



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2019

N°

LA PREVENTION DU SUICIDE EN PERINATALITE

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 5 septembre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Marie-Cécile MUTELET-CHEVALLEY

Née le 28 mai 1988

A Dole

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2019

N°

LA PREVENTION DU SUICIDE EN PERINATALITE

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 5 septembre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Marie-Cécile MUTELET-CHEVALLEY

Née le 28 mai 1988

A Dole

Année Universitaire 2019-2020
au 1^{er} Septembre 2019

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Psychiatrie d'adultes
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Sékolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
-----	-------	------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anais	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER
Madame le Professeur Sylvie NEZELOF
Madame le Docteur Catherine CHAMBERT
Madame le Docteur Stéphanie LECLERCQ (Directrice de thèse)

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*
- *Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*
- *Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*
- *J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*
- *Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*
- *J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*
- *Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*
- *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*
- *Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*
- *Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*
- *Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*
- *Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*
- *J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*
- *Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."*

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

- A Monsieur le Professeur Bernard BONIN,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Vous avez su nous transmettre, tout au long de notre cursus d'étudiant en médecine, la richesse de la clinique psychiatrique, avec beaucoup de bienveillance. Je garderai en mémoire les nombreuses anecdotes et conseils prodigués lors de vos cours, mais également lors de mon stage dans votre service. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

- A Madame le Professeur Sylvie NEZELOF,

C'est sans hésitation que vous avez accepté de faire partie de ce jury et votre présence m'honore. C'est avec bienveillance que vous aviez jugé mon travail de mémoire et je vous en remercie sincèrement. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère et fidèle reconnaissance.

- A Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER,

Je garde un précieux souvenir de mon semestre dans ton unité. Ton expérience reste un vrai savoir et c'est avec un grand respect que je te remercie de m'avoir guidée dans mon travail. Je n'oublie pas, en particulier, tes grandes qualités humaines, ton écoute du patient et je ferai tout mon possible pour m'en inspirer dans ma pratique quotidienne. Je te remercie chaleureusement.

- A Madame le Docteur Stéphanie LECLERCQ,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. C'est avec enthousiasme que tu m'as fait découvrir cette belle spécialité qui est la psychiatrie périnatale. Je n'oublierai pas ton accompagnement, ton soutien, ta gentillesse et ta disponibilité durant ce travail que je n'aurais pu accomplir sans ton aide précieuse.

- A Madame le Docteur Catherine CHAMBERT,

Quelle chance de t'avoir rencontrée et de te voir participer à mon jury de thèse. Tu m'as généreusement fait partager ton expérience. Je n'oublierai pas ton soutien sans faille, ta gentillesse et ta bonne humeur. J'apprécie de travailler à tes côtés actuellement et je t'adresse mes affectueux remerciements.

- A Monsieur le Dr Jean-Michel PINOIT,

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement dès la première année de médecine. J'ai effectué mon premier stage d'interne dans votre service et vous avez su me transmettre votre expérience. Merci pour votre accueil, votre gentillesse et la confiance que vous m'accordez en me donnant la chance de travailler à vos côtés actuellement.

- A Monsieur le Professeur Philippe D'ATHIS,

Je vous remercie sincèrement pour l'aide que vous m'avez apportée dans l'élaboration de ce travail de thèse. Vos remarques pertinentes m'ont permis d'avancer dans la construction de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

- Au Docteur Clément SIMAO DE SOUZA,

Heureuse de te compter parmi mes collègues et amis, je n'oublierai pas ton soutien à de nombreux moments et tes paroles rassurantes. Merci Clément.

- Aux médecins rencontrés lors de mes stages d'interne et qui m'ont donné goût à la médecine et à la psychiatrie, au Dr Girod, Dr Cannard, Dr Blaise...

- Aux équipes médicales avec qui j'ai partagé de bons moments, riches en expérience : l'équipe de Psychiatrie adulte et d'addictologie du CHU de Dijon, l'équipe du SMPR, l'équipe de l'Unité de la dépression et bien sûr, les équipes d'Adopsychiatrie et Pédopsychiatrie avec qui je suis heureuse de travailler actuellement,

- A Karine, ma secrétaire souvent admirée pour sa patience et ses compétences dans la relecture de cette thèse,

- A Delphine, pour son soutien au quotidien et ses précieux conseils,

A mes proches,

- A mon mari David,
Merci pour ta confiance et ton amour qui me portent et me guident chaque jour. Merci pour ton soutien, ta présence et nos beaux projets en famille. T'avoir à mes côtés est si précieux.
- A notre petite fille Constance,
Pleine de vie., tu es le soleil qui brille dans nos cœurs. Bientôt ton petit frère naîtra et viendra te rejoindre.
- A mes parents,
Merci pour votre amour et votre confiance. Vous avez toujours cru en moi et avez été là dans les moments difficiles. Merci de toujours veiller sur moi et de m'apporter du réconfort. Je vous dois beaucoup,
- A mes sœurs Caroline et Clémence,
Merci pour leur affection, leur soutien et notre complicité. Merci également au travail de relecture dont vous avez fait partie,
- A mon parrain, ma marraine de cœur,
A tous mes oncles et tantes en particulier ma tante Françoise qui m'a soutenue dans ce travail,
- A mes cousins et cousines avec qui nous partageons de bons moments en famille,
- A mes beaux-frères Rémi et Thomas,
Mes filleuls Mathias et Gabriel et ma nièce Camille,
- A mes amies de longues dates, Amandine, Déborah, Emilie, Marine, Sophie, qui ont toujours été là pour moi : plus de 20 ans d'amitié et je l'espère encore de nombreuses années...
- A mes amis de la faculté de médecine de Dijon, Aurélie, Inès, Floriane avec qui nous partageons encore beaucoup,
- A mes amis psychiatres et pédopsychiatres, Gabrielle, Clément, Emilie, David, Justin, Mélanie, Justine, Juliette, que je suis toujours contente de voir et revoir
 - *A tous ceux, qui de près ou de loin, depuis toujours ou récemment, m'ont soutenue, encouragée et accordée leur confiance*

TABLE DES MATIERES

DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	8
TABLE DES TABLEAUX.....	15
TABLE DES FIGURES.....	15
LISTE DES ABREVIATIONS.....	16
INTRODUCTION.....	17
PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES.....	19
I Le suicide en population générale.....	19
1. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide en population générale en France.....	19
1.1 Facteurs liés au sexe :.....	19
1.2 Facteurs liés à l'âge :.....	20
1.3 Le mode de passage à l'acte :.....	20
1.4 Catégories socio-professionnelles :.....	20
2 Les facteurs de risque de suicide identifiés en population générale.....	21
2.1 Facteurs liés à la société et au système de santé.....	21
2.1.1 Obstacle lié à l'accès aux soins de santé et à la stigmatisation de la demande d'aide :.....	21
2.1.2 L'accès aux moyens :.....	22
2.1.3 La couverture médiatique et l'utilisation de médias sociaux inappropriés :.....	22
2.2 Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations.....	22
2.2.1 Les catastrophes naturelles et les conflits :.....	23
2.2.2 La discrimination.....	23
2.2.3 Les traumatismes et les abus.....	23
2.2.4 L'isolement social et le manque de soutien.....	23
2.2.5 Le conflit relationnel, la mésentente et la perte.....	24
2.3 Facteurs individuels.....	24
2.3.1 Les antécédents de tentative de suicide.....	24
2.3.2 Les troubles mentaux.....	24
2.3.3 La consommation de toxiques notamment l'alcool.....	25
2.3.4 Les pertes financières.....	25
2.3.5 Le désespoir.....	25
2.3.6 La douleur ou la maladie chronique.....	25
2.3.7 Les antécédents familiaux de suicide.....	26
2.3.8 Les facteurs génétiques et biologiques.....	26
3 L'évaluation de la crise suicidaire.....	26
3.1 Evaluation du risque.....	26
3.2 Evaluation de l'urgence.....	27
3.3. Evaluation de la dangerosité.....	27
II La période périnatale.....	27

1 Psychopathologie et enjeux de la période périnatale	27
1.1 Enjeux concernant la mère	27
1.1.1 Définitions	27
1.1.2 La grossesse	28
1.1.3 La naissance	29
1.1.4 Le lien avec le nourrisson	29
1.2 Enjeux concernant le nouveau-né	30
1.2.1 Conséquences des troubles psychiatriques de la mère suicidante sur le psychisme du bébé	30
1.2.2 Maltraitance infantile	31
1.2.3 Conséquences du suicide maternel sur le psychisme de l'enfant	31
1.2.4 Conséquences légales du suicide maternel pendant la grossesse	33
2 Evolution nosographique du suicide dans les morts maternelles	34
2.1 Le suicide : première cause de mortalité maternelle	34
2.2 Epidémiologie	35
2.2.1 Définitions	35
2.2.2 La place du suicide dans les morts maternelles reconsidérée	36
2.2.3 Le rapport de l'ENCMM	37
3 Les facteurs de risque spécifiques à la période périnatale	38
3.1 Caractéristiques du passage à l'acte	38
3.1.1 Temporalité du passage à l'acte	38
3.1.2 Modalités du suicide	39
3.2 Les facteurs de risque identifiés	40
3.2.1 L'âge maternel	40
3.2.2 Caractéristiques socio-économiques	40
3.2.3 La parité	41
3.2.4 Complications obstétricales et néonatales	41
3.2.5 Tabagisme et consommation d'alcool pendant la grossesse	41
3.2.6 La dépression du post-partum	41
III Etat des lieux concernant la prévention et le dépistage	45
1 Moments clés du dépistage	45
1.1 La consultation pré-conceptionnelle	45
1.2 L'importance de l'Entretien Périnatal Précoce (EPP)	45
1.3 Les 7 visites prénatales	47
1.4 Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité	47
1.5 Les visites post-natales	47
1.6 Les visites chez le pédiatre	48
1.7 La visite du post-partum	48
2 Acteurs de Prévention	48
2.1 Les médecins généralistes	48
2.2 La Protection Maternelle Infantile PMI	49
2.3 Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes	49
2.4 Les pédiatres	50
3 Stratégies actuelles de prévention du suicide en période périnatale en Bourgogne-Franche-Comté	50
3.1 Contexte démographique actuel	50
3.2 Problématiques	51
3.3. Identifications de points de rupture	51
3.4 Objectifs généraux dégagés	51
3.4.1 Objectif général n°1	51

3.4.2 Objectif général n°2	52
3.4.3 Objectif général n°3	52
4 Les dispositifs en périnatalité	52

DEUXIEME PARTIE : ETUDE 54

I Introduction à l'étude 54

1 Contexte.....	54
2 Objectifs.....	54

II Matériel et méthode 55

1 Population cible	55
2 Description de l'étude	56
3 Utilisation du questionnaire	56
4 Modalités pratiques.....	56
5 Critère de jugement principal	57

III Résultats 57

1 Âge des participants	57
2 Connaissances épidémiologiques sur le suicide maternel.....	58
3 Connaissances de la dépression du post-partum	59
4 Connaissances des facteurs de risque de suicide en population périnatale	60
5 Questions libres sur l'intérêt porté au sujet et à la formation	61

IV Discussion de l'étude 62

V Conclusion de l'étude..... 62

TROISIEME PARTIE : PREVENTION ET REALISATION D'UN OUTIL PEDAGOGIQUE 64

I Une meilleure prévention de la dépression du pré-partum et du post-partum 64

1 Le travail en réseau : un maillage indispensable	64
2 Les échelles : un outil de dépistage	65
2.1 Echelle de la dépression périnatale : (Annexe 3)	66
2.2 Echelle de l'anxiété périnatale (Annexe 4)	66

II Une meilleure coopération entre médecins généralistes, psychiatres et spécialistes de la maternité et de la petite enfance (PMI) 67

III Une prise en charge optimale du trouble bipolaire 67

IV Un meilleur accompagnement des mères psychotiques souffrant de schizophrénie 68

V Une sensibilisation plus importante du personnel environnant 69

1 Présentation d'un projet d'outil pédagogique de sensibilisation	69
1.1 Constitution de l'outil.....	69
1.2 Diffusion de l'outil	69
2 Exposition de l'outil pédagogique.....	70
2.1 Partie 1 : Cas clinique	70
2.2 Partie 2 : Notions théoriques	72

CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE :	78
ANNEXES	82
Annexe 1 : Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes	82
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude	83
Annexe 3 : Echelle EPDS	87
Annexe 4 : Echelle de l'anxiété STAI	88
RESUME	9

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les facteurs de risque de dépression du post-partum d'après Bydlowski et al.	43
Tableau 2 : Age moyen par profession.....	57
Tableau 3 : Connaissances, par profession, sur l'épidémiologie du suicide en périnatalité.....	59
Tableau 4 : Connaissances, par profession, de la dépression du post-partum.....	60
Tableau 5 : Connaissances, par profession des facteurs de risque de suicide périnatal	61
Tableau 6: Intérêt des professionnels, porté au sujet et à une formation	61

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : connaissances des professionnels, toutes catégories confondues, sur l'épidémiologie du suicide en périnatalité.....	58
--	----

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM 10	Classification Internationale des Maladies 10 ^{ème} version
CMEMM	Comité d'experts sur la Mortalité Maternelle
CépiDc-Inserm	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm
DPP	Dépression du Post Partum
ENCMM	Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles
EPDS	Edinburgh Post-natal Depression Scale
EPP	Evaluation de la Pratique Professionnelle
EPP	Entretien Prénatal Précoce
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
UK	Unité Kangourou

INTRODUCTION

Le suicide est un phénomène très étudié, que l'on observe dans toutes les sociétés et à toutes les époques. Il peut révéler des défauts sociaux et économiques dans une population mais est devenu un problème de santé publique majeur qui est au cœur de programmes de prévention.

Ce travail porte sur la PERIODE PERINATALE, souvent négligée dans les études sur le suicide. S'étendant en psychiatrie de la conception à la première année de l'enfant, donc plus longue que les 16 semaines après l'accouchement en gynécologie-obstétrique, elle est souvent considérée comme une période d'idéalisation où le suicide est "impensable" alors que celui-ci est désormais **la principale cause de mortalité maternelle dans les pays développés (25)**.

Cette nouvelle place s'explique par la raréfaction des causes physiologiques de mortalité maternelle comme les hémorragies, les embolies et la pré-éclampsie, grâce notamment aux différents dépistages et soins reçus par les femmes enceintes ou accouchées. Cette place s'explique également par une prise de conscience des professionnels de santé, et de fait un meilleur dépistage et une meilleure comptabilisation des suicides périnataux : cela depuis quelques années grâce à l'émergence de la psychiatrie périnatale.

On estime actuellement que 15 à 20 % des femmes enceintes (25) auraient des troubles mentaux avec désir de suicide, et le rapport de L'ENCMM fait état de 62 suicides en France entre 2007 et 2009 (10).

Le suicide est cependant une cause de mortalité évitable qui doit être au centre de programmes de prévention spécifique. Même s'il est difficile d'identifier précisément les raisons de l'acte, un certain nombre de facteurs de risque ont été mis en évidence qui, observés à l'anamnèse, peuvent alerter les professionnels de santé sur l'état psychique de leur patiente.

C'est sur cette possibilité de prévention que ce travail est centré :

- En première partie nous dresserons un état des connaissances, particulièrement des facteurs de risque de suicide spécifiques à la période périnatale, et un état des moyens de prévention actuels.

- En deuxième partie, nous chercherons, à l'aide d'un questionnaire, des différences entre les professions de santé sur la connaissance des facteurs de risque de suicide chez les femmes enceintes ou accouchées.
- En troisième partie enfin, nous proposerons un nouveau moyen d'améliorer les connaissances : un outil pédagogique, accessible en ligne afin que chaque professionnel puisse être sensibilisé et donc plus réactif dans la prévention du suicide en période périnatale.

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, nous allons tenter de dresser un état des lieux sur les connaissances générales en termes de suicide. Nous nous intéresserons aux facteurs de risque suicidaires dans la population ordinaire en France et nous décrirons les spécificités des facteurs de risque de la période périnatale.

