjoint	8	14,0
• Hospitalisation en néonatalogie ou problème de santé de l'enfant	8	14,0
• Décès dans l'entourage	3	5,2

4. Comparaison : patientes enceintes versus post-partum

La répartition des caractéristiques socio-démographiques et des antécédents psychiatriques des patientes selon le moment de la période périnatale est présentée dans le tableau V.

Un antécédent psychiatrique était retrouvé chez 80,0% des femmes enceintes et chez 77,2% des femmes en post-partum. Plus de la moitié des femmes enceintes et en post-partum avaient une pathologie psychiatrique connue, respectivement 52,0% et 61,4%. Un antécédent de tentative de suicide était mentionné chez un quart des femmes enceintes (24,0%) et un cinquième des femmes en post-partum (19,3%).

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les deux groupes.

Tableau V : Comparaison patientes enceintes et patientes en post-partum

	Enceintes (N=25)		Post-partum (N=57)			
	n	% ou moyenne [IC95%]	n	% ou moyenne IC95%	OR (enceintes vs. post partum) [IC95%]	p
Âge	25	28,5 [25,8-29,8]	57	30,8 [29,3-31,6]	-	0,12
Née en France	15	60,0	45	79,0	0,33 [0,11 ; 1,04]	0,07
Couple	19	76,0	50	87,7	0,44 [0,13 ; 1,49]	0,20
Isolement	8	32,0	11	19,3	1,94 [0,65 ; 5,75]	0,23
Primiparité	12	14,6	29	50,9	0,89 [0,35 ; 2,28]	0,81
Pathologie psychiatrique connue	13	52,0	35	61,4	0,68 [0,26 ; 1,76]	0,43
Antécédent psychiatrique	20	80,0	44	77,2	1,36 [0,33 ; 5,58]	1,00
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	14	56,0	23	43,1	1,88 [0,73 ; 4,87]	0,19
Antécédent de TS	6	24,0	11	19,3	1,32 [0,43 ; 4,08]	0,63

5. Idées suicidaires périnatales de l'échantillon en fonction de facteurs de risque connus

La présence d'IDS périnatales en fonction de facteurs de risque connus sur l'ensemble des femmes hospitalisées est présentée dans le tableau VI.

Dans notre échantillon, 56,1% des femmes (n=46) ont présenté des IDS. Parmi les patientes ayant eu des IDS en période périnatale, 82,6% (n=38) avaient un antécédent psychiatrique, 6,5% (n=3) n'en avaient pas et pour 5 patientes (10,9%), l'information était indisponible. Les patientes avec un antécédent psychiatrique étaient proportionnellement plus nombreuses à avoir des IDS (59,4%) que celles qui n'avaient pas d'antécédent psychiatrique (25,0%). Une association statistiquement significative est retrouvée entre ces deux variables ($p<0,03$). La présence d'un antécédent psychiatrique multipliait par 4,38 le risque de survenue d'IDS en période périnatale.

La présence d'IDS périnatales était retrouvée chez presque trois quarts des patientes (72,2%) en post-partum qui avaient été touchées par un événement de vie stressant contre 48,7% de celles qui n'en avaient pas eu ; cette différence est proche de la significativité ($p<0,10$).

Le reste des analyses bivariées comparant la survenue d'IDS avec les autres variables ne retrouve pas de différence statistiquement significative.

Tableau VI : Idées suicidaires périnatales de l'échantillon en fonction de facteurs de risque connus

	IDS périnatale+				OR (variable+ vs. variable-) [IC95%]	p
Variables	Variable +		Variable -			
	n	%	n	%		
Née en France	32	53,3	8	50,0	1,14 [0,38 ; 3,44]	0,81
Couple	38	55,1	8	61,5	0,76 [0,23 ; 2,58]	0,67
Isolement	13	68,4	31	56,4	1,68 [0,56 ; 5,06]	0,36
Primiparité	23	56,1	23	56,1	1,00 [0,42 ; 2,39]	1,00
Pathologie psychiatrique connue	27	56,3	19	55,9	1,01 [0,42 ; 2,46]	0,97
Antécédent psychiatrique	38	59,4	3	25,0	4,38 [1,08 ; 17,76]	0,03
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	18	48,7	28	62,2	0,57 [0,24 ; 1,39]	0,22
Antécédent de TS	11	64,7	35	53,9	1,57 [0,52 ; 4,76]	0,42
Complication lors de l'accouchement	2	33,3	30	58,8	0,35 [0,06 ; 2,09]	0,39

Événement de vie stressant	13	72,2	19	48,7	2,74 [0,82 ; 9,16]	0,10
-----------------------------------	----	------	----	------	-----------------------	------

(Guide de lecture : pour la variable *née en France*, dans notre échantillon, 53,3% des femmes nées en France ont présenté des IDS contre 50,0% des femmes nées hors de France)

DISCUSSION

1. Comparaison résultats et littérature

L'objectif principal de cette étude était d'identifier des facteurs associés à la survenue d'IDS en période périnatale chez les femmes hospitalisées dans un hôpital psychiatrique. La présence d'un antécédent psychiatrique multipliait par 4,38 le risque d'apparition d'IDS en période périnatale ($p < 0,03$). Il s'agissait d'un lien nettement mis en évidence dans la littérature (17) (3) (18).