I Le suicide en population générale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport sur la prévention du suicide de 2014 (42), rappelle que « toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours ». Le suicide est donc un problème de santé publique majeur. Il constitue actuellement la quinzième cause de mortalité dans le monde, la deuxième pour les 15-24 ans et il est à l'origine de 1.4 % des décès. (42)

1. Données épidémiologiques sur la mortalité par suicide en population générale en France

En France métropolitaine en 2014, 8885 décès ont été enregistrés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc-Inserm). Cela représente donc environ 24 décès par jour, soit **un suicide toutes les heures en France**. Cependant, ceux-ci seraient sous-estimés de 10%, ce qui porterait leur nombre à près de 10 000.(41)

La France présente au sein des pays européens un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'est, la Finlande et la Belgique. (41)

1.1 Facteurs liés au sexe :

Le décès par suicide est trois fois plus important chez les hommes que chez les femmes : (le taux de décès standardisé est de 23.1 pour 100 000 pour les hommes contre 6.8 pour 100 000 chez les femmes). Cette sur-représentation des hommes serait plus forte dans les pays à fort revenu comme la France (41).

1.2 Facteurs liés à l'âge :

Les personnes âgées représentent une population fragile à plus fort risque de suicide : C'est entre 45 et 54 ans et après 74 ans que ce taux est le plus important. En 2014, il s'élève à 7,5 décès pour 100000 hommes âgés de 15 à 24 ans et à 59,4 après 74 ans. En revanche, chez les jeunes âgés de 15-24 ans, le suicide est classé parmi la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route: il représente 16.2% des décès dans cette tranche d'âge (41) et il est la première cause de mortalité chez les 25-30 ans. Nous pouvons faire le parallèle avec l'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant qui était de 28.5 ans en 2015 (37).

1.3 Le mode de passage à l'acte :

La pendaison reste le moyen employé le plus fréquent car il concerne 57% des suicides suivie par l'utilisation d'armes à feu 12%, les intoxications médicamenteuses volontaires ou par d'autres substances 11% et la précipitation d'un lieu élevé 7%.

On observe également une disparité des moyens utilisés selon le sexe :

-Les femmes ont majoritairement recours à la pendaison 42% et aux IMV ou autres substances 24% ainsi que la précipitation d'un lieu élevé 13%.

-Les hommes quant à eux ont recours majoritairement à la pendaison dans 61% des cas et à l'utilisation d'armes à feu dans 16% des cas.

1.4 Catégories socio-professionnelles :

Il existe des inégalités du risque suicidaire dans les catégories socio professionnelles. Certaines professions sont plus à risque de suicide. C'est le cas des agriculteurs qui seraient sur-représentés (41): entre 2010 et 2011, 296 suicides ont été enregistrés. Les surveillants pénitentiaires sont également des professions à risque : en 2009, cette catégorie a connu une recrudescence de décès par suicide, conduisant à la mise en place de mesures de prévention (41).

2 Les facteurs de risque de suicide identifiés en population générale

Le suicide est un phénomène complexe qui implique souvent la combinaison de plusieurs facteurs entre eux. Ces facteurs de risque viennent parfois s'ajouter aux vulnérabilités d'une personne conduisant au passage à l'acte. Néanmoins, la majorité des suicides sont précédés de « signes annonciateurs oraux ou comportementaux » : il est important, en tant que professionnel, de comprendre ces signaux et de savoir les repérer (42).

Un facteur de risque peut se définir comme « une condition, une pathologie ou un comportement qui rend plus probable la survenue d'une maladie ou d'un accident. Il est évalué à l'aide de statistiques. Il n'est cependant pas une cause directe ». Il n'est pas « obligatoire » (42). En effet, un facteur de risque peut influencer indirectement un passage à l'acte, en favorisant la survenue d'un trouble psychiatrique par exemple. Nous avons construit cette partie en nous appuyant sur le rapport de l'OMS de 2014, concernant la prévention du suicide (42) (Annexe 1).

2.1 Facteurs liés à la société et au système de santé

2.1.1 Obstacle lié à l'accès aux soins de santé et à la stigmatisation de la demande d'aide :

Nous faisons le constat que les comorbidités présentes chez un individu, accentuent significativement le risque de suicide : dans ce contexte, un accès efficace aux soins psychiques est déterminant. En France, des mesures sont prises pour améliorer l'accessibilité et la prise en charge associée notamment dans les services d'urgences mais une difficulté supplémentaire s'ajoute parfois. Il s'agit de la stigmatisation associée à la demande d'aide dans le cadre de tentatives de suicide et de troubles psychiatriques. Certains individus, empreints de culpabilité ne demanderont pas spontanément l'aide adaptée dont ils auraient besoin, de peur d'être rejetés ou jugés. De plus, les personnes ressources, dont on sait qu'elles sont d'une grande aide pour ces personnes, pourraient aussi ne pas être en mesure de demander l'aide nécessaire par crainte d'être stigmatisées. Cela renforce donc l'isolement et l'absence de soin de l'individu et donc le risque de passage à l'acte.

2.1.2 L'accès aux moyens :

L'accès direct aux moyens constitue un facteur de risque important : les armes à feu, les pesticides, les lieux en hauteur, les voies ferrées, les poisons, les médicaments, les sources de monoxyde de carbone multiples ou encore d'autres gaz toxiques augmentent ce risque. Cette disponibilité des moyens et leurs accès dépendent également du contexte géographique et culturel (42).

2.1.3 La couverture médiatique et l'utilisation de médias sociaux inappropriés :

Des maladresses commises dans les médias peuvent faire penser que le suicide est un fait sensationnel et séduisant notamment quand le suicide survient chez une personne célèbre : certaines images utilisées à mauvais escient, peuvent véhiculer de fausses idées, ou des méthodes utilisées ou peuvent normaliser le suicide comme réponse acceptable à une crise ou une épreuve difficile. En ce sens, des études ont montré que, chez des personnes présentant des vulnérabilités, une exposition médiatique à des exemples de suicides augmente significativement le risque de passage à l'acte suicidaire (51).

Notre société actuelle est une société « connectée » où internet et les réseaux sociaux sont omniprésents. Ces différents outils de maillage social, peuvent permettre d'améliorer la communication chez des individus en retrait social et leur permettre de rompre avec l'isolement (site de partage d'expériences, blogs). A l'inverse, ils peuvent être utilisés également d'une manière détournée en véhiculant des concepts erronés du suicide et en encourageant les conduites suicidaires (55). Un exemple actuel concret est celui du phénomène « Blue Whale Challenge » ou « challenge de la baleine bleue » chez les adolescents. Sa signification vient du fait que les baleines peuvent s'échouer sur la plage pour mourir. Ce « jeu » venant de Russie, encourage les enfants à réaliser un défi par jour pendant cinquante jours : le dernier défi étant de se donner la mort. Une étude montre l'importance du repérage des signes et des connaissances des professionnels concernant ses nouveaux jeux pour adolescents (34).

2.2 Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations

L'individu est en relation continue avec son environnement qui lui est propre. Ainsi les relations qu'il entretient avec ses pairs, le contexte de vie, la société dans laquelle il vit, constituent des facteurs communautaires qui influent sur le risque de suicide.

2.2.1 Les catastrophes naturelles et les conflits :

Certains événements traumatisants comme la survenue d'une catastrophe naturelle (tremblements de terre, inondations...) pourront avoir un impact destructeur sur le psychisme de l'individu et sa santé du fait des conséquences engendrées (perte d'un proche dans la catastrophe, perte financière, perte des repères antérieurs). Ils pourront ainsi favoriser un passage à l'acte suicidaire. Parfois il peut y avoir un mouvement de cohésion sociale favorisant la diminution du taux de suicide.

2.2.2 La discrimination

Au sein d'une communauté, certains groupes d'individus souffrent de stigmatisation. En effet, des comportements de rejet, de violence envers ses personnes peuvent être observés et induire des comportements suicidaires. Cela peut être le cas pour les détenus, les personnes homosexuelles ou transgenres, les réfugiés...

2.2.3 Les traumatismes et les abus

Les traumatismes et abus sont pourvoyeurs de stress et peuvent conduire un individu au suicide. Ils sont souvent présents dès le plus jeune âge et sont ainsi destructeurs. Des études ont mis en évidence que les jeunes enfants ayant été confrontés à toutes formes de violence pendant leur enfance comme la maltraitance physique ou psychologique, les abus sexuels, les carences affectives et les négligences, présentent un risque plus élevé de suicide (9). Ces enfants constituent une part importante des enfants pris en charge en pédopsychiatrie et doivent bénéficier de soins précoces.

2.2.4 L'isolement social et le manque de soutien

L'isolement est un facteur de risque important à prendre en compte, en particulier chez les personnes âgées qui en souffrent particulièrement car, combiné à d'autres vulnérabilités, il peut augmenter le risque de passage à l'acte. Il est souvent associé au syndrome dépressif et au désespoir. Le fait d'entretenir des relations sociales solides, nous permet de nous sentir actif dans la société et utile à celle-ci.

2.2.5 Le conflit relationnel, la mésentente et la perte

Les conflits ou la perte d'un proche sont des événements de vie forts qui retentissent sur le psychisme de l'individu. Ils induisent un stress émotionnel important pouvant conduire, dans certains cas, au suicide. Le divorce est actuellement un phénomène qui concerne environ un couple sur deux. Il est aussi associé à un plus fort risque de suicide (32).

2.3 Facteurs individuels

Ils sont liés à la probabilité qu'une personne développe des comportements suicidaires. Ils peuvent être influencés par les vulnérabilités ou encore la capacité de résilience de la personne (42). Ils sont à rechercher à l'entretien par le professionnel.

2.3.1 Les antécédents de tentative de suicide

Ils représentent un bon indicateur de prédiction d'un nouveau passage à l'acte. Selon l'étude de Beautrais et al (4), dans les cinq ans suivant une tentative de suicide grave, 8.9% des individus étaient décédés dont 59.2% par suicide.

2.3.2 Les troubles mentaux

Les troubles mentaux constituent un facteur de risque majeur de suicide. Selon une étude (15), 90% des patients suicidés, dans les pays à fort revenu, présentaient un trouble psychiatrique.

Le risque suicidaire varie également selon le type de troubles présentés. Des études ont montré qu'il est plus souvent associé à des pathologies comme la dépression ou le trouble de l'usage de l'alcool. « Le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4% chez les patients qui souffrent de troubles de l'humeur, 7 % chez les personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool, 8% chez les personnes présentant un trouble bipolaire et 5% chez les patients schizophrènes (42) ». Ce risque est significativement accru chez des personnes présentant plusieurs troubles mentaux.

2.3.3 La consommation de toxiques notamment l'alcool

Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide (49). Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances seraient présents dans 25 à 50% des cas de suicide selon Beautrais et al (5). Le risque de suicide augmenterait s'il était associé avec d'autres troubles psychiatriques. Cela nous renvoie au concept de pathologie duelle chez les consommateurs de toxiques qui est définie comme la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec l'apparition de nombreux processus synergiques entre les deux (6).

2.3.4 Les pertes financières

Des événements de vie comme la perte d'un emploi, le chômage ou des pertes financières liées à l'addiction au jeu sont associés à un risque accru de suicide s'ils sont combinés avec d'autres facteurs de risque tels que la dépression, l'anxiété, le trouble de l'usage de l'alcool (42).

2.3.5 Le désespoir

Le désespoir est souvent associé à un syndrome dépressif sévère et se manifeste par des pensées comme la non amélioration de la situation actuelle.

2.3.6 La douleur ou la maladie chronique

Certaines études ont montré que les comportements suicidaires étaient 2 à 3 fois plus élevés chez des personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale. Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, à la souffrance tels les cancers augmentent le risque de suicide (42).

2.3.7 Les antécédents familiaux de suicide

Les personnes touchées par le suicide, notamment celui de la mère en période périnatale, présentent elles-mêmes un risque accru de suicide ou de trouble mental. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes qui ont été confrontées à la perte d'un proche par suicide, font de celui-ci un moyen « acceptable ». De plus, cette perte peut faire naître chez les proches endeuillés, un sentiment de culpabilité de ne pas avoir vu, ne pas avoir agi, qui peut entraîner des répercussions sur le psychisme comme l'anxiété voire la dépression (42).

2.3.8 Les facteurs génétiques et biologiques

Des modifications génétiques ou du développement survenant dans un certain nombre de systèmes neurobiologiques sont responsables des conduites suicidaires. Nous pouvons citer la Sérotonine qui est un neurotransmetteur dont le faible taux peut être imputable à de graves tentatives de suicide chez des patients atteints de troubles psychiques (42).

3 L'évaluation de la crise suicidaire

En pratique clinique, nous pouvons évaluer la crise suicidaire et le potentiel passage à l'acte d'un patient, en se basant sur un faisceau d'éléments cliniques. Le professionnel doit porter une grande attention aux signes et interroger le patient sur ses intentions suicidaires afin de favoriser le dialogue. Cela peut passer par l'évaluation de trois points importants : le Risque, l'Urgence et la Dangerosité ou RUD. Ce risque peut être classé un faible, moyen ou élevé.

3.1 Evaluation du risque

Elle passe par l'évaluation des facteurs de risque :

- personnels : les pathologies psychiatriques telles la dépression et les troubles psychotiques, les troubles de l'usage de substances, les troubles de la personnalité, les antécédents personnels de tentative de suicide, un climat conflictuel avec l'entourage.
- familiaux : les antécédents de suicide dans la famille et la maltraitance.
- et psycho-sociaux : l'isolement social, les pertes et séparations, les deuils, et le contexte de « contagion du suicide ».

3.2 Evaluation de l'urgence

Elle consiste à un niveau de souffrance et un degré d'intentionnalité élevés du sujet, associés à des éléments d'impulsivité, un faible soutien familial et la présence d'un éventuel facteur déclenchant.

3.3. Evaluation de la dangerosité

Elle est définie par la dangerosité du moyen létal employé et son accessibilité. Si l'accès au moyen est simple et immédiat, il faut agir en conséquence pour protéger le patient car la dangerosité est élevée.

II La période périnatale

1 Psychopathologie et enjeux de la période périnatale

1.1 Enjeux concernant la mère

1.1.1 Définitions

Tout d'abord, il est nécessaire de définir certains termes concernant la temporalité de cette période :

-La période périnatale est définie comme s'étendant du début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année du post-partum.

-Le pré-partum est définie comme la période avant l'accouchement

-Le post-partum est la période qui suit l'accouchement.

La période périnatale est constituée de moments clés, qui peuvent entraîner à tout moment un état d'instabilité psychique pour la mère ou future mère. En effet, la mobilisation psychique est intense avec des instants de profonds remaniements psychiques. Déjà au 19^{ème} siècle, Louis-Victor Marcé, élève d'Esquirol, était un des premiers auteurs à avoir reconnu une place importante aux troubles psychiatriques de la puerpéralité. Dans son Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles

accouchées et des nourrices (1858), il aborde l'influence de la maladie mentale comme facteurs de risques obstétricaux, ou encore l'influence de cette période sur l'apparition d'un trouble psychiatrique et la place prépondérante des troubles de l'humeur et questionne le lien entre troubles de l'humeur et développement de l'enfant (54). En 1961, Racamier (46) décrit le concept de « maternité » qu'il définit comme « l'ensemble des processus psychologiques qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité ». Ainsi, il souligne le fait que la maternité ne peut pas être considérée comme un événement de vie neutre, sans effet et assimile la naissance à une rupture, un traumatisme. L'accès à la maternité s'effectue en plusieurs étapes qui se succèdent. Chacune de ces étapes est importante et peut aboutir à des difficultés psychiques à un instant T. Tout d'abord, le temps de la grossesse, puis la naissance avec le vécu de l'accouchement. S'ensuit la période du post-partum avec le tissage du lien entre la mère et le bébé.

1.1.2 La grossesse

D'après l'enquête ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance), en 2011, 12.6% des femmes déclarent souffrir de difficultés psychologiques pendant la grossesse. Celles-ci seraient plus fréquentes si les femmes présentent un bas niveau socio-économique, consomment des toxiques comme le tabac ou l'alcool, si elles sont multipares ou encore si la grossesse était non planifiée, déclarée tardivement ou compliquée (54).

La grossesse représente pour la femme enceinte, un temps de bouleversements majeurs. Ces changements se retrouvent tant sur le plan physique avec un corps qui se transforme, et des modifications hormonales, que sur le plan psychique (questionnement identitaire de la place de la fille vers celle de la femme puis de la mère). C'est une période de vulnérabilité psychique où l'arrivée du nourrisson va remettre en jeu les identifications parentales, l'histoire du couple, l'inscription sociale des parents et leurs places dans la filiation de leurs familles respectives. Dans son fonctionnement psychique, la femme se montre plus en lien avec les souvenirs de son enfance, revisite les relations qu'elle a pu avoir avec ses propres parents. L'auteur Monique Bydlowski évoque le terme de transparence psychique pour décrire les caractéristiques du psychisme maternel pendant la grossesse (13). Pour elle, la transparence psychique est « l'abaissement des résistances habituelles de la jeune femme, face au refoulé inconscient et un surinvestissement de son histoire personnelle et des conflits infantiles » (13).

1.1.3 La naissance

La naissance est aussi un point clé de la période périnatale. En effet, c'est un moment intense du point de vue émotionnel pour le couple parental qui va être confronté à un grand bouleversement nécessitant une adaptation aux besoins de l'enfant. Les premiers jours, semaines et mois mettent les parents dans un niveau d'exigence majeure sur le plan physique avec la fatigue, le nouveau rythme mais également psychique. La mère passe donc d'un état de transparence psychique à un processus de « préoccupation maternelle primaire », état théorisé par D. Winnicott afin de comprendre les besoins de son bébé et d'y répondre de la manière la plus adéquate possible. Il s'agit pour B. Golse d'une bascule des processus d'attention maternelle, du dedans vers le dehors (35). Cet état est très coûteux psychologiquement car il s'ajoute à l'asthénie inhérente au manque de sommeil.

1.1.4 Le lien avec le nourrisson

Malgré des sentiments d'amour, le nourrisson peut également être l'objet d'émotions ou de représentations ambivalentes. En effet, le bébé peut parfois raviver des difficultés relationnelles antérieures des parents (vécus avec leurs propres parents). Dans la rencontre avec l'enfant, les parents sont dans des mouvements d'identifications complexes au bébé. Ils s'identifient en même temps à leur bébé, mais aussi à leurs propres parents et aux parents qu'ils sont en train de devenir. La qualité de ces identifications va jouer un rôle fondamental dans la construction du lien à l'enfant nouveau-né. Les caractéristiques spécifiques du bébé, ses compétences relationnelles vont par ailleurs jouer un rôle tout aussi essentiel, la relation parent-enfant se construisant en effet sur des effets de réciprocité.

La période de la grossesse et du post partum sont donc des périodes à risque du point de vue psychiatrique. En effet, nous pouvons retrouver toutes les pathologies psychiatriques à cette période de vie et une femme souffrant déjà d'une pathologie psychiatrique antérieure à sa grossesse, est plus à risque d'une nouvelle décompensation pendant la période du post-partum.

Il existe actuellement peu de données épidémiologiques concernant les idées suicidaires à cette période de vie. Selon Orsolini et al (43), la prévalence des pensées et idées suicidaires varierait de 5 à 14 % dans cette population. Les suicides et tentatives de suicide surviennent à un taux inférieur pendant la grossesse par rapport à la population générale mais la période périnatale n'échappe pas au décès par suicide. En effet, en raison de la croyance populaire selon laquelle les femmes seraient protégées de tout trouble psychologique pendant la grossesse, les études sur la dépression et les

comportements suicidaires pendant la grossesse ont été négligées. Or, plusieurs études dont une étude épidémiologique menée en Angleterre ont montré que le suicide est l'une des principales causes de mortalité maternelle dans les pays développés (40). Dans leurs études, les auteurs (24) ont montré que dans 86% des cas des décès maternels, un diagnostic psychiatrique aurait pu être donné et le suicide évité. On sait actuellement que la fréquence des comportements suicidaires, qui inclut l'idée d'une tentative de suicide, peut atteindre jusqu'à un quart de la population enceinte (3) et est associée à un diagnostic de dépression, qui affecte 22% des femmes en âge de procréer (24).

1.2 Enjeux concernant le nouveau-né

Nous pouvons nous interroger sur les divers enjeux qu'il peut y avoir entre une mère suicidante et son nouveau-né à court et moyen terme.

1.2.1 Conséquences des troubles psychiatriques de la mère suicidante sur le psychisme du bébé

Les mères suicidantes peuvent présenter des difficultés psychiques qui vont avoir un impact sur le psychisme du nouveau-né. Rappelons que le bébé présente, lui, une immaturité psychique et qu'un environnement suffisamment bon est essentiel pour son développement. Les troubles psychiatriques, en particulier les dépressions cliniques, ont un fort impact sur les futures mères et donc sur la relation mère-bébé et le développement de l'enfant. Ainsi, une mère véritablement déprimée, présentant des idées suicidaires, n'aura pas cette disponibilité psychique nécessaire aux besoins de son enfant. Un comportement de retrait ou au contraire trop intrusif peut alors être observé envers le nourrisson. Indirectement, le bébé va souffrir de la pathologie de sa mère et être soumis à des interactions pathologiques et inadaptées. L'accent est donc mis sur l'urgence à prendre en charge un bébé, dont les parents souffriraient de problèmes psychiques car il y a un risque dans son développement affectif et cognitif à moyen-long terme. Des études épidémiologiques ont pu montrer que de nombreux enfants qui consultent en pédopsychiatrie, ont des antécédents de difficultés dans les interactions précoces et que ces mêmes antécédents sont des facteurs de risques ou de vulnérabilité dans le champ de troubles relationnels, de maltraitance (38).

1.2.2 Maltraitance infantile

La maltraitance infantile peut être une conséquence de plusieurs variables. Elle peut être associée aux idées suicidaires des mères : dans l'étude de Gressier et al (26), les mères suicidantes étaient davantage maltraitantes envers leurs bébés que les autres. De même Babu et al (2) a mis en évidence que les femmes ayant des idées suicidaires dans le post-partum ont significativement plus de pensées ou de comportements d'infanticide que celles n'en n'ayant pas.

1.2.3 Conséquences du suicide maternel sur le psychisme de l'enfant

Dans cette partie, nous allons développer un aspect qui nous paraît essentiel et qui est le retentissement du suicide maternel chez les nourrissons et jeunes enfants. En effet, le suicide de la mère est un événement traumatique inattendu qui va constituer un état d'effraction psychique (48). L'enfant est directement impacté car il est un être en devenir, qui a besoin de l'autre pour assurer sa survie : il a besoin d'être constamment nourri par l'autre, non seulement à travers la satisfaction des besoins primaires, mais également par le « holding », le « handling », la parole, le sentiment de sécurité... Lors de la survenue d'un suicide de la mère, les proches sont souvent violemment ébranlés, et ne parviennent pas à assurer psychiquement cette continuité dont l'enfant a besoin pour se construire. De plus, la perte de la figure maternelle d'attachement constitue ce que Bowlby appelle « le traumatisme de la perte » (11). D'après certains auteurs, le deuil précoce est ainsi très traumatique car il est en lien direct avec la vulnérabilité psychique du bébé (48).

Plusieurs facteurs ont été mis en évidence concernant les répercussions psychotraumatiques de la mort chez les bébés. Il y a des facteurs internes inhérents au bébé, qui dépendent de son niveau de développement psychoaffectif et cognitif au moment du décès et il est également décrit des facteurs extérieurs notamment les circonstances du décès, le retentissement sur la famille.

Le décès de la mère dans la première année de vie de l'enfant renvoie à l'importance de la théorie de l'attachement. La rupture brutale, liée à la mort de la mère, vient déstabiliser les repères du bébé qui n'a encore par les ressources cognitives et émotionnelles pour y faire face (6). Il en résulte « une rupture de continuité de son sens de lui-même, susceptible d'hypothéquer durablement son devenir psychique » (48).

Bien que certains auteurs aient nié l'existence du travail de deuil chez les bébés en le justifiant par le concept de « résilience », une lecture plus juste nous amène à penser que l'enfant peut être en

capacité de mobiliser ses ressources en fonction de la qualité antérieure de ses inter-relations. Cela souligne donc l'importance de la qualité des interactions précoces avec la mère mais également avec l'entourage dans le processus de deuil et la reconstruction de l'enfant (48). L'attention qui lui sera portée au décours de cet événement traumatique sera décisive pour la suite. Certains auteurs ont constaté des réactions de pleurs inconsolables, de comportements tristes, de retrait avec un état d'indifférence au monde extérieur. Des états d'hypersomnie ou au contraire d'hypervigilance ont également été décrits. Si des soins ne sont pas mis en place, cela peut conduire le bébé en devenir à des attitudes de retrait face au monde extérieur (48).

Une étude concernant les enfants en deuil par suicide a montré que l'on peut voir apparaître ultérieurement chez l'enfant des conduites suicidaires. D'une manière générale, le risque relatif de tentative de suicide est multiplié par 3,5 chez un enfant dont l'un des parents s'est suicidé ou a subi une tentative de suicide (44).

Le deuil d'un parent suicidé est donc considéré comme un facteur de risque pour l'enfant qui doit gérer son processus de deuil et continuer à vivre alors que sa cellule familiale s'est modifiée. En effet, il doit souvent prendre appui sur le parent restant, en l'occurrence, souvent le père qui est lui-même en souffrance (44).

Certains auteurs ont pu montrer que les manifestations psychiatriques, comme l'anxiété, la dépression ou encore les troubles du comportement, semblent plus fréquents chez les enfants dont l'un des parents s'est suicidé que dans la population générale. Cela serait renforcé par un contexte de pathologie familiale grave (Lachal et al., 1988) et par des conditions de vie perturbées suite au suicide et renforcé par un sentiment de culpabilité. Enfin, l'impossibilité totale du parent survivant de parler à l'enfant du passage à l'acte pourrait favoriser l'apparition de troubles de la personnalité (44).

L'importance est donnée à la précocité de la prise en charge dans ces situations : une demande de consultation peut être formulée par les services d'urgence qui se sont occupés du décès ou alors par la famille et l'entourage, inquiétés par le comportement du bébé. Même si le bébé n'a pas accès à la parole, son comportement analogique via ses babils, son attitude est riche pour tout professionnel formé au traumatisme et développement infantile.

1.2.4 Conséquences légales du suicide maternel pendant la grossesse

Ce travail nous a également incité à nous interroger sur la question du statut juridique de l'embryon et du fœtus dans l'hypothèse du suicide de la femme enceinte.

Il convient dans un premier temps de définir ces deux notions :

1.2.4.1 Définitions

L'embryon est un organisme en développement depuis la première division de l'œuf ou zygote jusqu'au stade où les principaux organes sont formés c'est-à-dire huit semaines ou dix semaines d'aménorrhée (SA).

Le fœtus : A partir de 10 SA et jusqu'au terme, l'organisme en formation se nomme le fœtus.

1.2.4.2 Le statut juridique

Le principe :

La personnalité juridique s'acquiert au moment de la naissance.

Cependant, deux conditions sont posées à l'acquisition de la personnalité juridique de l'enfant :

- **l'enfant doit être né vivant** : cela signifie que l'enfant doit avoir vécu quelques minutes. Les enfants mort-nés n'ont jamais eu de personnalité juridique.
- **l'enfant doit être né viable** : cela signifie que l'enfant doit être doté d'une certaine aptitude à la vie. Tel ne sera pas le cas lorsque l'enfant est né avant le seuil de viabilité ou s'il est dépourvu d'un organe indispensable à la vie. Le seuil de viabilité est défini par l'OMS comme un terme supérieur à 22 SA et un poids supérieur à 500 grammes.

Les incertitudes juridiques pesant sur le fœtus et l'embryon

Si l'enfant acquiert la personnalité juridique à la naissance, quel est le statut légal de l'embryon ou du fœtus à partir de sa conception ?

Le droit civil a toujours admis la possibilité de faire remonter l'acquisition de la personnalité juridique au moment de la conception, dès lors qu'il y va de l'intérêt de l'embryon et du fœtus.

Deux conditions cumulatives sont indispensables :

- l'enfant doit être né vivant et viable (le terme doit être supérieur à 22 SA et le poids supérieur à 500g)

et

- l'acquisition rétroactive de la personnalité au jour de la conception de l'enfant doit être dans son intérêt et doit lui permettre d'acquérir des droits (tels que le droit d'hériter d'un parent décédé pendant la grossesse).

En conséquence, **lors d'une tentative de suicide** de la mère ayant entraîné le décès de l'embryon ou du fœtus, la poursuite pénale et l'incrimination de celle-ci est impossible.

Lors du suicide de la mère, et donc du décès de l'embryon ou du fœtus, toute poursuite pénale à son encontre pour homicide est bien sûr impossible.

En effet, en droit français, l'embryon ou le fœtus n'a pas d'existence juridique autonome en dehors de la personne de la femme (17). Dans le cas du fœtus qui décède in utero suite au décès de la mère, il n'y a aucun statut juridique et donc aucune existence légale au regard du droit français. Il en résulte le fait que le fœtus n'aura aucun état civil. Dès lors, il ne pourra, ni être inscrit sur le livret de famille, ni bénéficier d'un prénom. En effet, « la jurisprudence considère que les dispositions du Code pénal relatives à l'homicide involontaire ne sont pas applicables à l'embryon ou au fœtus car les atteintes à la vie du Code pénal ne concernent que la personne juridique selon la Chambre criminelle de la Cour de cassation, arrêt du 30 juin 1999, Assemblée plénière de la Cour de cassation, arrêt du 29 juin 2001 » (17).

2 Evolution nosographique du suicide dans les morts maternelles

2.1 Le suicide : première cause de mortalité maternelle

Il est important de souligner l'évolution de la place du suicide dans la comptabilisation des morts maternelles actuellement. Le suicide se place désormais comme la principale cause de mortalité

maternelle dans les pays développés, ce qui est une grande avancée en médecine périnatale. On l'explique par le fait que durant de nombreuses années les études sur les morts maternelles étaient fondées sur les causes secondaires à une pathologie obstétricale ou somatique au détriment des autres causes notamment le suicide. En effet, dans l'ancienne classification CIM 9 remplacée aujourd'hui par la CIM 10, les décès accidentels comme les suicides, n'étaient en aucun cas, comptabilisés et donc exclus de la majorité des études sur le sujet. La problématique du suicide en période périnatale était alors ignorée.

2.2 Epidémiologie

2.2.1 Définitions

Le concept de « mort maternelle » s'est donc élargi avec l'arrivée de la nouvelle classification CIM 10 puisqu'elle prend en compte d'une part, toutes les causes de décès même accidentelles et d'autre part, ce concept s'inscrit dans une temporalité plus vaste comprenant les décès survenant dans la première année du post-partum.

D'après la Classification internationale des maladies (CIM) 10 :

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

-Les décès par cause obstétricale directe « 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 ci-dessus ».

-Les décès par cause obstétricale indirecte « 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 ».

-La mort maternelle tardive, notion introduite depuis la CIM 10, 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 fin de la grossesse.

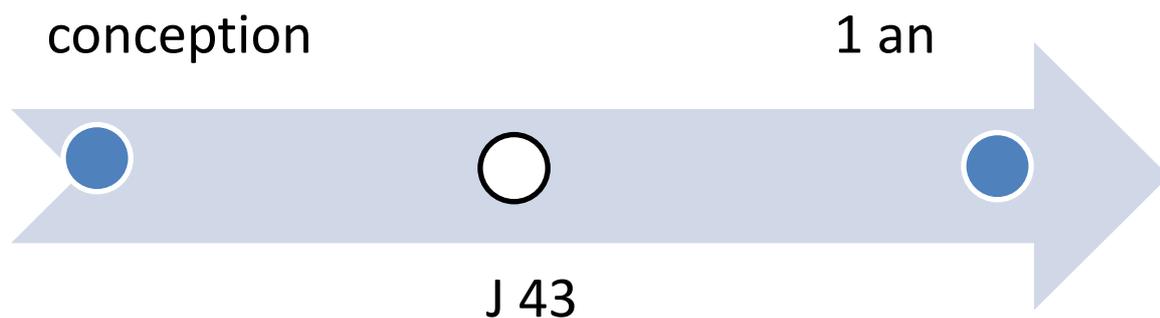
Les morts maternelles sont donc définies par le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai d'un an après sa fin, quelle qu'en soit la cause. Elles ont un lien temporel avec la grossesse sans pour autant qu'elles en soient la cause.

2.2.2 La place du suicide dans les morts maternelles reconsidérée.

Depuis peu, nous avons assisté à une évolution dans la prise en compte des décès par mort maternelle ce qui a un impact sur les données de celles-ci par **suicide** :

En effet, en 2012, l'OMS a émis de nouvelles recommandations concernant la classification des morts maternelles et notamment concernant les suicides :

Il est maintenant recommandé de classer en **mort maternelle directe** tout suicide de femme survenant pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant sa fin, et en **mort maternelle tardive** tout suicide survenant entre 43 et 365 jours de la fin de la grossesse, **indépendamment de la connaissance ou non d'un contexte psychiatrique particulier**.



Morts maternelles directes

Morts maternelles tardives

Les arguments donnés, par rapport à cette modification, seraient que l'évaluation du rôle causal de la grossesse est très difficile en cas de suicide, et que les suicides sont sous-déclarés. Le risque suicidaire encore méconnu est alors peu pris en considération dans la prise en charge préventive au cours de la grossesse et du post-partum. Il en résulte le fait que les inclure dans la mortalité maternelle pourra susciter cette prise de conscience.