Dans cette étude, 82,6% des patientes ayant eu des IDS en période périnatale présentaient un antécédent psychiatrique.

L'association entre la survenue d'un événement de vie stressant et le risque d'apparition d'IDS est proche de la significativité ($p < 0,10$), ce qui souligne l'importance de la prise en compte du contexte de vie des femmes en période périnatale (19) (20).

1.1. Sur le plan socio-démographique

Dans notre échantillon, la majorité des patientes étaient en couple (84,2%), statut qui est décrit comme protecteur en période périnatale dans la littérature (21), surtout lorsque la relation conjugale est jugée satisfaisante par la patiente (22). Un quart des patientes souffraient d'isolement (25,7%), un faible support social est également un facteur de risque de suicidalité en période périnatale (11) (3). La plupart des patientes de notre échantillon sont nées en France (78,9%), l'importance du pays de naissance est soulignée dans le 5ème Rapport de l'ENCMM qui révèle que 32% des morts maternelles sont survenues chez des femmes nées hors de France, avec une nette surreprésentation des femmes d'Afrique subsaharienne.

1.2. Sur le plan clinique

Dans cet échantillon, un tiers des patientes ont été hospitalisées pour un motif en lien avec la suicidalité. Plus de la moitié des patientes ont présenté des IDS pendant la grossesse et/ou pendant le post-partum (56,1%). Dans une étude de 2011 menée par R.Gavin *et al.*, la prévalence des IDS sur un échantillon de 2159 femmes enceintes était de 2,7%. Une étude réalisée par Celik *et al.* publiée en 2015 retrouvait une prévalence de 3,8% chez les femmes en période périnatale (23). Ces prévalences étaient bien plus basses que celles de notre échantillon, mais ces études ne concernaient pas des patientes hospitalisées.

Un cinquième des patientes ont réalisé une tentative de suicide dans le passé (20,7%). Le 4^{ème} et dernier rapport de l'Observatoire National du Suicide rappelle qu'un antécédent de tentative de suicide est un facteur de risque majeur : il multiplie par 4 le risque de suicide ultérieur et par 20 dans l'année suivant la tentative (24).

Presque la moitié des patientes ont déjà été hospitalisées en psychiatrie (45,1%). Les antécédents personnels semblent avoir un poids important : un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie multiplierait le risque de tentative de suicide dans le post-partum par 27 (25).

Dans notre étude, la primiparité n'est pas associée à la survenue d'IDS. Dans la littérature, la primiparité est régulièrement mentionnée comme un facteur de risque de suicide en périnatalité (26) (11), mais certaines études soulignent au contraire le retentissement de la multiparité sur la suicidalité périnatale (22) (27).

Le déroulement et le mode d'accouchement sont des données importantes. Dans notre échantillon, une complication lors de l'accouchement était décelée chez 10,5% des patientes. La recherche d'un accouchement potentiellement traumatique doit être réalisée. Kim *et al.* ont souligné l'augmentation du risque d'apparition des IDS en cas de lésions vaginales sévères lors de l'accouchement et ont montré qu'en cas de césarienne programmée le risque de survenue d'IDS était divisé par 2 (17).

1.3. Mise en évidence des données non renseignées

Les antécédents addictologiques personnels n'étaient pas renseignés pour 62,2% des patientes. La présence de troubles addictologiques tels que le trouble lié à l'usage de l'alcool et le trouble lié à l'usage du tabac est pourtant associée à une augmentation du risque suicidaire (11) (3).

Les antécédents de troubles psychiatriques familiaux et de suicide ou tentatives de suicide dans la famille sont des facteurs de risque suicidaire en période périnatale (11). Ils n'étaient pas mentionnés dans 54,9% des dossiers.

Les antécédents de violences subies n'étaient pas renseignés dans 65,9% des cas. Or les antécédents de traumatismes, notamment sexuels dans l'enfance (28) (29), et les violences conjugales (30) (31) sont des facteurs de risque de survenue d'IDS en période périnatale.

La notion de grossesse désirée n'était pas recueillie pour 44,0% des femmes enceintes et 64,9% des femmes en post-partum, pourtant l'absence de désir de grossesse est un facteur de risque suicidaire en période périnatale bien décrit dans la littérature (11) (32).

Les antécédents de fausse couche n'étaient pas mentionnés pour 57,3% des patientes. Plusieurs études soulignent que cet antécédent est corrélé avec une augmentation du risque d'IDS (22) (33). Un antécédent d'IVG est également associé à une majoration du risque d'IDS notamment chez les adolescentes enceintes (3).

Dans 46,3% des dossiers, aucune information sur les géniteurs n'était disponible. Une attention particulière doit leur être portée (3).