Avec ce nouveau critère, la place du suicide en périnatalité a donc été reconsidérée.

2.2.3 Le rapport de l'ENCMM

La tendance internationale est donc d'étendre la fenêtre d'étude de la mortalité maternelle jusqu'à un an après la fin de la grossesse ; c'est ce qu'a appliqué l'ENCMM (L'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles) en France dans son rapport de 2007-2009 (33).

L'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) étudie l'ensemble des décès maternels en France depuis 1996. Le Comité d'experts sur la Mortalité Maternelle CMEMM a la mission :

- d'examiner les morts maternelles documentées par une enquête confidentielle
- d'identifier les facteurs en cause dans la survenue de ces décès
- de proposer des mesures de prévention

L'enquête CNEMM (Comité Nationale d'Experts de la Mort Maternelle- INSERM U 953)) de 2007-2009 en France a comptabilisé ces suicides :

Pour la période 2007-2009, **62 suicides** sont survenus en France chez des femmes enceintes ou ayant accouché dans l'année précédente : 4 pendant la grossesse, 1 après une interruption volontaire de grossesse, 4 dans les 42 jours suivant une naissance, 47 entre 43 et 365 jours après une naissance, et 6 à un moment non précisé.

Pour les suicides survenus après une naissance, le délai médian était de 179 jours, soit environ 6 mois.

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 (Naissances Vivantes), et les suicides représenteraient **20% des morts maternelles**. En somme, si nous tenons compte des morts maternelles jusqu'à la première année de vie de l'enfant, le suicide devient de ce fait la **première cause de mort maternelle**. **Nous pouvons alors conclure qu'1 décès sur 5 de ces femmes serait un décès par suicide.**

Un 5^{ème} rapport de l'ENCMM est paru en 2010-2012 (33): il s'agit du plus récent. Dans ce rapport, cette recommandation n'a pas été appliquée puisque seuls les suicides avec un lien causal (direct ou indirect) documenté ont été inclus.

En effet, pour la période 2010-2012, 256 décès maternels ont été identifiés et seulement **11 suicides ont été classés parmi les morts maternelles** :

Un suicide a été classé comme mort maternelle directe car il est survenu dans un contexte de dépression du post-partum, et 10 suicides sont survenus dans un contexte de pathologie psychiatrique préexistante décompensée par la grossesse, et donc classés comme mort maternelles indirectes.

Pour le prochain triennum, L'ENCMM a décidé d'adopter les nouvelles recommandations. Il a été constaté par ailleurs que pour repérer, documenter et classer les cas de suicide dans un contexte de mort maternelle, des réaménagements doivent être nécessaires : un questionnaire spécifique et la présence d'un expert psychiatre dans les assesseurs paraissent indispensables au repérage des cas, à l'analyse de la prise en charge. Ces évolutions introduites récemment dans le fonctionnement de l'ENCMM devraient permettre une analyse informative des cas de suicides maternels.

3 Les facteurs de risque spécifiques à la période périnatale

Nous détaillerons dans cette partie, les facteurs de risques identifiés dans la littérature médicale, spécifiques à la période périnatale. Même si les conduites suicidaires en post-partum sont décrites depuis l'Antiquité, peu de travaux sur ce sujet existent à ce jour.

3.1 Caractéristiques du passage à l'acte

Les idées suicidaires semblent fréquentes pendant la période périnatale mais elles seraient sous-estimées. En effet, d'après Appleby et al (1), dans la première année qui suit un accouchement, les femmes seraient deux fois moins nombreuses à consulter aux urgences dans les suites d'une tentative de suicide que les autres. La prévalence des tentatives de suicide dans le post-partum serait de 43.9 pour 100 000 naissances (16).

3.1.1 Temporalité du passage à l'acte

Nous allons différencier ici les caractéristiques du passage à l'acte pendant la grossesse et en post-partum.

Pendant la grossesse, plusieurs études ont montré que la période du premier trimestre de grossesse était la plus à risque de suicide. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce soit à cette période que la

grossesse est découverte (26). Concernant les tentatives de suicide pendant la grossesse, elles seraient également plus fréquentes au cours des premier et deuxième mois(9).

En post-partum, ce sont les deux premiers mois qui seraient considérés comme les plus à risque avec un second pic vers le douzième mois selon Bouchiat et al (9). Ce pic à distance de l'accouchement peut être problématique car les femmes n'ont plus de contact avec les professionnels de la maternité. A ce stade, ce sont d'autres professionnels qui doivent prendre le relais : nous pensons donc aux pédiatres qui effectuent un suivi très régulier de l'enfant lors de sa première année de vie et au-delà. Il est donc aussi important que les professionnels de périnatalité qui ont repéré des troubles psychiques chez leurs patientes, puissent orienter ces mères vers un psychiatre pour une prise en charge adaptée. Enfin, ils peuvent également informer les patientes qu'en cas de symptomatologie dépressive, elles doivent prendre contact avec le médecin traitant. Le rôle de prévention, de dépistage et d'information des professionnels auprès des mères est donc capital.

De plus cette temporalité du passage à l'acte ferait apparaître deux profils de suicidantes différents : Dans l'étude réalisée par Gressier et al (26) il a été mis en évidence que les femmes suicidantes en période gravidique et les femmes suicidantes en période post-natale ont des profils différents et peuvent laisser supposer que les raisons de leur passage à l'acte diffèrent également. En effet l'étude met en évidence le fait que pour les femmes enceintes, des difficultés à investir la grossesse seraient davantage corrélées au passage à l'acte suicidaire tandis que pour les femmes en période post-natale, cela serait davantage corrélé aux pensées dépressives.

3.1.2 Modalités du suicide

Différentes études ont montré que le passage à l'acte pendant cette période est violent, ce qui révèle une forte intentionnalité suicidaire. Les moyens employés les plus fréquents seraient la pendaison et la précipitation d'un lieu élevé (40) (9). Cela concernerait environ 65 à 70 % des femmes décédées par suicide pendant cette période. Une étude menée par Katrina Witt et al (27) vient confirmer ces résultats car elle a montré que les suicides dans cette population étaient significativement plus violents que dans la population générale. Très peu de femmes vont décéder d'une intoxication médicamenteuse volontaire comparativement aux femmes en population générale (9). Cela doit conforter les médecins dans le fait de prescrire un traitement psychotrope adapté quand cela est justifié, et/ou ne pas arrêter un traitement psychotrope déjà prescrit par crainte d'un passage à l'acte.

3.2 Les facteurs de risque identifiés

Dans cette partie, nous allons détailler les facteurs de risque suicidaires spécifiques à cette période, qui ont été mis en évidence dans les récentes études. La mise en évidence de facteurs de risque et donc de facteurs d'évitabilité dans une moindre mesure, s'avère essentielle pour prévenir le suicide en périnatalité. Nous pensons que reconnaître précocement des éléments pouvant favoriser le passage à l'acte, pourra permettre de prévenir celui-ci.

3.2.1 L'âge maternel

Le jeune âge serait un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire selon (1) : le taux de suicide serait 5 fois supérieur chez les 15-19 ans par rapport aux femmes enceintes d'autres tranches d'âges.

L'étude de Gressier et al (26) confirme également ce résultat. Ce sont donc les adolescentes qui seraient le groupe le plus à risque. Cette vulnérabilité pourrait s'expliquer par le fait que dans cette population nous avons une augmentation des grossesses non désirées.

Ce jeune âge maternel aurait surtout un impact dans le suicide des femmes dans la période du post-partum.

3.2.2 Caractéristiques socio-économiques

Les femmes célibataires et ayant un faible niveau éducatif seraient associées à un plus fort risque d'idées suicidaires et de tentatives de suicide pendant la grossesse. Ces résultats ne seraient pas vérifiés par les différentes études dans le post-partum et l'étude (26) montrerait qu'il pourrait s'agir le plus souvent de femmes mariées.

La violence conjugale figure parmi les facteurs de risque de suicide pendant la grossesse. Parmi les femmes suicidées pendant la grossesse, 54.3% seraient en proie à un conflit conjugal.

D'autres études ont également montré une augmentation du risque suicidaire pendant la grossesse chez les femmes ayant des antécédents de maltraitance dans l'enfance.

3.2.3 La parité

La multiparité serait un facteur de risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide en période périnatale selon certaines études.

3.2.4 Complications obstétricales et néonatales

Certains auteurs ont montré que lorsque la grossesse est non désirée, non planifiée et que la future mère évoque la possibilité d'un avortement, cela augmenterait le risque de suicide en période périnatale (9).

Les complications obstétricales comme un accouchement long et difficile, le recours à une césarienne ne font pas l'objet de données consensuelles (43).

La mort foetale ou néonatale serait par ailleurs un important facteur de risque : le taux de suicide après un accouchement d'un bébé mort-né serait 6 fois plus important que le taux de suicide général en post-partum.

3.2.5 Tabagisme et consommation d'alcool pendant la grossesse

Des études ont montré que le tabagisme actif ainsi que la consommation d'alcool pendant la grossesse et en post-partum augmentaient le risque suicidaire. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la consommation d'alcool est aussi souvent associée à une comorbidité psychiatrique sous-jacente.

3.2.6 La dépression du post-partum

La dépression du post-partum (DPP) est fréquente et influencerait environ 10 à 15% des femmes au moment de l'accouchement (50). Elle a été intensivement explorée en raison de ses répercussions sur les interactions précoces mère-enfant et ses effets déstabilisateurs sur l'harmonie familiale et la relation conjugale. Elle est souvent sous-évaluée ou mal dépistée et pourtant, dans des cas sévères, elle peut mener au suicide de la mère. En effet, les retards diagnostiques sont souvent liés à la banalisation des symptômes cliniques et leurs intrications avec les symptômes physiologiques de

l'accouchement ou la grossesse (asthénie, modification de l'appétit, blues physiologique...). Ainsi, ils ne retiennent ni l'attention de l'entourage, ni celui des médecins ou professionnels rencontrés. Ajoutons que par crainte d'être jugées, les mères n'osent pas parler de leurs émotions et la culpabilité éprouvée des symptômes renforce cette position. Cette problématique du retard diagnostique favoriserait l'aggravation des symptômes et donc l'apparition de conduites suicidaires (certains auteurs faisant le constat que la moitié des DPP ne serait pas diagnostiquée par les professionnels de santé).

En effet, la DPP serait associée à une augmentation significative du risque suicidaire dans de nombreuses études. Les femmes déprimées auraient 2 à 42 fois plus de risque de présenter des idées suicidaires ou de faire des tentatives de suicide en période périnatale (26). Ce risque serait d'autant plus élevé que la dépression est sévère. Parmi les femmes souffrant de dépression en période périnatale, 1 sur 3 aurait des pensées auto-agressives (36) et 24 à 49% d'entre elles tenteraient de mettre fin à leurs jours (28).

Soulignons également le fait que les DPP peuvent débuter pendant la grossesse. Une étude Nord-américaine a montré que 33% des DPP commençait en réalité pendant la grossesse et 27% avant celle-ci (14). Le risque de récurrence est souvent élevé pour une deuxième grossesse d'où l'importance d'une vigilance accrue.

Une autre étude rapporte que le dépistage positif pour la dépression et l'anxiété, évalué 1 à 2 jours après l'accouchement, a été significativement corrélé avec l'idéation suicidaire (7) (50). De même, la dépression des premières semaines après l'accouchement a été prédictive de l'humeur maternelle à 4 et 8 semaines après l'accouchement (19).

Des études ont permis de mettre en évidence certains facteurs de risque psychosociaux et biologiques qui doivent être recherchés par les professionnels (14).

Tableau 1 : Les facteurs de risque de dépression du post-partum d'après Bydlowski et al (14).

<p>Facteurs de risque sociaux</p>	<p>Violence domestique</p> <p>ATCD de mauvais traitements et d'abus sexuels, notamment dans l'enfance</p> <p>Evènements de vie stressants</p> <p>Faible soutien social</p> <p>Faible soutien du compagnon et difficultés conjugales</p> <p>Immigration</p> <p>Faible statut socio-économique</p>
<p>Facteurs de risques psychologiques</p>	<p>Dépression et absence de bonheur en cours de grossesse</p> <p>Anxiété pendant la grossesse</p> <p>ATCD de dépression</p> <p>Fonctionnement névrotique</p> <p>Abus de substances</p> <p>ATCD familial de trouble psychiatrique</p>
<p>Facteurs de risque médicaux</p>	<p>Multiparité</p> <p>Grossesses multiples</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Prématurité et faible poids de naissance du bébé</p>

La connaissance de ces facteurs de risque par les professionnels peut aider au diagnostic de DPP, et l'utilisation d'échelles adaptées peut être un outil complémentaire. Parmi elle, une échelle a été mise au point : il s'agit de l'EPDS. Dans une étude évaluant la prévalence des idées suicidaires dans le post-partum grâce à l'EPDS(29), il a été constaté que 9 % des femmes avaient répondu qu'elles avaient eu des idéations suicidaires dont 4% d'entre elles présentaient des idéations suicidaires (IS) survenant parfois ou assez souvent à 6 semaines du post-partum. Nous développerons ce point ci-dessous.

2.2.2.7 Les pathologies psychiatriques

De nombreuses études convergent vers le fait que les pathologies psychiatriques sont un facteur de risque majeur de suicide en période périnatale : en 2007, une étude a été réalisée et a montré que dans 80 % des cas de suicide maternel, il existait un trouble psychique sous-jacent (9).

Plus de deux tiers des femmes suicidées en période périnatale souffriraient d'une pathologie psychiatrique et le risque suicidaire serait multiplié par 70 chez les femmes hospitalisées en psychiatrie dans la première année du post-partum (9).

Parmi ces pathologies :

- Les antécédents psychiatriques personnels semblent également contribuer à augmenter le risque suicidaire tandis que les antécédents psychiatriques familiaux ne seraient pas significativement associés à une augmentation du risque suicidaire.
- Les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie multiplieraient le risque de tentative de suicide dans le post-partum
- Les troubles anxieux augmenteraient également le risque de suicide
- Les autres pathologies psychiatriques ont été peu étudiées

Les antécédents ou l'existence de pathologies mentales sévères du post partum comme la dépression sévère, la décompensation d'un trouble bipolaire ou d'une pathologie psychotique doivent être prises en charge avec une extrême vigilance par les professionnels concernés car elles constituent un facteur de risque majeur de suicide (40,9). Nous développerons ce point de prévention dans notre troisième partie.

III Etat des lieux concernant la prévention et le dépistage

Après avoir identifié les facteurs de risques de suicidalité spécifiques à la période périnatale, nous allons nous intéresser dans cette nouvelle partie, au dispositif actuel de prise en charge des mères ou futures mères. Tout d'abord, le temps de la grossesse est un moment clé pour dépister et prévenir car les femmes enceintes se retrouvent confrontées à de nombreuses reprises aux différents professionnels durant leur suivi obstétrical : ce sont les services prénataux. Ces différents temps et espaces proposés, appelés consultations prénatales, sont autant d'opportunités privilégiées pour aborder les ressentis et difficultés des mères. Elles sont reconnues comme étant l'un des principaux piliers de la prévention de la mortalité maternelle et infantile. Ces services sont également pour les professionnels autant d'occasions pour dépister un trouble déjà présent ou des vulnérabilités et ainsi prévenir. Cette prévention peut commencer dès la consultation pré-conceptionnelle, c'est à dire au moment où le couple exprime un désir d'enfant.

En plus de ce suivi médical de grossesse régulier, il existe des consultations post natales : huit jours après l'accouchement, par une sage-femme, et une visite obligatoire 6 à 8 semaines en post-partum, afin de s'assurer du bon déroulement des suites de couche. Elles sont des moments privilégiés d'échange, qui sont l'occasion pour les femmes et leurs conjoints de parler de leurs préoccupations et craintes vis-à-vis de l'accès à la parentalité.

1 Moments clés du dépistage

1.1 La consultation pré-conceptionnelle

C'est la consultation initiale où la femme, le couple vont exprimer leur désir de concevoir un enfant. Elle est donc l'occasion de rechercher les facteurs de risque et de commencer à instaurer un climat de confiance avec la future maman. Elle peut être menée par une sage-femme ou un médecin (gynécologue, médecin généraliste) et peut permettre de repérer des facteurs de vulnérabilité dans un premier temps.