1.4. Orientations post-hospitalières

Seul un tiers des patientes enceintes ont été orientées vers l'UMPSP et moins d'un quart de l'échantillon total a été dirigé vers le CATTP mère-bébé. Ce sont des dispositifs de périnatalité ambulatoires qui existent depuis plusieurs années et font partie intégrante de l'offre de soins à Angers. Dans un quart des cas, un lien avec la PMI a été établi pendant

l'hospitalisation (25,6%). Pour moins de 10,0% des patientes, un lien avec le médecin généraliste a été réalisé. Pour moins de la moitié des femmes enceintes, un lien a été fait avec la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien (40,0%).

Ces chiffres interrogent car les outils existent mais doivent être davantage sollicités. Une fiche d'entretien mentionnant ces deux structures et circulant entre les services de psychiatrie adulte et ces deux structures de périnatalité est un outil à promouvoir pour améliorer notamment l'orientation des patientes (annexes 2 et 3). Le travail en réseau avec les différents professionnels de santé : sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, médecin généraliste, psychiatre, intervenants de la PMI, est essentiel pour améliorer la prise en charge de la dyade (3).

2. La période périnatale : une période cruciale

Une étude consacrée à la mortalité maternelle et la morbidité au Royaume-Uni et en Irlande, *The UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2015-2017*, rappelle que le suicide est la 2^{ème} cause de mort maternelle directe entre la fin de la grossesse et les 42 premiers jours du post-partum après les causes thrombotiques et thrombo-emboliques et la 1^{ère} cause de mort maternelle directe durant la 1^{ère} année du post-partum (34).

Sur le plan épidémiologique, les six semaines suivant l'accouchement sont la période la plus à risque d'admission en hôpital psychiatrique au cours de la vie d'une femme (35).

Les femmes présentant un trouble psychiatrique sévère du post-partum ont un risque augmenté de mortalité maternelle en comparaison avec les femmes sans trouble psychiatrique. L'année suivant le diagnostic représente une période particulièrement à risque sur le plan suicidaire (36).

Les données de la littérature soulignent le poids des troubles psychiatriques sur la suicidalité périnatale. La présence d'une dépression anténatale multiplie par 11,5 le risque d'IDS pendant la grossesse (37). La présence d'une dépression du post-partum augmente la suicidalité (33), et plus la dépression est sévère, plus le risque d'apparition d'IDS est important (38). Le dépistage d'un trouble psychiatrique en période périnatale s'avère primordial (3).

L'impact de la suicidalité des femmes sur leur progéniture est notable. Gelaye *et al.* ont montré que les bébés dont les mères ont eu des IDS pendant la grossesse avaient un poids de naissance plus faible (39). Dans une étude menée par Martini *et al.*, les enfants de mères ayant été touchées par la suicidalité périnatale avaient des scores plus faibles aux tests neuropsychologiques (21).

3. Forces et limites de l'étude

L'originalité de notre travail est de s'intéresser à la question de la suicidalité en période périnatale dans des unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte dénuées de toute spécificité périnatale. La présence d'IDS n'entraîne pas systématiquement une hospitalisation en psychiatrie. Nous pouvons penser qu'il s'agit donc d'une population particulièrement à risque. Nous avons tout de même pu mettre en évidence de manière très nette un facteur associé à la survenue d'IDS, à savoir la présence d'un antécédent psychiatrique.

Ce travail ne trouve pas d'équivalent en France. L'étude qui s'en approche le plus est celle parue en 2015, menée par Guillard *et al.* portant sur les facteurs de risque de tentative de suicide chez les patientes hospitalisées en unités mère-bébé (40).

La limite principale de l'étude est son caractère rétrospectif. Le nombre conséquent de données non renseignées est une autre limite notable rendant impossible la réalisation de certaines analyses bivariées et par conséquent la mise en évidence d'autres facteurs associés à la survenue d'IDS par manque de puissance statistique. La mise en lumière de ces

informations manquantes a pour but de souligner leur importance et d'en améliorer le recueil pour une meilleure évaluation du risque suicidaire chez les femmes en période périnatale.

L'absence de codage diagnostique pour identifier les patientes en période périnatale compromet l'exhaustivité de l'échantillon.

La non prise en compte de la situation de précarité dans la recherche de facteurs associés à la survenue d'IDS est à souligner. Néanmoins la précarité n'a été abordée que dans le 5^{ème} rapport de l'ENCMM. La prochaine version de leur questionnaire intégrera de nouveaux items afin de mieux l'identifier (4).

4. Perspectives et recommandations

La présence d'IDS est le principal facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. Son dépistage systématique au cours de l'entretien psychiatrique est essentiel. La recherche d'un trouble psychiatrique est primordiale et l'orientation vers une des équipes de psychiatrie périnatale doit être proposée aux patientes.

La prévention du risque suicidaire en période périnatale est une priorité. Elle passe par une nécessaire mise en lien des différents partenaires. La sensibilisation de tous les professionnels de santé intervenant auprès des femmes en période périnatale est nécessaire (3). La prise en charge doit être multidisciplinaire.