1.2 L'importance de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

La mise en place d'un entretien Prénatal Précoce ou EPP est un point clé dans le dépistage et il représente un enjeu majeur de santé publique. La loi du 5 mars 2007 a rendu cet entretien systématique. Il fait partie du "Plan Périnatalité 2005-2007" orchestré par la HAS. Il est connu sous le

nom d'Entretien Périnatal Précoce ou encore « entretien du 4^{ème} mois ». Il est considéré comme la première des séances de préparation à la naissance pour la Caisse d'Assurance-Maladie française et est remboursé à 100%. Il est confidentiel et sa durée habituelle est de 45 minutes à 1 heure. Il vient s'ajouter aux sept examens obligatoires du système de santé français et à la préparation à la naissance. Selon la HAS, cet entretien périnatal s'adresse aux femmes enceintes individuellement ou au couple qui doivent rencontrer un intervenant pouvant répondre à toutes les questions (somatiques, sociales ou psychologiques) qui les préoccupent. Les professionnels pouvant pratiquer cet entretien sont les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes.

Il est encore malheureusement trop peu utilisé car en 2010, l'enquête périnatale relatait un taux de participation de 21.4% des femmes dont 30.7% de primipares et 14.3% de multipares. Cependant, actuellement devant ce faible taux, l'ARS a décidé de mener une campagne de sensibilisation de cet outil auprès des futurs couples parentaux mais également des professionnels. Au sein de cet EPP, plusieurs objectifs sont définis dont l'appréciation de la santé globale de la patiente (santé physique et psychique). Plusieurs objectifs y sont définis parmi lesquels l'appréciation de la santé globale de la patiente, tant physique que psychique, le repérage de situations de vulnérabilités parentales. L'intervenant peut également orienter les parents vers un autre professionnel si besoin.

Il est donc nécessaire que les professionnels soient formés à cet entretien.

Les objectifs de cet entretien sont (recommandations HAS 2005) (53) :

- accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et consolider leur confiance dans le système de santé
- indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances périnatales
- repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide
- adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple
- mettre en avant et mobiliser leurs ressources personnelles et sociales, leurs capacités physiques pour faire face aux changements corporel, mental, familial, liés à la naissance de l'enfant.

Il est donc un outil de dépistage des fragilités émotionnelles et sociales de la femme enceinte.

Dans leur étude sur la suicidalité en période périnatale (26), les auteures insistent sur l'importance de l'entretien périnatal précoce comme outil de repérage indispensable pour les troubles psychiques et les vulnérabilités de la future mère. Elles insistent sur le fait que la recherche des antécédents

psychiatriques personnels et familiaux devrait être faite au cours de cet entretien de manière systématique et appuyée. Le professionnel a donc une part active dans cet espace en dépistant les fragilités. Or dans les recommandations actuelles, il n'est pas stipulé clairement de rechercher ces points.

1.3 Les 7 visites prénatales

Ces visites sont obligatoires et sont assurées par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Elles obéissent à des recommandations bien spécifiques concernant leur déroulement avec la prescription d'examen complémentaires et mesures préventives. En ce qui concerne le dépistage des facteurs de risque, la HAS recommande de « proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) » à la deuxième consultation prénatale. Elle préconise le « repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et l'orientation vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique, etc.) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents ». Elle recommande d'établir des « liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés » (53).

1.4 Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Elles permettent de maintenir un lien avec les mères et préparent à la parentalité.

1.5 Les visites post-natales

Après l'accouchement, des visites à domicile peuvent être proposées aux mères. Cet accompagnement peut s'effectuer par différents intervenants : une sage-femme libérale, une sage-femme ou une puéricultrice de la PMI. Elles peuvent faire partie du programme PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile de l'assurance maladie). Les sages-femmes peuvent intervenir sur plusieurs temps et ont pour missions d'accompagner les mères dans la réalisation des premiers soins du bébé, conseiller sur l'alimentation afin d'améliorer le confort. Elles vérifient le bon état de santé du bébé et prescrivent les traitements nécessaires. Elles peuvent également reconnaître des situations de vulnérabilité et signaler ou orienter les mères à risque. Elles sont un outil de

surveillance supplémentaire à ne pas négliger dans la prévention du suicide maternel qui rappelle, connaît un pic au premier et deuxième mois du post-partum.

1.6 Les visites chez le pédiatre

La première année du post-partum est marquée par les nombreuses visites chez le pédiatre. Il peut être un interlocuteur à privilégier en cas de dépistage de fragilités psychiques chez la mère. Nous l'avons vu, le suivi obstétrical étant moindre à distance de l'accouchement mais le risque de suicide toujours présent, il paraît important que les pédiatres restent vigilants sur ce point. A travers l'examen de l'enfant, ils peuvent percevoir des fragilités et interroger sur les difficultés dans la relation précoce. Ils peuvent orienter les mères vers une prise en charge adaptée à leur trouble.

1.7 La visite du post-partum

Elle s'effectue 6 à 8 semaines après l'accouchement et peut être réalisée par un gynécologue ou un médecin généraliste ou une sage-femme depuis la loi du 9 août 2004. Elle est obligatoire. Elle permet de faire un bilan médical et psychologique. En avril 2005, la Haute Autorité de Santé émet dans son rapport « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » un certain nombre de recommandations concernant les objectifs de la consultation postnatale.

Cette consultation doit soulever certains points importants notamment, le vécu de l'accouchement et des suites de couches, les complications survenues en post-partum. Sont abordés également l'état de santé du nouveau-né et la qualité relationnelle mère-enfant. Doit être vérifiée l'absence de troubles psychologiques du post-partum en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse. Ce temps est donc une occasion supplémentaire de dépister et prévenir un éventuel projet de passage à l'acte.

2 Acteurs de Prévention

2.1 Les médecins généralistes

Les médecins généralistes sont des intermédiaires importants pour les femmes enceintes et celles qui viennent d'accoucher. En effet, il assure le suivi de la patiente au long cours et connaît celle-ci dans sa

globalité. Ceci est un atout majeur car il pourra, de ce fait, déceler un changement de comportement, d'humeur chez la patiente. Ainsi il pourra orienter celle-ci vers un confrère psychiatre si des inquiétudes existent. De plus, une relation de confiance est souvent établie ce qui facilite le dialogue et les échanges. Par ailleurs, le médecin généraliste est souvent qualifié de médecin de famille car il en assure souvent le suivi. Il est alors en première ligne pour connaître les antécédents personnels, familiaux et également sociaux de la patiente et donc les facteurs de risque éventuels. De plus, il est habilité à suivre les débuts de grossesse chez les femmes et à assurer le suivi pédiatrique de l'enfant lorsque la patiente en fait la demande. Ces contacts répétés font du médecin généraliste un acteur de santé clé dans la prévention (23).

2.2 La Protection Maternelle Infantile PMI

Le service de PMI est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil général, ayant pour but d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant (23). Il s'adresse aux femmes enceintes et aux enfants jusqu'à 6 ans. En Côte d'Or, il est constitué d'un panel de professionnels comme les médecins, sages-femmes, infirmiers puériculteurs, orthoptistes, auxiliaires de puériculture. Les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique des patientes au domicile ou dans des espaces solidarité, pratiquer des séances de préparation à la naissance, assurer des consultations prénatales, postnatales et pratiquer l'EPP. Un soutien et un accompagnement à la parentalité sont également proposés. Enfin les médecins peuvent assurer le suivi pédiatrique de l'enfant jusqu'à ses 6 ans. En Côte d'Or, en 2017, 4693 enfants ont été reçus en consultation dans les services de PMI et 13691 examens médicaux ont été réalisés.

2.3 Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes

Le gynécologue-obstétricien peut assurer le suivi des femmes pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et en post-partum. Il accompagne les mères ou futures mères, soutient, et contrôle médicalement le bon déroulement de la grossesse et des suites de couches. Il est en charge de surveiller et d'accompagner le bon développement du fœtus lors des consultations régulières et obligatoires pour certaines d'entre elles.

La sage-femme assure la surveillance et le suivi de la grossesse. Elles assurent également le suivi médical et la surveillance du nouveau-né après l'accouchement. Elles assurent les consultations prénatales et peuvent également pratiquer l'EPP comme les gynécologues-obstétriciens.

Ces praticiens peuvent donc être des acteurs de prévention clés, en s'assurant du bon déroulement psychique de la grossesse, mais aussi du post-partum.

[2.4 Les pédiatres](#)

Les pédiatres sont les professionnels chargés du suivi de l'enfant. Ils peuvent intervenir dès la maternité où ils réalisent les examens obligatoires et la détection de troubles somatiques. Mais ils peuvent également jouer un rôle important dans la prévention et la détection des troubles psychiques du post-partum. En effet, au décours de l'accouchement, un suivi régulier avec des consultations obligatoires s'instaure notamment durant la première année du post-partum. Ces consultations sont autant d'occasions de s'assurer de la santé somatique de l'enfant mais également de se préoccuper des relations précoces mère-enfant. Il pourra ainsi observer et être attentif à la mise en place de cette nouvelle relation et au bon développement psychique du nouveau-né.

[3 Stratégies actuelles de prévention du suicide en période périnatale en Bourgogne-Franche-Comté](#)

Un Schéma Régional de Santé a été rédigé pour la période 2018-2023 pour la région Bourgogne-Franche-Comté (47). Il est le « principal instrument de pilotage régional des politiques de santé ». Il permet de définir des objectifs d'actions de l'ARS. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux actions proposées concernant le « parcours maternité-parentalité » et nous dégagerons les points pertinents dans la prévention du suicide en population périnatale.

[3.1 Contexte démographique actuel](#)

Le rapport de la Cour des Comptes sur les maternités de décembre 2014, montre une problématique démographique médicale importante en Bourgogne Franche-Comté des gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes. Cette difficulté peut retentir sur le fonctionnement des maternités.

Cependant, en ce qui concerne les sages-femmes, la démographie est dynamique car on nous sommes proches d'un doublement, entre 1990 et 2010, du nombre de sages-femmes au niveau national, la région suit sensiblement la même évolution (47).

3.2 Problématiques

Il est également recommandé de conforter une offre de soins de proximité en maintenant les centres périnataux de proximité existants et les maternités réalisant moins de 300 accouchements à titre dérogatoire.

Il apparaît important de développer des actions de prévention en direction des femmes vulnérables :

- En renforçant le suivi des femmes enceintes, en situation de précarité, par une meilleure articulation des médecins de ville et des médecins hospitaliers.
- En mettant en place des suivis complémentaires et coordonnés
- En repérant les patientes à risque de décompensations psychiques

3.3. Identifications de points de rupture

Plusieurs points de ruptures ont été identifiés :

- L'insuffisance de coordination ville-hôpital

3.4 Objectifs généraux dégagés

3.4.1 Objectif général n°1 : Organiser une prise en charge médico-psycho-sociale coordonnée, sécurisée et adaptée des futurs parents et des nouveau-nés .

Pour ce faire, 3 objectifs opérationnels sont mis en œuvre : (47)

- **Renforcer la pratique de consultations longues à des moments clés de la grossesse :**

Une consultation initiale «d'orientation de suivi» en établissement de santé sera mise en place et **l'EPP devrait être généralisé**. Le but étant d'évaluer les facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux le plus précocement possible.

- **Renforcer l'accompagnement à la sortie de maternité :**

Le **programme PRADO** devrait être consolidé dans son développement en articulation avec l'ensemble des acteurs des territoires (PMI, sages-femmes libérales).

L'installation de sages-femmes à activité mixte ville/hôpital devrait être favorisée dans les territoires isolés. La pratique d'une **consultation de suivi du nouveau-né à J10-15 par les pédiatres** devra être renforcée et enfin un **entretien post natal sera mis en place**. Ces objectifs ont pour but d'améliorer le dépistage des situations de vulnérabilités psychologiques et sociales et d'améliorer l'accompagnement des mères.

- Conforter le rôle des deux réseaux périnataux et favoriser le partage d'expériences :

Il a pour but de mettre en relation les professionnels de la région Bourgogne-Franche-Comté et favoriser le partage d'expérience.

3.4.2 Objectif général n°2 : Améliorer la coordination ville-hôpital (47).

« Pour ce faire, il faudra soutenir le déploiement et le développement du système d'information en périnatalité et soutenir la mise en place de réunions pluridisciplinaires ville-hôpital ».

3.4.3 Objectif général n°3 : Favoriser le recours à l'IVG dans des conditions de sécurité sur l'ensemble du territoire(47).

4 Les dispositifs en périnatalité

Nous allons détailler ici, les différents dispositifs mis en place actuellement en périnatalité pouvant constituer une aide dans la prise en charge des patientes en état de vulnérabilité (39):

- Les Unités Kangourous ou UK sont des dispositifs dans les maternités qui permettent de prolonger l'hospitalisation à la maternité jusqu'à 12 jours après la naissance de l'enfant. En effet, compte tenu du raccourcissement du temps d'hospitalisation actuelle en maternité, l'UK peut être une bonne alternative. Les équipes de ces unités sont formées au repérage et l'étayage des femmes présentant une fragilité psychique.
- Les Unités Mère-Bébé permettent de pouvoir hospitaliser une maman et son nourrisson conjointement. Elles sont malheureusement peu nombreuses et dans notre région Bourgogne-

Franche-Comté, nous comptons seulement 2 lits pour les mères et 2 lits pour leurs bébés dans le service de pédopsychiatrie du CHRU de Besançon.

- Les établissements mère-enfant s'adressent aux femmes enceintes ou aux mères isolées accompagnées d'enfants de moins de 3 ans. Ils accueillent ces femmes en proposant un hébergement type foyer collectif ou appartement, pour une durée de 6 mois renouvelable et pouvant atteindre 3 ans maximum. Ils proposent également un soutien psychologique.
- Les unités de soins ambulatoires père-mère-bébé sont des structures de soins qui accueillent la triade en conciliant des consultations pédopsychiatriques, des prises en charge en individuelle ou en en groupe avec la triade père-mère-enfant ou la dyade mère-enfant sous forme de CATTTP (Centre d'activité thérapeutique à temps partiel) ou d'hôpital de jour.
- Les équipes de liaison périnatale, qui consiste en une équipe mobile qui intervient à domicile ou à la maternité pour les femmes les plus démunies ou qui inquiètent les professionnels de santé.
- Les consultations spécialisées en périnatalité organisées en maternité ou en structure pédopsychiatrique
- Les groupes de parole et associations d'usagers telles « maman blues » qui a un but de soutien, d'échange et d'information auprès des mères en difficultés.
- Les sociétés savantes de psychiatrie dont la Société Marcé Francophone.
- Les services de PMI.
- Les autres dispositifs mis à la disposition des mères pouvant favoriser un « rôle symbolique » dans la séparation provisoire de la dyade telles les crèches, les haltes-garderies, les nourrices.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE

I Introduction à l'étude

1 Contexte

Le suicide est la première cause de mortalité maternelle dans les pays développés mais la prise de conscience est relativement récente et les travaux sur le sujet sont peu nombreux. Il semblait donc pertinent d'interroger les professionnels de santé en lien avec la périnatalité, sur leurs connaissances actuelles afin de pouvoir développer une action préventive qui soit efficace.

En 2017, en Côte d'Or, le taux de natalité était de 5394 naissances soit 9.8/1000 habitants selon le rapport de l'Insee. Si nous considérons que le nombre de suicides représente 20% des morts maternelles, cela représente une part non négligeable de décès qui pourraient être évités.

2 Objectifs

L'objectif principal était d'évaluer les connaissances des professionnels de santé concernant Le suicide en période périnatale.

L'objectif secondaire était de sensibiliser les professionnels à cette problématique afin d'être plus réactifs dans la prévention du suicide.

L'objectif n'était pas de fournir des statistiques approfondies sur la question du suicide en périnatalité, mais plutôt de faire un état des lieux des connaissances et mesurer l'intérêt d'une formation auprès des différentes catégories professionnelles.

II Matériel et méthode

1 Population cible

Notre population cible se composait des professionnels de santé de Bourgogne intervenant en périnatalité. Ils ont été recrutés en quatre lieux différents :

- Ceux appartenant au réseau périnatal de Bourgogne
- Ceux travaillant au Centre Hospitalier La Chartreuse, au sein de l'unité « psychiatrie périnatale » (psychologues, psychiatres, infirmiers, éducateurs, internes)
- Ceux appartenant à la maternité du CHU de Dijon
- Les pédiatres du cercle pédiatrique de Bourgogne.

Un questionnaire a été développé spécifiquement, portant sur la connaissance du suicide pré- ou post-partum (Annexe 2).