La durée médiane du séjour hospitalier est de 3,5 jours dans notre étude. Par conséquent les soignants disposent d'un temps relativement court pour réunir les informations socio-démographiques et les antécédents psychiatriques personnels et familiaux. L'utilisation d'une trame d'entretien prend tout son sens pour optimiser la collecte des informations, permettre un meilleur repérage des patientes à risque suicidaire et leur proposer une prise en charge adéquate en les orientant vers les dispositifs de psychiatrie périnatale existants : UMPSP et CATTP mère-bébé.

L'échelle Edinburgh Postnatal Depression Scale est un outil psychométrique pertinent à utiliser (41). L'item 10 évalue la présence d'IDS. La généralisation de la passation de l'échelle pourrait également être une aide.

L'intégration d'une mesure de la précarité est à soutenir. L'utilisation de l'indice de précarité socio-économique spécifique de la périnatalité pourrait être envisagée pour de futures études (26).

La non-exhaustivité de la recherche par mots-clés doit conduire à la mise en place d'un codage diagnostique, notamment dans le but de faciliter le recueil des dossiers des femmes hospitalisées dans un contexte de périnatalité en garantissant l'exhaustivité de l'échantillon et de permettre leur exploitation pour de futures études.

CONCLUSION

Le suicide est la première cause de mortalité maternelle. La suicidalité en période périnatale a un impact majeur sur la dyade ainsi que sur l'ensemble de la famille. La recherche d'IDS doit être systématique lors des entretiens psychiatriques, *a fortiori* lorsqu'un antécédent psychiatrique a été authentifié.

L'indication d'une orientation vers les dispositifs spécialisés en psychiatrie périnatale ambulatoire devrait être questionnée pour chaque patiente hospitalisée en psychiatrie adulte. La prévention passe par la sensibilisation et la formation de tous les professionnels de santé, mais également par l'information du grand public.

BIBLIOGRAPHIE

1. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*. 19 janv 1991;302(6769):137-40.
2. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry*. 1997;154(1):122-3.
3. Guillard V, Gressier F. Suicidalité en période périnatale. *Presse Médicale*. 1 juin 2017;46(6, Part 1):565-71.
4. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. 2017;231.
5. CIM-10 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [Internet]. 2018 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3295/cim-10fr_2018_v1_provisoire.pdf
6. World Health Organization, éditeur. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium, IDC MM [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cité 12 avr 2020]. 68 p. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70929/9789241548458_eng.pdf
7. Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>
8. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull*. 1 déc 2003;67(1):219-29.
9. Introduction | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Introduction>
10. Di Florio A, Munk-Olsen T, Bergink V. The birth of a psychiatric orphan disorder: postpartum psychosis [Correspondence]. *Lancet Psychiatry*. 1 juin 2016;3(6):502.
11. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Front Psychiatry*. 2016;7:138.
12. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission. *Br J Psychiatry*. sept 1998;173(3):209-11.
13. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstet Gynecol*. sept 2004;104(3):467.
14. Paris R, Bolton RE, Weinberg MK. Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Arch Womens Ment Health*. oct 2009;12(5):309-21.

15. 2015 - L'état de santé de la population en France - RAPPO.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
16. Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, Federico M, Mann JJ, Posner K. Prediction of Suicidal Behavior in Clinical Research by Lifetime Suicidal Ideation and Behavior Ascertained by the Electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *J Clin Psychiatry*. 15 sept 2013;74(09):887-93.
17. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstet Gynecol*. avr 2015;125(4):885-93.
18. Gentile S. Suicidal mothers. *J Inj Violence Res*. juill 2011;3(2):90-7.
19. Faure K, Legras M, Chocard A-S, Duverger P. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Rev Prat*. 2008;58:8.
20. Bouchiat-Couchouron S, Geraud-Welby M-C, Caillet L, Adam P, Walter M. Suicidal crises at the time of motherhood [Internet]. ResearchGate. 2009 [cité 29 août 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/38071847_Suicidal_crises_at_the_time_of_motherhood
21. Martini J, Bauer M, Lewitzka U, Voss C, Pfennig A, Ritter D, et al. Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *J Affect Disord*. oct 2019;257:518-26.
22. Shi P, Ren H, Li H, Dai Q. Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Res*. 1 mars 2018;261:298-306.
23. Celik C, Ozdemir B, Oznur T. Suicide Risk Among Perinatal Women Who Report Thoughts of Self-Harm on Depression Screens. *Obstet Gynecol*. juill 2015;126(1):216-7.
24. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information, Observatoire national du suicide - 4e rapport / juin 2020 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-quels-liens-avec-le-travail-et-le-chomage-penser-la-prevention-et-les>
25. Comtois KA, Schiff MA, Grossman DC. Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *Am J Obstet Gynecol*. 1 août 2008;199(2):120.e1-120.e5.
26. Yang C-Y. Association between parity and risk of suicide among parous women. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 6 avr 2010;182(6):569-72.
27. Farias DR, Pinto T de JP, Teofilo MMA, Vilela AAF, Vaz J dos S, Nardi AE, et al. Prevalence of psychiatric disorders in the first trimester of pregnancy and factors associated with current suicide risk. *Psychiatry Res*. 30 déc 2013;210(3):962-8.
28. Zhong Q-Y, Wells A, Rondon MB, Williams MA, Barrios YV, Sanchez SE, et al. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(4):501.e1-8.

29. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Le H-N. Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in Mexican pregnant women. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. sept 2015;37(3):203-10.
30. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(5):741-51.
31. Shamu S, Zarowsky C, Roelens K, Temmerman M, Abrahams N. High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe. *Gen Hosp Psychiatry*. janv 2016;38:109-14.
32. Newport DJ, Levey LC, Pennell PB, Ragan K, Stowe ZN. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(5):181-7.
33. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Sutter-Dallay A-L. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res*. 1 janv 2017;84:284-91.
34. MBRRACE-UK Maternal Report 2019 - WEB VERSION.pdf [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202019%20-%20WEB%20VERSION.pdf>
35. Munk-Olsen T, Maegbaek ML, Johannsen BM, Liu X, Howard LM, di Florio A, et al. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. *Transl Psychiatry*. oct 2016;6(10):e919-e919.
36. Johannsen BMW, Larsen JT, Laursen TM, Bergink V, Meltzer-Brody S, Munk-Olsen T. All-Cause Mortality in Women With Severe Postpartum Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry*. 4 mars 2016;173(6):635-42.
37. Gavin AR, Tabb KM, Melville JL, Guo Y, Katon W. Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. juin 2011;14(3):239-46.
38. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 3 août 2011;11(1):57.
39. Gelaye B, Domingue A, Rebelo F, Friedman LE, Qiu C, Sanchez SE, et al. Association of antepartum suicidal ideation during the third trimester with infant birth weight and gestational age at delivery. *Psychol Health Med*. 2019;24(2):127-36.
40. Guillard V. Suicidalité en période périnatale : Etude des facteurs de risque de tentative de suicide chez les femmes présentant un trouble psychiatrique en période périnatale [thèse de médecine]. SI. Université de Paris-Sud; 2015.
41. Zhong Q-Y, Gelaye B, Rondon MB, Sánchez SE, Simon GE, Henderson DC, et al. Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Arch Womens Ment Health*. 1 déc 2015;18(6):783-92.

42. Opatowski M, Blondel B, Khoshnood B, Saurel-Cubizolles M-J. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. *BMJ Open*. 1 avr 2016;6(4):e009511.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Flow-chart 9

Figure 2 : Diagnostics de sortie 18

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques	13
Tableau II : Caractéristiques cliniques.....	16
Tableau III : Suivi à la sortie d'hospitalisation et lien avec les différentes structures	19
Tableau IV : Caractéristiques des patientes en post-partum	21
Tableau V : Comparaison patientes enceintes et patientes en post-partum	22
Tableau VI : Idées suicidaires périnatales de l'échantillon en fonction de facteurs de risque connus.....	24

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	8
1. Schéma d'étude.....	8
2. Population étudiée	8
3. Recueil de données	8
4. Variables recherchées	10
5. Traitement des données et analyses statistiques	10
6. Réglementation	11
RÉSULTATS	12
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	12
1.1. Sur le plan socio-démographique	12
1.2. Sur le plan clinique.....	14
1.2.1. Antécédents psychiatriques	14
1.2.2. Idées suicidaires	14
1.2.3. Antécédents gynécologiques.....	15
1.2.4. Diagnostics de sortie	18
1.3. Suivi et lien avec les différentes structures	18
2. Situation gynéco-obstétricale des patientes enceintes	20
3. Situation gynéco-obstétricale des patientes en post-partum	20
4. Comparaison : patientes enceintes versus post-partum.....	21
5. Idées suicidaires périnatales de l'échantillon en fonction de facteurs de risque connus.....	23
DISCUSSION	26
1. Comparaison résultats et littérature	26
1.1. Sur le plan socio-démographique	26
1.2. Sur le plan clinique.....	27
1.3. Mise en évidence des données non renseignées.....	28
1.4. Orientations post-hospitalières	28
2. La période périnatale : une période cruciale.....	29
3. Forces et limites de l'étude	30
4. Perspectives et recommandations	31
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE.....	34
LISTE DES FIGURES	38
LISTE DES TABLEAUX.....	39
TABLE DES MATIERES	40
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de recueil de données

DATE HOSPITALISATION

IDENTITE : *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

-nom/prénom (3 premières lettres nom /prénom)

-date de naissance et lieu de naissance :

-âge :

-nationalité :

MOTIF D'ADMISSION :

MODE LEGAL DE SOINS PENDANT LE SEJOUR :

-libre : oui ou non

-SPI : oui ou non

-SDT : oui ou non

-SDTU : oui ou non

-SDRE : oui ou non

NOMBRE DE JOUR D'HOSPITALISATION :

MODE DE VIE : *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

-statut marital :

en couple : oui ou non / mariée: oui ou non / pacsée: oui ou non / union libre : oui ou non /

célibataire : oui ou non / divorcée : oui ou non / veuve : oui ou non

-déjà des enfants : oui ou non

si oui combien :

-mesure de placement pour un enfant : oui ou non

-entourage familial : parents/ fratrie ? entente ?