Ce questionnaire devait être rempli par les professionnels suivants :

- les gynécologues-obstétriciens
- les pédiatres
- les psychiatres, pédopsychiatres, internes de psychiatrie
- les sages-femmes
- les Infirmières

Nous avons posé :

-critères d'inclusion : tout questionnaire rempli par une personne exerçant une profession ci-dessus

-critère de non inclusion : aucun

-critère d'exclusion : tout questionnaire rempli par une personne n'exerçant pas une profession ci-dessus ou ne mentionnant pas la profession.

2 Description de l'étude

Cette étude est une enquête descriptive, avec un volet comparatif.

Elle a été entièrement réalisée dans le département de la Côte d'Or.

3 Utilisation du questionnaire

Le questionnaire, anonyme, cherchait à balayer les connaissances actuelles des professionnels sur le suicide des femmes en période périnatale. Il comportait 10 questions, pour la plupart fermées. Les questions ouvertes demandaient des résultats statistiques épidémiologiques, présents dans l'étude de l'ENCMM de 2007-2009 (33). La dernière question demandait une opinion, à rédiger librement, sur la proposition d'une formation.

Ce questionnaire est consultable en annexe 2.

4 Modalités pratiques

Nous avons utilisé l'outil informatique google forms pour créer informatiquement le questionnaire qui a été soumis par mail aux différents professionnels ciblés (Annexe 2).

L'analyse des données a été réalisée avec le tableur Excel et le logiciel TRIOMPHE développé au DIM du CHU de Dijon.

- Distribution des questionnaires : Les questionnaires ont été envoyés par mail aux contacts du réseau de périnatalité de Côte d'Or, aux pédiatres du cercle pédiatrique dijonnais, aux professionnels du service de la maternité du CHU de Dijon et aux professionnels travaillant dans l'unité de psychiatrie périnatale du Centre Hospitalier La Chartreuse.

- Remplissage des questionnaires : Le professionnel répondait au questionnaire quand il le souhaitait.

- Relances : il n'y a eu qu'une seule sollicitation, sans relance.

-Restitution des questionnaires :

Les réponses au questionnaire étaient automatiquement comptabilisées par le logiciel.

5 Critère de jugement principal

Toutes les questions posées étant d'intérêt à peu près égal, il ne nous a pas paru utile d'isoler une question : il n'y a donc pas de critère principal.

III Résultats

L'étude s'est déroulée du 01 février 2018 au 20 août 2018, et a permis de recueillir 126 questionnaires avant exclusion. Après exclusion, nous avons obtenu 118 questionnaires.

Les résultats ci-dessous ont été obtenus après avoir d'une part écarté les réponses « je ne sais pas » et « non concerné », et d'autre part regroupé certaines professions afin d'obtenir des effectifs suffisamment grands. Nous avons ainsi créé trois groupes en fonction de la formation initiale de chaque professionnel.

-groupe 1 : les médecins dont le cursus est commun les six premières années, soit gynécologues, pédiatres et psychiatres.

-groupe 2 : les sages-femmes

-groupe 3 : les infirmiers et psychologues, et professions autres.

1 Âge des participants

L'âge, connu chez n=118 professionnels, était en moyenne de 39.6 ans (avec l'écart type 9,87 ans).

Il variait comme suit avec la profession :

Tableau 2 : Age moyen par profession

autres ; Infirmière ; Psychologue			gynécologue ; Pédiatre ; Psychiatre			Sage-femme			Degre P de signification	
Effectif	Moyenne	Ecart-type	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Effectif	Moyenne	Ecart-type	KRUSKAL et WALLIS	
22	40,272	10,771	38	39,894	10,074	58	39,241	9,535	0,942	

L'âge moyen était quasiment le même pour toutes les professions (40 ans environ).

2 Connaissances épidémiologiques sur le suicide maternel

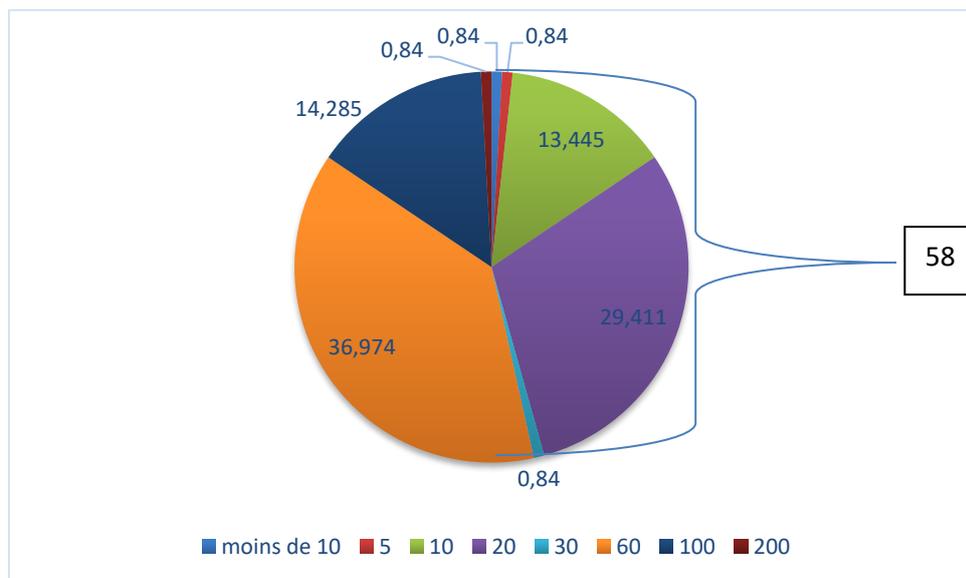
Les connaissances épidémiologiques sur le suicide ont été testées par la question suivante (Q2 du questionnaire) :

Selon vous, quel est le nombre de décès maternels environ, (péri et post natals) par suicide, recensés en France entre 2007 et 2009 ?

La réponse étant 62 suicides (d'après l'ENCMM de 2007-2009) (10).

Les réponses sont présentées dans le diagramme circulaire ci-dessous pour la totalité des participants (figure 1) :

Figure 1 : connaissances des professionnels, toutes catégories confondues, sur l'épidémiologie du suicide en périnatalité (en pourcentage).



Elles montrent que 37% des professionnels interrogés, toutes catégories confondues, ont répondu juste et donc que 63% des professionnels ont répondu faux.

Nous constatons également que 58% d'entre eux, ont répondu en dessous de 60 suicides, donc ont sous-estimé ce taux.

Les réponses ont été ensuite comparées en fonction des catégories professionnelles (tableau 3)

Tableau 3 : Connaissances, par profession, sur l'épidémiologie du suicide en périnatalité

	autres ; Infirmière ; Psychologue		gynécologue ; Pédiatre ; Psychiatre		Sage-femme		Degre P de signification
	Effectif	Frequence (%)	Effectif	Frequence (%)	Effectif	Frequence (%)	Chi2/FISHER
2) Selon vous, quel est le nombre de décès maternels environ, (péri et post nataux) par suicide, recensés en France entre 2007 et 2009?							
VRAI (rép:60)	10	45,45%	15	39,47%	19	32,20%	
FAUX			23		40		
	12						0,507
TOTAL	22		38		59		

Une réponse juste apparaît plus fréquente chez les psychologues, infirmiers et autres, mais la différence avec les autres professions n'est pas significative.

3 Connaissances de la dépression du post-partum

Les connaissances de la dépression du post-partum ont été testées par les questions suivantes :

Q3 : Selon vous, quel est le pourcentage environ, de femmes souffrant de dépression du post-partum en France actuellement ?

La réponse étant 12 %.

Q5 : Connaissez-vous l'échelle EPDS (Edinburgh Post-natal Depression Scale) ?

Q6 : Si oui, avez-vous déjà fait passer cette échelle à vos patientes ?

Les réponses ont été ensuite comparées en fonction des catégories professionnelles (tableau 3)

Tableau 4 : Connaissances, par profession, de la dépression du post-partum

	autres ; Infirmière ; Psychologue		gynécologue ; Pédiatre ; Psychiatre		Sage-femme		Degre P de signification
	Effectif	Frequence (%)	Effectif	Frequence (%)	Effectif	Frequence (%)	Chi2/FISHER
3) Epidémiologie: selon vous quel est le pourcentage environ, de femmes souffrant de dépression du post partum en France actuellement?							
VRAI	15	68,18%	21	55,26%	29	50,23%	0,309
TOTAL	22		38		59		
5) Connaissez-vous l'échelle EPDS (Edinburgh Postnatale Depression Scale) ?*							
VRAI	4	19,047	12	31,578	11	18,644	0,345
TOTAL	21		38		59		
6) Si oui, avez-vous déjà fait passer cette échelle à vos patientes ?							
VRAI	0	0	2	16,666	0	0	0,623
TOTAL	4		12		11		

*A été considérée comme « non » toute réponse « autre ; entendu parler ; non »

Concernant les connaissances épidémiologiques, une réponse juste paraît plus fréquente pour les psychologues, infirmiers et autres, mais la différence avec les autres professions n'est pas significative.

L'échelle EPDS semble mieux connue par les gynécologues, pédiatres et psychiatres, mais à peine plus utilisée par ceux-ci (différence non significative entre professions).

4 Connaissances des facteurs de risque de suicide en population périnatale

Les connaissances des facteurs de risque de suicide périnatal ont été testées par les questions suivantes :

Q7 : Pensez-vous que l'âge maternel joue un rôle dans la suicidalité en post-partum ?

Q8 : Pensez-vous que les caractéristiques socio-économiques jouent un rôle dans la suicidalité en post-partum ? Si oui, quelle est selon vous la caractéristique la plus pertinente ?

Q9 : Pensez-vous que les traumatismes maternels dans l'enfance, jouent un rôle dans la suicidalité en post-partum ?

Chacune de ces questions attendait la réponse oui.

Tableau 5 : Connaissances, par profession des facteurs de risque de suicide périnatal

	autres ; Infirmière ; Psychologue		gynécologue ; Pédiatre ; Psychiatre		Sage-femme		Degre P de signification
	Effectif	Frequence (%)	Effectif	Frequence (%)	Effectif	Frequence (%)	Chi2/FISHER
7) Pensez-vous que l'âge maternel joue un rôle dans la suicidalité en post partum ?							
oui	8	36,363	27	75,0	27	47,4	0,0057
TOTAL	22		36		57		
8) Pensez-vous que les caractéristiques socio-économiques jouent un rôle dans la suicidalité en post partum ? Si oui, quelle est selon vous la caractéristique la plus pertinente ?							
oui	10	45,454	32	86,5	29	50,0	0,0004
TOTAL	22		37		58		
9) Pensez-vous que les traumatismes maternels dans l'enfance jouent un rôle dans la suicidalité en post partum ?							
oui	21	100	37	97,368	59	100	0,499
TOTAL	21		38		59		

Une réponse juste est significativement plus fréquente chez les gynécologues, pédiatres et psychiatres pour Q7 et Q8.

Pour Q9 il n'apparaît pas de différence entre professions, toutes les réponses sauf une admettant le rôle d'un traumatisme pendant l'enfance.

5 Questions libres sur l'intérêt porté au sujet et à la formation

Afin d'évaluer l'intérêt porté au sujet et à une formation, nous avons posé deux questions aux professionnels :

Q10 : Pensez-vous être à jour dans vos connaissances sur ce sujet ?

Q11 : Si une formation sur le sujet était proposée, l'accepteriez-vous ?

En les laissant répondre librement.

Tableau 6: Intérêt des professionnels, porté au sujet et à une formation

	autres ; Infirmière ; Psychologue		gynécologue ; Pédiatre ; Psychiatre		Sage-femme		Degre P de signification
	Effectif	Frequence (%)	Effectif	Frequence (%)	Effectif	Frequence (%)	Chi2/FISHER
10) Pensez-vous être à jour dans vos connaissances sur ce sujet ?							
non	22	100	38	100	58	98,305	1
TOTAL	22		38		59		
11) Si une formation sur le sujet était proposée, l'accepteriez-vous?							
oui	17	77,272	35	94,594	58	100	0,0007
TOTAL	22		37		58		

Ceci montre que les professionnels ont répondu de manière homogène, tant pour Q10 que pour Q11 :

- Tous les professionnels participants ont une méconnaissance du suicide périnatal.

- Les gynécologues, pédiatres et psychiatres, avec les sages-femmes, sont significativement plus intéressés par une formation.

IV Discussion de l'étude

Des différences sont significatives entre professions concernant la connaissance de certains facteurs de risques de suicide. Ainsi, les médecins (gynécologues, psychiatres et pédiatres) ont été plus nombreux à connaître les facteurs de risque « âge maternel et conditions socio-économiques » dans l'évaluation du risque suicidaire : cela souligne qu'ils sont plus sensibilisés sur ces facteurs en particulier que les autres professionnels, et on peut donc penser que la formation de ces praticiens semble plus pertinente sur le suicide prénatal que celle suivie par les autres professionnels.

Les médecins et sages-femmes sont par ailleurs significativement plus intéressés par une formation : nous pouvons interpréter cela par le fait qu'ils sont confrontés plus régulièrement aux patientes que les infirmières et les psychologues, car ils sont effectivement en première ligne.

Certains professionnels de la périnatalité ont donc des lacunes dans leurs connaissances du suicide prénatal. Et le manque de formation adaptée est un élément important qui ressort de cette étude, qui justifie la création d'un outil pédagogique de sensibilisation des différents métiers.

V Conclusion de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de tester les connaissances des différents professionnels sur le suicide en périnatalité. Cela a nécessité de constituer trois catégories, selon la formation initiale, afin d'avoir des effectifs suffisants.

La catégorie des psychologues, infirmiers et autres professions non médicales montre de meilleures connaissances épidémiologiques sur le suicide prénatal. De même, cette catégorie a une meilleure connaissance du pourcentage de femmes souffrant de dépression post-partum. Mais la différence n'est pas significative avec les autres catégories (médecins et sages-femmes) dans ces deux cas.

La catégorie des gynécologues, pédiatres et psychiatres semble mieux maîtriser l'échelle de dépistage (EPDS). La différence n'est pas significative avec les autres catégories.

En revanche, pour l'évaluation des facteurs de risque en population périnatale, les gynécologues, pédiatres et psychiatres étaient significativement plus nombreux à connaître les facteurs de risque (âge maternel et conditions socio-économiques).

L'objectif secondaire était de sensibiliser les professionnels au suicide périnatal pour qu'ils soient plus réactifs à la prévention. Les questions 10 et 11 ont montré que tous les professionnels ne maîtrisaient pas ce sujet, mais que quasi-tous étaient intéressés par une formation.

Cela valide donc l'objectif final de ce travail : proposer un support pédagogique aux professionnels qui souhaitent se former efficacement au diagnostic et à la prévention du suicide périnatal.

TROISIEME PARTIE : PREVENTION ET REALISATION D'UN OUTIL PEDAGOGIQUE

Dans cette troisième partie, nous allons développer différents points pouvant être travaillés et améliorés par les intervenants, à tous niveaux, afin de mieux prévenir le suicide en périnatalité. Nous proposerons également un outil pédagogique dans le cadre d'une sensibilisation des professionnels. Cet outil est un projet, qui pourra être mis en ligne sur une plateforme de e-learning du CHU de Dijon dans quelques mois. Avant de développer ces différents aspects, nous allons définir la stratégie de prévention de l'OMS.

Trois recommandations sont considérées prioritaires par l'OMS :

1. L'amélioration de l'identification des problèmes de santé mentale durant la grossesse et la période post-natale à l'aide d'instruments de dépistage tels que le questionnaire EPDS afin de proposer les interventions précoces appropriées.
2. Le développement des compétences des professionnels de santé au niveau de la conduite d'un entretien de dépistage et de la reconnaissance de la détresse psychologique de la femme tant durant la période anténatale que postnatale.
3. Le développement des services de santé proposant une prise en charge appropriée des besoins des femmes en détresse durant la période périnatale

I Une meilleure prévention de la dépression du pré-partum et du post-partum

1 Le travail en réseau : un maillage indispensable

Nous avons vu que la dépression sévère du post-partum est un facteur de risque important de suicide. La prévention du suicide passe donc aussi par la prévention de cette pathologie qui est fréquente. Soulignons qu'en l'absence de dépistage et de traitement, cette pathologie affecte non seulement le maternage mais peut favoriser un éventuel passage à l'acte suicidaire. Dans des cas sévères, les mères

doivent être hospitalisées, au mieux dans des unités de psychiatrie mère-enfant, afin de prévenir un passage à l'acte (31) .

Les interventions psycho-sociales et psychologiques pour les femmes à risque, composées de visites à domicile, soutien téléphonique et psychothérapie ou encore d' interventions individuelles et groupales, ont montré leur efficacité préventive sur le risque de développement de la dépression du post-partum (14). L'intérêt des visites à domicile, auprès de ces mères déprimées est important car il a montré une amélioration de la qualité des échanges mère-bébé et donc des répercussions positives sur le bon développement de l'enfant. Ces visites sont un soutien indispensable et permettent de garder une vigilance sur l'état psychique de la mère. Elles peuvent et doivent être organisées par les professionnels de la PMI lorsque des signaux d'alerte transparaissent et pour cela il faut que les professionnels soient formés au repérage de ces signes. En parallèle, l'avis d'un spécialiste comme un psychiatre, un pédopsychiatre ou un psychologue doit pouvoir être sollicité afin d'accompagner les mères en difficultés(14).

Il faut également comprendre que la dépression du pré-partum ou du post-partum, si elle est avérée, doit être traitée de manière efficace. En effet, des études ont montré (8) qu'il y aurait un plus grand risque pour le fœtus à ne pas traiter une dépression durant la grossesse qu'à la traiter. Les conséquences d'une dépression non traitée de la future mère sur le développement du fœtus seraient que l'absence de traitement est associée à un plus mauvais pronostic fœtal et à un plus grand risque de morbidité maternelle incluant les idées suicidaires, les tentatives de suicides et la dépression.

Afin d'apporter une aide supplémentaire, plusieurs outils sont à disposition des professionnels de santé de périnatalité. Il s'agit d'échelles de dépistage qui peuvent être proposées à la patiente présentant des fragilités psychiques. Ce dépistage peut être soumis à tout moment pendant le temps de la grossesse et durant toute l'année du post-partum.

2 Les échelles : un outil de dépistage

Le dépistage des femmes à risque peut être considérablement amélioré grâce à des outils spécifiques efficaces qui sont des échelles d'évaluation. En effet, Evins et al (20) ont montré que le dépistage à l'aide d'un questionnaire permettait aux professionnels d'améliorer la détection de la dépression du post-partum puisque selon cette étude, 35% des femmes déprimées étaient détectées lorsqu'un questionnaire était utilisé contre seulement 6% dans les consultations ne comprenant pas de questionnaires (12). Une autre étude va également dans ce sens et confirme ces résultats avec 30%

des dépressions diagnostiquées à l'aide d'un questionnaire contre 0% avec un examen de routine (21). Nous avons choisi de présenter les échelles les plus pertinentes pour le dépistage des troubles :

2.1 Echelle de la dépression périnatale : (Annexe 3)

Nous avons vu précédemment que les troubles psychiques, notamment la dépression périnatale, étaient l'un des principaux facteurs de risque de suicide.

L'étude de Gaynes et al, (22) concernant la dépression périnatale, conclut que l'outil le plus adapté pour détecter un épisode dépressif majeur en période périnatale est l'échelle EPDS « Edinbourg Postnatal Depression Scale » développé par Cox (18) avec un cut-off à 12 points. Cette échelle a l'avantage de pouvoir être utilisée en consultation ambulatoire par tous les praticiens. Plus récemment, Marcus et Heringhausen, ont conseillé d'utiliser un cut-off supérieur à 9 durant la grossesse et supérieur à 12 durant le post-partum.

Cet outil ne suffit pas à lui seul : en effet le diagnostic doit être apporté par un professionnel de santé expérimenté au cours d'un entretien individuel durant lequel, la femme ou le couple parental pourra exprimer et livrer ses sentiments, confier ses angoisses.

2.2 Echelle de l'anxiété périnatale (Annexe 4)

L'anxiété pendant la grossesse peut être dépistée à l'aide de la « State Anxiety Inventory » (STAI) créée par Spielberger et al (52) Cette échelle permet de mesurer la condition temporaire de « l'état d'anxiété ».

II Une meilleure coopération entre médecins généralistes, psychiatres et spécialistes de la maternité et de la petite enfance (PMI)

Cette meilleure coopération entre ces différents professionnels pourrait permettre d'assurer une cohérence des soins et permettre à l'information de circuler. Ainsi, les antécédents de pathologies psychiatriques de la patiente, antérieurs ou non à la grossesse, devraient être connus de tous les intervenants (9). L'étude de Oates et al (40) montre que si le risque de récurrence au moment du post-partum avait non seulement été identifié et mieux pris en compte, un quart des suicides aurait pu être évité.

III Une prise en charge optimale du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est une pathologie dont le risque de récurrence reste élevé pendant la grossesse et augmente durant le post-partum (9) (16) avec une fréquence de décompensation pendant le post-partum qui varie entre 30 et 70%. Le risque de passage à l'acte suicidaire est non négligeable et se produit le plus souvent lors des états dépressifs ou mixtes. Les patientes dont les cycles sont rapides et présentant des épisodes mixtes, sont donc une population à risque suicidaire important (9).

Du fait d'un manque d'information du rapport bénéfice/ risque, certains médecins ne prennent pas la décision de prescrire un médicament psychotrope pendant la grossesse, exposant les femmes enceintes vulnérables à des rechutes potentielles de troubles psychiatriques sévères et notamment de décompensations du trouble bipolaire. De plus, l'arrêt brutal d'un traitement par stabilisateur de l'humeur est ainsi associé à un risque accru de rechutes précoces et peut contribuer à un risque de suicide plus important. La prise en charge du trouble bipolaire en population périnatale peut représenter un véritable défi pour les médecins qui y sont confrontés (9).

Les décisions thérapeutiques concernant l'arrêt, la poursuite ou le changement du traitement psychotrope doivent être idéalement prises avant la conception et doivent être le fruit d'une réflexion conjointe entre la patiente et les professionnels qui l'entourent. Elles nécessitent la concertation entre le gynécologue-obstétricien, le psychiatre et le couple parental dans l'intérêt de mesurer une prophylaxie ou un traitement des épisodes aigus du trouble bipolaire chez la mère en regard des effets potentiellement tératogènes pour le fœtus.

Il nous semble également essentiel de souligner l'importance du rôle de l'entourage et notamment du conjoint dans le repérage des signes cliniques d'appel d'une décompensation et l'accompagnement des mères dans les prises de décisions thérapeutiques.

IV Un meilleur accompagnement des mères psychotiques souffrant de schizophrénie

Actuellement, la grossesse chez les femmes atteintes de schizophrénie n'est plus exceptionnelle. Ainsi, 48% des femmes atteintes de schizophrénie deviennent mères, et on estime à environ 3500 par an le nombre de naissances d'enfants de femmes psychotiques en France (39). Les grossesses et les enfants de ces mères sont qualifiés « à haut risque » par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1975, (45) et justifient des mesures d'accompagnement et de prévention. Si la grossesse chez ces patientes est synonyme d'une relative stabilité des troubles, le post-partum est une période à risque de décompensation (25 à 50% de décompensations). Plus de la moitié des enfants de mère psychotique seront élevés par des personnes tierces à un moment ou à un autre (lors des hospitalisations de la mère par exemple), à temps complet ou partiel (39).

Une bonne qualité de la relation thérapeutique avec le psychiatre et également du réseau de soutien sont des facteurs de meilleur pronostic en diminuant le risque de passage à l'acte suicidaire. En effet, le psychiatre traitant de la patiente doit avoir un rôle de gestion du traitement psychotrope mais il doit également, dans la mesure du possible, créer et favoriser l'alliance thérapeutique, améliorer l'adhésion aux soins. Il peut également aider la patiente et son entourage à repérer les signes d'une rechute, et soutenir si des facteurs de stress et donc de décompensation psychique se révèlent. Pour une prise en charge optimale de ces patientes, une collaboration entre le psychiatre, l'équipe de gynécologie-obstétrique, la PMI et /ou l'unité mère-bébé pouvant accueillir la dyade est nécessaire. Des visites à domicile peuvent également être proposées et peuvent être d'un grand soutien pour ces mères en difficulté (9).

V Une sensibilisation plus importante du personnel environnant

C'est un aspect important de la prévention et c'est sur ce point que nous avons axé notre travail de thèse. Il s'agit d'une sensibilisation du personnel en lien avec les femmes enceintes ou ayant accouché sur l'impact des pathologies mentales, les situations de souffrances comme le deuil périnatal mais aussi sur l'existence du suicide et l'importance de sa prévention. Nous avons souhaité développer ce dernier point dans un outil pédagogique à destination des professionnels de la périnatalité.

1 Présentation d'un projet d'outil pédagogique de sensibilisation

1.1 Constitution de l'outil

Nous avons constitué un projet d'outil pédagogique afin de sensibiliser les professionnels de santé au suicide des femmes en période périnatale. En effet, le questionnaire que nous avons élaboré, nous a permis de rendre cet objectif réalisable et les résultats nous ont encouragé en ce sens. Pour sa réalisation, nous nous sommes mis en lien avec les professionnels du réseau de périnatalité de Bourgogne et les professionnels responsables de la formation continue du CHU de Dijon. Nous nous sommes inspirés des outils de formation en ligne sur le site de périnatalité actuel à savoir le site : « extranat-bourgogne.com » dans la rubrique « module de formation ».

Nous avons constitué l'outil en deux parties :

- Une première partie composée d'un cas clinique invitant les professionnels à tester leurs connaissances concernant certains critères du suicide en périnatalité.
- Une deuxième partie comprenant des notions théoriques sous forme de cours, sur le support Power Point, destinées à sensibiliser les professionnels à la problématique du suicide en population périnatale. Il s'agit de notions simples à retenir et en aucun cas un cours théorique complet. Les professionnels sont invités à se documenter de manière plus approfondie s'ils le souhaitent ultérieurement.

1.2 Diffusion de l'outil

Afin de faciliter son accès et sa diffusion, nous avons sollicité certains intervenants du CHU de Dijon et nous avons pu obtenir une autorisation de mise en ligne via une plateforme spécialisée. Cette

plateforme se nomme SPOT LMS (SPOT Learning Management System) ou outil de formation en ligne. Elle devrait être disponible sur la page d'accueil du CHU de Dijon prochainement. Nous pensons également diffuser ces documents via le site du réseau de périnatalité de Bourgogne mais nous nous sommes confrontés à certaines contraintes informatiques.

Ce système de e-learning ou FOAD (Formation Ouverte A Distance) permettrait un accès rapide à tous les professionnels qui le souhaitent depuis leur propre ordinateur ou bureau de consultation, sans avoir à se déplacer.

2 Exposition de l'outil pédagogique

2.1 Partie 1 : Cas clinique

Maria, 19 ans, enceinte de 20 SA, se présente aux urgences de gynécologie-obstétrique pour des nausées avec vomissements. Après un examen clinique et des examens complémentaires rassurants, vous convenez d'un retour à domicile. Il s'agit de la première grossesse pour Maria. A l'interrogatoire, certains éléments vous questionnent. La patiente explique avoir eu une enfance difficile. Elle a été placée dans une famille d'accueil à l'âge de 5 ans suite à des maltraitances familiales. Elle est actuellement célibataire, n'a pas d'emploi stable et vit dans un appartement.

1) Selon vous, Maria présente-t-elle des facteurs de risque de suicide maternel ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

2) Si oui, quels sont les facteurs de risque que vous retenir ?

- Age jeune
- ATCD de maltraitance dans l'enfance
- Nulliparité
- Statut célibataire

3) Pensez-vous que la grossesse est un facteur protecteur du suicide ?

- Oui
- Non

- Je ne sais pas

Vous revoyez la patiente au 4^{ème} mois pour son entretien prénatal précoce ou EPP. La patiente ne présente plus de vomissements mais se plaint de nausées. Vous interrogez également la patiente sur ses consommations de toxiques : elle consomme du tabac à raison de 10 cigarettes par jour.

4) Pensez-vous que la consommation de tabac est un facteur de risque de suicide ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Maria accouche par césarienne en urgence, suite à des complications obstétricales, d'un nourrisson en bonne santé. Vous la revoyez lors de la consultation du post-partum au 42^{ème} jour. Maria a un visage amimique, un faciès triste et s'effondre en pleurs devant vous. Elle vous explique qu'elle n'en peut plus et a parfois envie de « jeter son nourrisson par la fenêtre ». Vous pensez à une dépression du post-partum. Vous lui faites passer l'échelle EPDS.

5) Connaissez-vous cette échelle ?

- Oui
- Non

6) Pensez-vous que la DPP est un facteur de risque de suicide en post-partum ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

7) Quelle est votre attitude face à cette patiente ?

- RAD
- Hospitalisation
- Orientation vers un confrère psychiatre.

Le suicide maternel

Un phénomène émergent?

Introduction

- ▶ Définition: la période périnatale s'étend de la conception à la première année de vie de l'enfant.
- ▶ Le suicide est la première cause de mortalité maternelle dans les pays développés.

Pourquoi cette place du suicide dans les morts maternelles?

- ▶ Recul des causes physiologiques de morts maternelles (hémorragies, éclampsie, embolies...)
- ▶ Emergence de la psychiatrie périnatale depuis quelques années:
 - Prise de conscience des professionnels
 - Meilleur dépistage des troubles psychiques
 - Meilleure comptabilisation des suicides maternels

Quelques données épidémiologiques

- ▶ On estime actuellement que 15 à 20 % des femmes enceintes auraient des troubles mentaux avec désir de suicide, et le rapport de L'ENCMM fait état de 62 suicides en France entre 2007 et 2009.
- ▶ 2 temporalités de passage à l'acte:
 - Pendant la grossesse: 1^{er} trimestre le plus à risque
 - En post-partum: les deux premiers mois et un pic à 12 mois
- ▶ 2 profils de patientes
 - Pendant la grossesse: passage à l'acte par difficultés à investir la grossesse
 - En post-partum: passage à l'acte corrélés aux pensées dépressives

Suite épidémiologie

► Moyens employés:

- différents moyens sont employés et les plus fréquents seraient la pendaison et la précipitation d'un lieu élevé, ce qui montre le caractère « violent » du passage à l'acte.

Les facteurs de risque

► Spécificité des facteurs de risque mis en évidence dans plusieurs études:

- Le jeune âge maternel (adolescentes +++)
- Caractéristiques socio-économiques:
 - Femme célibataire
 - Faible niveau éducatif
 - ATCD maltraitance dans l'enfance
 - Violence conjugalePlus fort risque d'un passage à l'acte pendant la grossesse
- Multiparité
- Complications obstétricales et néonatales (avortement, morts fœtales ou néonatales)

Facteurs de risque (suite)

- Tabagisme et consommation d'alcool pendant la grossesse
- La dépression du post-partum:
 - La Dépression serait associée à une augmentation significative du risque suicidaire dans de nombreuses études. Les femmes déprimées auraient 2 à 42 fois plus de risque de présenter des idées suicidaires ou de faire des tentatives de suicide en période périnatale. Ce risque serait d'autant plus élevé que la dépression est sévère. Parmi les femmes souffrant de dépression en période périnatale, 1 sur 3 auraient des pensées auto-agressives et 24 à 49% tenteraient de mettre fin à leurs jours.
 - Importance du dépistage de la DPP grâce à l'échelle EPDS++ (Edinburgh Post-natal Depression Scale). Évalue également les pensées suicidaires.

Facteurs de risque (suite)

- Les pathologies psychiatriques:
 - Plus de deux tiers des femmes suicidées en période périnatale souffriraient d'une pathologie psychiatrique et le risque suicidaire serait multiplié par 70 chez les femmes hospitalisées en psychiatrie dans la première année du post-partum
 - Les ATCD psychiatriques personnels
 - Les ATCD d'hospitalisations en psychiatrie
 - Les troubles anxieux
 - Autres pathologies mais peu étudiées

} augmentation du risque de TS ou suicide

Prévention et dépistage

- ▶ Dans le parcours de la femme enceinte ou ayant accouchée, il y a de nombreuses occasions de prévenir et dépister le suicide. +++
- ▶ Pendant la grossesse: importance de l'Entretien Prénatal Précoce ou EPP
- ▶ En post-partum: visites de la sage-femme, consultation avec le gynécologue au 42ème jour, suivi pédiatrique de l'enfant...
- ▶ Orientation des patientes à risque vers un médecin spécialiste: le psychiatre.

Conclusion

- ▶ Le suicide maternel existe: il est la première cause de décès maternel dans notre pays. La maternité n'est pas un facteur protecteur.
- ▶ Il est souvent sous-estimé.
- ▶ Importance de connaître et repérer les facteurs de risque pour la prévention.
- ▶ Concerne tout professionnel en lien avec une femme enceinte ou ayant accouché (sages-femmes, gynécologues, psychologues, pédiatres, psychiatres...).
- ▶ Orientation de la patiente vers un psychiatre pour évaluation, coordination et organisation des soins.