- adoptée : oui ou non
- profession : oui ou non / si oui laquelle ?
- en activité : oui ou non
- en arrêt : oui ou non / lié à la grossesse : oui ou non / arrêt grossesse pathologique : oui ou non / congés maternité : oui ou non
- étudiante : oui ou non
- niveau scolaire, dernier diplôme obtenu : regarder INSEE
- logement privé : oui ou non / hébergé par tiers amis : oui ou non / hébergé par un tiers conjoint : oui ou non / centre maternelle : oui ou non / foyer de vie : oui ou non / vit dans la rue : oui ou non
- situation financière :
allocation : oui ou non / si oui laquelle ? (chômage, RSA, AAH)
- mesure de protection : oui ou non / si oui laquelle ?
- placement dans l'enfance : oui ou non
- parcours migratoire : oui ou non

ANTECEDENTS :

Antécédents médicaux : oui ou non / si oui lesquels ? Ajouter à chaque fois si donnée manquante

Antécédents gynécologiques : GXPX ? Ajouter à chaque fois si donnée manquante

- fausse couche précoce : oui ou non
- fausse couche tardive : oui ou non
- interruption volontaire de grossesse : oui ou non
- interruption médicale de grossesse : oui ou non
- mort fœtale in utero : oui ou non
- contraception avant grossesse : oui ou non / si oui laquelle ?
- antécédent de malformation/pathologies fœtales : oui ou non / si oui lesquelles

-césarienne : oui ou non / en urgence : oui ou non / programmée : oui ou non

-voie basse : oui ou non

Antécédents chirurgicaux : oui ou non / si oui lesquels ? *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

Antécédents psychiatriques : oui ou non *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

-pathologie psychiatrique connue : oui ou non / laquelle : ?

-antécédent de dépression : oui ou non

-trouble du comportement alimentaire : oui ou non

-suivi pédopsychiatrique : oui ou non

-hospitalisation : oui ou non

-tentative de suicide : oui ou non

-suivi actuel : oui ou non

-suivi dans le passé : oui ou non

-antécédent de violences subies : oui ou non

intrafamiliales : oui ou non / extrafamiliales : oui ou non / conjoint : oui ou non

si oui lesquelles : psychologiques, physiques, sexuelles

Antécédents addictologiques : oui ou non ou donnée manquante

Ajouter à chaque fois donnée manquante

-tabac : oui ou non / sevré : oui ou non

-alcool : oui ou non / sevré oui ou non

-cannabis : oui ou non / sevré : oui ou non

-héroïne : oui ou non / sevré : oui ou non

-cocaïne : oui ou non / sevré : oui ou non

-autres : oui ou non / sevré : oui ou non

Antécédents psychiatriques familiaux : (parents / fratrie/ grands-parents/oncle tante/ cousin germain)

Ajouter à chaque fois donnée manquante

- antécédent de tentative de suicide : oui ou non
- antécédent de suicide : oui ou non
- antécédent de trouble psychiatrique : oui ou non
- antécédent de dépression : oui ou non
- antécédent de dépression du post-partum : oui ou non
- antécédent de trouble bipolaire : oui ou non
- antécédent de schizophrénie : oui ou non
- antécédent de trouble lié à l'usage de substance : oui ou non
- antécédent d'hospitalisation : oui ou non

TRAITEMENT : *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

Détailler classe thérapeutique

- à l'arrivée dans le service : oui ou non
- traitement psychotrope interrompu lors de la grossesse : oui ou non
- diminué : oui ou non
- majoré : oui ou non
- à la demande de la patiente : oui ou non
- médecin généraliste : oui ou non
- sage-femme : oui ou non
- gynécologue : oui ou non

HISTOIRE DE LA MALADIE : *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

- venue spontanée : oui ou non
- accompagnée : oui ou non

par conjoint : oui ou non / famille oui ou non / voisin : oui ou non / pompier : oui ou non /
SAMU : oui ou non / force de l'ordre : oui ou non / IDE : oui ou non
-adressée par médecin traitant : oui ou non

GROSSESSE ACTUELLE :

-terme :
-désirée : oui ou non
-grossesse sous contraception : oui ou non
-Procréation Médicalement Assistée : oui ou non
-Fécondation In Vitro : oui ou non
-don d'ovocyte : oui ou non
-don de sperme : oui ou non
-hospitalisation en gynécologie durant la grossesse : oui ou non / Motif : ?
-suivi gynécologue/sage-femme/ médecin généraliste régulier durant la grossesse : oui ou non
-information géniteur : âge, si couple depuis combien de temps ? /est-ce un projet commun :
oui ou non/ antécédent psychiatrique : oui ou non / antécédent addictologique : oui ou non /
niveau d'étude :
emploi : oui ou non, profession ?
chômage : oui ou non

OU

POST PARTUM EN COURS :

-délai post-partum :
-grossesse désirée : oui ou non
-grossesse sous contraception : oui ou non
-Procréation Médicalement Assistée : oui ou non
-Fécondation In Vitro : oui ou non

-don d'ovocyte : oui ou non

-don de sperme : oui ou non

-hospitalisation en gynécologie durant la grossesse : oui ou non

Motif ?

-suivi gynécologue/sage-femme/ médecin généraliste régulier durant la grossesse : oui ou non

-allaitement : oui ou non

-accouchement : césarienne : oui ou non / voie basse : oui ou non

-complication lors de l'accouchement : oui ou non

-décompensation d'un trouble psychiatrique pendant la grossesse : oui ou non

Si oui : laquelle ?

-hospitalisation enfant en néonatalité / problème santé enfant : oui ou non

-séparation avec conjoint : oui ou non

-décès dans l'entourage : oui ou non

-placement dès la naissance : oui ou non

-information géniteur : âge, si couple depuis combien de temps ?/ est-ce un projet commun :

oui ou non/ antécédent psychiatrique : oui ou non / antécédent addictologique : oui ou non

niveau d'étude :

emploi : oui ou non, profession ?

chômage : oui ou non

PRECEDENTE GROSSESSE : *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

-décompensation d'un trouble psychiatrique : oui ou non / si pendant la grossesse ou post partum quand ça ?

-désirée : oui ou non

-nécessité d'une hospitalisation lors de la précédente grossesse : oui ou non

EXAMEN PSYCHIATRIQUE :

-IDS pendant l'hospitalisation : oui ou non

-IDS durant la grossesse : oui ou non

-IDS durant le post-partum : oui ou non

PRISE EN CHARGE : *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

-instauration d'un traitement : oui ou non

-modification de traitement : oui ou non

-interruption de traitement : oui ou non

PROJET DE SORTIE : *Ajouter à chaque fois si donnée manquante*

-diagnostic de sortie :

-avec quel traitement ?

-avec quel suivi :

aucun : oui ou non / psychiatre libéral : oui ou non / CMP : oui ou non / médecin généraliste :

oui ou non / psychologue : oui ou non / SIPAD : oui ou non

-lien pendant l'hospitalisation avec sage-femme : oui ou non

-lien pendant l'hospitalisation avec gynécologue : oui ou non

-lien avec médecin généraliste : oui ou non

courrier : oui ou non / appel : oui ou non

-lien avec PMI : oui ou non

-lien avec Unité Médico-Psychologique et Sociale en Périnatalité : oui ou non

-sage-femme CHU : oui ou non

-lien avec CATTP Parents-Bébés : oui ou non

-retour à domicile : oui ou non

-transfert en gynécologie : oui ou non

-transfert en psychiatrie : oui ou non

Annexe 2 : Fiche d'entretien - grossesse

Identité :

- nom, prénom
- date de naissance :
- nationalité :
- pays de naissance :

Motif d'admission :

Mode de vie :

- en couple :
- enfants :
- profession :
- logement privé ? hébergé par un tiers ? conjoint ? ami ? structure ?
- isolement : (entourage familial ? amical ?)
- allocations (RSA, AAH, chômage)
- mesure de protection :
- parcours migratoire :

Antécédents psychiatriques personnels :

- pathologie psychiatrique connue :
- TS :
- hospitalisation en psychiatrie :
- suivi actuel :

Antécédents addictologiques personnels :

Précisez si consommation actuelle ou sevrée

- tabac :
- alcool :

-cannabis :

-cocaïne :

-héroïne :

-autre :

Antécédents psychiatriques familiaux :

-suicide :

-TS :

-pathologie psychiatrique ou addictologique :

Antécédents gynécologiques :

-GxPx :

-AVB :

-césarienne :

-FC :

-IVG :

-Interruption Médicale de Grossesse :

Histoire de la maladie :

Grossesse actuelle :

-terme grossesse :

-désirée :

-PMA :

-suivi régulier de la grossesse :

-hospitalisation en gynécologie pendant la grossesse :

-événements de vie difficiles : décès dans l'entourage ? séparation avec conjoint ?

-information sur géniteur :

âge :

profession :

tb psychiatrique ou addictologique :

Traitement :

-traitement en cours :

-traitement arrêté durant la grossesse :

Violences subies :

-conjugale :

-durant l'enfance : physique : / sexuelle : / psychologique :

Précédente(s) grossesse(s) :

-décompensation psychiatrique pendant la grossesse :

-décompensation psychiatrique pendant le post-partum :

Examen psychiatrique :

-IDS pendant la grossesse :

-IDS ce jour :

Orientation :

-Unité Médico Psycho-Sociale en Périnatalité :

-Centre d'Activités Thérapeutique à Temps Partiel mère-bébé :

Annexe 3 : Fiche d'entretien – post-partum

Identité :

- nom, prénom :
- date de naissance :
- nationalité :
- pays de naissance :

Motif d'admission :

Mode de vie :

- en couple :
- enfants :
- profession :
- logement privé ? hébergé par un tiers ? conjoint ? ami ? structure ?
- isolement : (entourage familial ? amical ?)
- allocations (RSA, AAH, allocation chômage) :
- mesure de protection :
- parcours migratoire :

Antécédents psychiatriques personnels :

- pathologie psychiatrique connue :
- TS :
- hospitalisation en psychiatrie :
- suivi actuel :

Antécédents addictologiques personnels : *Précisez si consommation actuelle ou sevrée*

- tabac :
- alcool :
- cannabis :

-cocaïne :

-héroïne :

-autre :

Antécédents psychiatriques familiaux :

-suicide :

-TS :

-pathologie psychiatrique ou addictologique :

Antécédents gynécologiques : GxPx :

-AVB :

-césarienne :

-FC :

-IVG :

-Interruption Médicale de Grossesse :

Histoire de la maladie :

Post-partum :

-délai après la naissance :

-désirée :

-PMA :

-suivi de grossesse régulier :

-hospitalisation en gynécologie pendant la grossesse :

-accouchement voie basse :

-césarienne :

-complication lors de l'accouchement :

-allaitement :

-décompensation d'un trouble psychiatrique pendant la grossesse :

Si oui : lequel ?

-événements de vie stressants :

hospitalisation enfant en néonatalité : / problème santé enfant : / séparation avec conjoint :

/ décès dans l'entourage :

-information sur géniteur :

âge :

profession :

trouble psychiatrique ou addictologique :

Traitement :

-traitement en cours :

-traitement arrêté durant la grossesse :

Violences subies :

-conjugale :

-durant l'enfance : physique : / sexuelle : / psychologique :

Précédente(s) grossesse(s) :

-décompensation psychiatrique pendant la grossesse :

-décompensation psychiatrique pendant le post-partum :

Examen psychiatrique :

-IDS pendant la grossesse :

-IDS pendant le post-partum

-IDS ce jour :

Orientation :

-Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel :

Suicidalité en période périnatale : étude descriptive sur les facteurs associés aux idées suicidaires chez les femmes hospitalisées en période périnatale au Centre de Santé Mentale Angevin

RÉSUMÉ

Introduction : Le suicide est la première cause de mortalité maternelle dans les pays à ressources élevées. L'apparition d'IDS est un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire. La suicidalité a un impact majeur sur la relation mère-bébé et sur le développement de l'enfant.

Objectif : Identifier les facteurs associés à la survenue d'IDS en période périnatale chez les femmes nécessitant une hospitalisation, décrire cette population spécifique et élaborer une trame d'entretien afin d'évaluer les facteurs de risque de suicide et d'orienter les patientes vers les dispositifs de périnatalité existants.

Méthodologie : Étude descriptive et rétrospective réalisée au Centre de Santé Mentale Angevin portant sur les femmes hospitalisées en période périnatale entre 2014 et 2019.

Résultats : L'échantillon comptait 25 patientes enceintes et 57 patientes en post-partum. Plus de la moitié des patientes ont présenté des IDS pendant la grossesse et/ou pendant le post-partum (56,1%). La présence d'un antécédent psychiatrique multipliait par 4,38 le risque d'apparition des IDS ($p < 0,03$). Un tiers des patientes présentaient un motif d'admission en lien avec la suicidalité. Concernant l'orientation des patientes vers les dispositifs de périnatalité existants : 28,0% des patientes enceintes étaient orientées vers l'Unité Médico-Psychologique et Sociale en Périnatalité. Sur l'ensemble des patientes, 23,2% des patientes étaient dirigées vers le Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel mère-bébé.

Conclusion : La prévention du suicide en période périnatale est une priorité, une vigilance particulière doit être portée aux femmes ayant un antécédent psychiatrique. La prise en charge par des équipes spécialisées en périnatalité est essentielle.

Mots-clés :

Suicide, idées suicidaires, mortalité maternelle, périnatalité

Suicidality in the perinatal period: descriptive study on factors associated with suicidal ideation among women hospitalised in the perinatal period at the Centre de Santé Mentale Angevin

ABSTRACT

Background: Suicide is the leading cause of maternal mortality in high-resource countries. The onset of suicidal ideation is a major risk factor in the transition to suicide. Suicidality has a major impact on the mother-baby relationship and on the child development.

Objective: To identify the factors associated with the onset of suicidal ideation in the perinatal period in women requiring hospitalisation, to describe this specific population and to draw up an interview framework in order to assess the risk factors for suicide and to refer patients to existing perinatal care facilities.

Methodology: Descriptive and retrospective study carried out at the Centre de Santé Mentale Angevin of women hospitalised in the perinatal period between 2014 and 2019.

Results: The sample included 25 pregnant patients and 57 post-partum patients. More than half of the patients presented suicidal ideation during pregnancy and/or postpartum (56.1%). The presence of a psychiatric history increased the risk of suicidal ideation by a factor of 4.38 ($p < 0.03$). One third of the patients had a reason for admission related to suicidality. Concerning the referral of patients to existing perinatal facilities: 28.0% of pregnant patients were referred to the Medical-Psychological and Social Perinatal Unit. Out of all patients, 23.2% were referred to the Mother-Baby Part-Time Therapeutic Activity Centre.

Conclusion: Suicide prevention in the perinatal period is a priority, particular vigilance must be given to women with a psychiatric history. It is essential that they are cared for by teams specialised in perinatal care.

Keywords: suicide, suicidal ideation, maternal mortality, perinatality