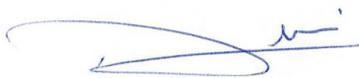
CONCLUSION

Actuellement, le suicide est la première cause de décès de la femme en période de maternité dans les pays développés. La prise de conscience récente de cette donnée est à l'origine de la mise en place de mesures de prévention. Des facteurs de risques spécifiques, identifiés dans différentes études, doivent être recherchés lors du suivi de la grossesse et en post-partum. Le jeune âge maternel, les caractéristiques socio-économiques défavorables, la multiparité, les complications obstétricales et néonatales, la dépression du post-partum, les pathologies psychiatriques et la consommation de toxiques sont autant de facteurs à prendre en considération.

L'étude réalisée par l'envoi d'un questionnaire à un échantillon de 126 professionnels de la périnatalité nous invite à recentrer la question de la prévention du suicide à cette période de la vie : en effet, les résultats ont mis en évidence un manque de connaissances, toutes catégories professionnelles confondues.

Devant ce constat nous avons souhaité élaborer une réponse en présentant un outil de formation pédagogique aux soignants, outil pouvant être facilement accessible en ligne. Ce projet vient s'inscrire dans un des principaux axes de la prévention en périnatalité : une meilleure sensibilisation des professionnels. En repérant précocement les facteurs de vulnérabilité, les situations obstétricales à risque et en dépistant systématiquement les troubles mentaux, nous espérons une baisse du taux de mortalité maternelle par suicide.

Le Président du jury,



Pr. B. BONIN

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 11 JUILLET 2019
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE :

- 1 Appleby L, Turnbull G. Parasuicide in the first postnatal year. *Psychol Med.* sept 1995;25(5):1087-90
- 2 Babu GN, Subbakrishna DK, Chandra PS. Prevalence and correlates of suicidality among Indian women with post-partum psychosis in an inpatient setting. *Aust N Z J Psychiatry.* nov 2008;42(11):976-80.
- 3 Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* oct 1974;125(0):355-73.
- 4 Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(5):595-9.
- 5 Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry.* août 1996;153(8):1009-14.
- 6 Benyamina A. Pathologie duelle, actualités et perspectives. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2018;176(8):742-5.
- 7 Bodnar-Deren S, Klipstein K, Fersh M, Shemesh E, Howell EA. Suicidal Ideation During the Postpartum Period. *J Womens Health.* 1 déc 2016;25(12):1219-24.
- 8 Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal Risks of Untreated Depression during Pregnancy. *Can J Psychiatry.* nov 2004;49(11):726-35.
- 9 Bouchiat-Couchouren S, Geraud-Welby M-C, Caillet L, Adam P, Walter M. Suicidal crises at the time of motherhood. 2009;59:8.
- 10 BOUVIER-COLLE Marie-Hélène (Responsable de l'enquête), Catherine DENEUX-THARAUX, Monica del Carmen SAUCEDO. Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf [Internet]. Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009. 2013 [cité 29 juill 2019]. 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>
- 11 Bowlby J. Attachment and loss. 2nd ed. New York: Basic Books; 1999. 1 p.
- 12 Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord.* 1 juill 2006;93(1):233-7.
- 13 Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet PSY.* 2001;n° 63(3):30-3.
- 14 Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2015;44(10):1152-6.

15. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* avr 2003;33(3):395-405.
16. Comtois KA, Schiff MA, Grossman DC. Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *Am J Obstet Gynecol.* août 2008;199(2):120.e1-120.e5.
- 17 Cortenbosch BV, Parmentier D, Roy J-P, Devisme L, Houssaye C, Dumoulin M, et al. Questions pratiques en cas de survenue d'un décès maternel. /data/revues/16374088/v8i1/S1637408808002356/ [Internet]. 12 févr 2009 [cité 2 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/200831>
18. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 1987;150:782-6.
- 19 Dennis C-L. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord.* 1 févr 2004;78(2):163-9.
20. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* mai 2000;182(5):1080-2.
21. Fergerson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: can we do better? *Am J Obstet Gynecol.* mai 2002;186(5):899-902.
22. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 [cité 26 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/>
- 23 GILLES A. La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine [Internet]. [Toulouse]; 2015 [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1158/1/2015TOU32082.pdf>
24. Guerra Benute GR, Yamamoto Nomura RM, Ferreira Jorge VM, Nonnenmacher D, Junior RF, de Lucia MCS, et al. Risk of suicide in high-risk pregnancy: an exploratory study. *Rev Assoc Médica Bras Engl Ed.* sept 2011;57(5):570-4.
- 25 Gressier F, Corruble E. Psychotropes et grossesse. 2011;3.
- 26 Guillard V, Gressier F. Suicidalité en période périnatale. *Presse Médicale.* Juin 2017;46(6):565-71.
- 27 Hawton K, Witt K, Taylor T, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 13 juill 2016;3:740–750.
28. Healey C, Morriss R, Henshaw C, Wadoo O, Sajjad A, Scholefield H, et al. Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: an audit study. *Arch Womens Ment Health.* juin 2013;16(3):237-45.

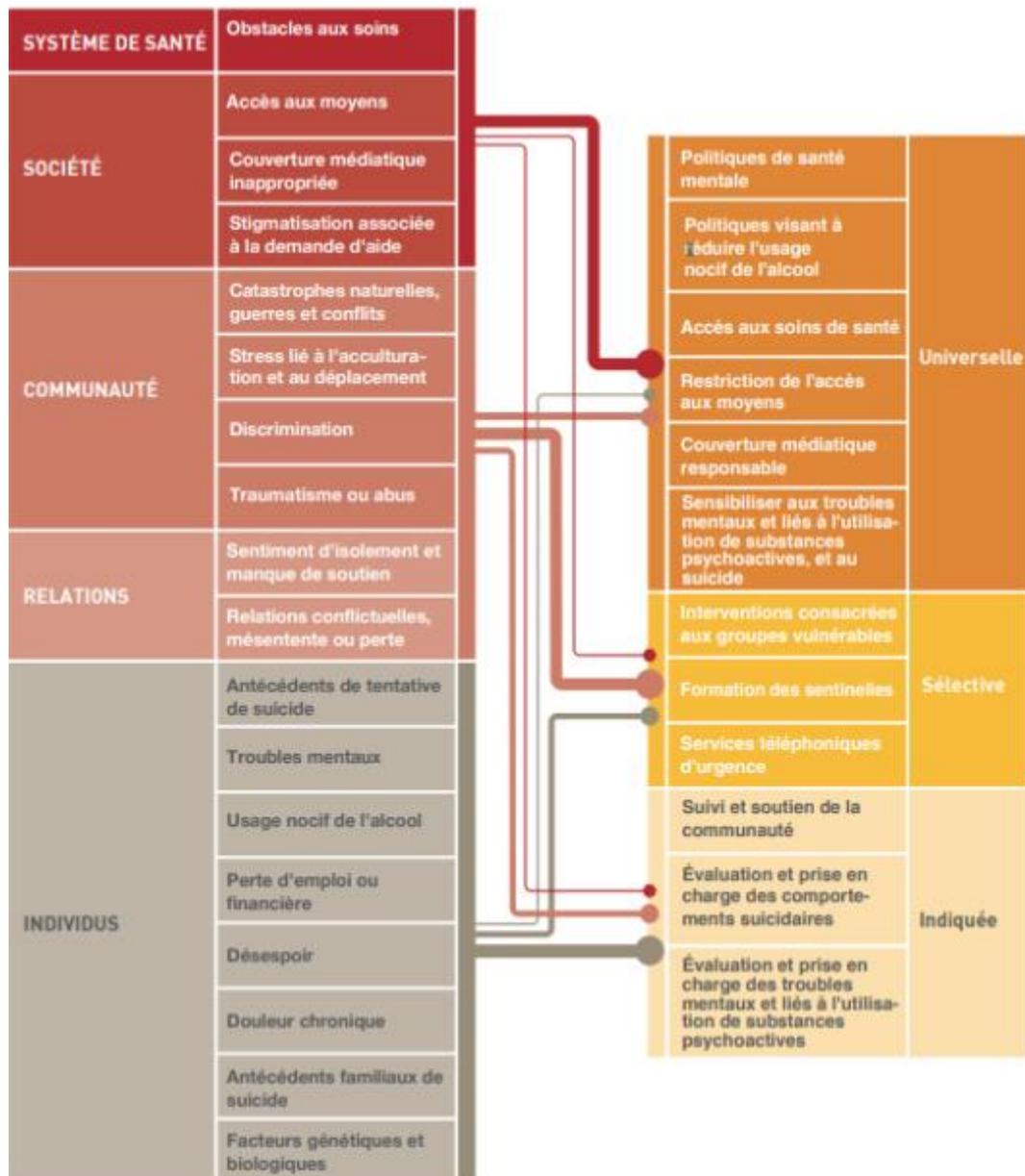
29. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. déc 2011 [cité 3 avr 2019];11(1). Disponible sur: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-57>
- 30 Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1 août 2002;59(8):741-9.
31. Katell Faure, Matthieu Legras, Dr Anne-Sophie Chocard, Pr Philippe Duverge. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Rev Prat*. 2008;58:8.
- 32 Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health*. déc 2003;57(12):993.
33. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. 2012 2010;231.
- 34 Mahadevaiah M, Nayak RB. Blue Whale Challenge: Perceptions of First Responders in Medical Profession. *Indian J Psychol Med*. 2018;40(2):178-82.
35. MANZANO J. Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles. Chêne-Bourg (Suisse): Médecine et hygiène; 1996. 167 p.
- 36 Mauri M, Oppo A, Borri C, Banti S, PND-ReScU group. SUICIDALITY in the perinatal period: comparison of two self-report instruments. Results from PND-ReScU. *Arch Womens Ment Health*. févr 2012;15(1):39-47.
- 37 Nauze-Fichet E. Rapport Insee Première: Un premier enfant à 28.5 ans en 2015: 4.5 ans plus tard qu'en 1974. 2017.
38. Nezelof S, Ropers G, Duquet A. Soins psychiques en périnatalité. Qui demande quoi ? À qui ? Et pourquoi ? *Enfances Psy*. 1 mars 2006;no 30(1):20-8.
39. Novella C. La grossesse de femmes porteuses de schizophrénie: regards croisés de patientes et de médecins sur une situation aux enjeux majeurs. [Grenoble]; 2017.
40. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull*. 2018;12.
- 41 Observatoire national du suicide, 3ème rapport. [Internet]. 2018 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
- 42 OMS | Premier rapport de l'OMS sur la prévention du suicide [Internet]. WHO. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/>
43. 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 [Internet]. 12 août 2016 [cité 3 avr 2019];7. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsy.2016.00138/abstract>
44. Paesmans C. Les enfants en deuil par suicide. *Etudes Sur Mort*. 2005;no 127(1):101-15
 45. Petersen PE. World Health Organization. Organisation Mondiale de la Sante. *Community Dent Oral Epidemiol*. déc 2003;31(6):471-471.
 46. Proia-Lelouey N, Schvan C. Processus de maternalité chez les femmes accueillies en centre maternel : de la passivation à la subjectivation. *Cah Psychol Clin*. 6 oct 2011;n° 37(2):165-79.
 47. Projet Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté Schéma Régional de Santé [Internet]. 2018 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PRS2_BFC_SRS-2_1%C3%A8re_Partie.pdf
 48. Romano H, Marty J, Baubet T, Moro M-R. Bébés en deuil et processus psychique du deuil dans la prime enfance (zéro-deux ans). </data/revues/00034487/v171i3/S0003448711002708/> [Internet]. 29 mars 2013 [cité 2 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/798364>
 49. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2009;13(4):303-16.
 - 50 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*. mars 2018;261:298-306.
 - 51 Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2012;9(1):123-38.
 52. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [Internet]. Statistics Solutions. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.statisticssolutions.com/state-trait-anxiety-inventory-stai/>
 - 53 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *Rev Sage-Femme*. déc 2007;6(4):216-8.
 54. Sutter-Dallay A-L. De Louis-Victor Marcé à Thérèse Lempérière, les origines françaises de la Psychiatrie périnatale. </data/revues/00034487/v173i9/S0003448715002929/> [Internet]. 9 nov 2015 [cité 29 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1013376>
 - 55 Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The Representation of Suicide on the Internet: Implications for Clinicians. *J Med Internet Res* [Internet]. 26 sept 2012 [cité 7 août 2019];14(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510719/>

ANNEXES

Annexe 1 : Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes (42)

(L'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux pour différentes catégories de facteurs de risque.)



Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

La suicidalité en période périnatale

Chers confrères, chers collègues,

J'effectue un travail de thèse concernant l'évaluation des facteurs de risque de suicide en période périnatale (de la conception au 12 mois de l'enfant).

Je vous remercie pour l'aide que vous m'apporterez dans vos réponses.

Adresse e-mail

1a) Quelle est votre profession ?

1b) Quel est votre âge ?

2) Selon vous, quel est le nombre de décès maternels environ, (péri et post natals) par suicide, recensés en France entre 2007 et 2009 ?

- 10
- 20
- 60
- 100
- Autre :

3) Epidémiologie : selon vous quel est le pourcentage environ, de femmes souffrant de dépression du post-partum en France actuellement ?

- 1%
- 4%
- 12%
- 25%
- Autre :

4) Recherchez-vous systématiquement des pensées suicidaires au cours de l'entretien prénatal précoce ?

- oui
- non
- non concerné
- Autre :

5) Connaissez-vous l'échelle EPDS (Edinburgh Post natale Depression Scale)?

- oui
- non
- Autre :

6) Si oui, avez-vous déjà fait passer cette échelle à vos patientes ?

- oui
- non
- Autre :

7) Pensez-vous que l'âge maternel joue un rôle dans la suicidalité en post-partum ?

- oui
- non

8) Pensez-vous que les caractéristiques socio- économiques jouent un rôle dans la suicidalité en post-partum ? Si oui, quelle est selon vous la caractéristique la plus pertinente ?

- oui
- non
- commentaires:
- Autre :

9) Pensez-vous que les traumatismes maternels dans l'enfance jouent un rôle dans la suicidalité en post-partum ?

- oui
- non
- Autre :

10) Pensez-vous être à jour dans vos connaissances sur ce sujet ?

- oui
- non

11) Si une formation sur le sujet était proposée, l'accepteriez-vous ?

- oui
- non
- Autre :

Annexe 3 : Echelle EPDS

Date du jour :	Lieu de consultation :
Votre nom :	Nom du consultant :
Votre prénom :	Date de naissance de votre bébé :
Votre date de naissance :	Votre N° de Tel :
Votre adresse :	

Questionnaire EPDS d'évaluation d'un état dépressif « Edinburg Postnatal Scale »

Vous venez d'avoir un bébé.
Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant le chiffre correspondant à la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

(1-) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 Absolument pas

(2-) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

(3-) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

- 3 Oui, vraiment souvent
- 2 Oui, parfois
- 1 Non, pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

(6-) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- 3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- 2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

(7-) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

(9-) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Seulement de temps en temps
- 0 Non, jamais

(10-) Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- 3 Oui, très souvent
- 2 Parfois
- 1 Presque jamais
- 0 Jamais

Annexe 4 : Echelle de l'anxiété STAI

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-B

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date de passation : _____

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GENERALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

	Presque Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable	•	•	•	•
22. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)	•	•	•	•
23. Je me sens content(e) de moi	•	•	•	•
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres	•	•	•	•
25. J'ai un sentiment d'échec	•	•	•	•
26. Je me sens reposé(e)	•	•	•	•
27. J'ai tout mon sang-froid	•	•	•	•
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	•	•	•	•
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance	•	•	•	•
30. Je me sens heureux (heureuse)	•	•	•	•
31. J'ai des pensées qui me perturbent	•	•	•	•
32. Je manque de confiance en moi	•	•	•	•
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	•	•	•	•
34. Je prends facilement des décisions	•	•	•	•
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur	•	•	•	•
36. Je suis satisfait(e)	•	•	•	•
37. Des idées sans importance trotant dans ma tête me dérangent	•	•	•	•
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	•	•	•	•
39. Je suis une personne posée, solide, stable	•	•	•	•
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	•	•	•	•

TITRE DE LA THESE : LA PREVENTION DU SUICIDE EN PERINATALITE

AUTEUR : MARIE-CECILE MUTELET-CHEVALLEY

RESUME : Le suicide survenant en période périnatale est une problématique peu abordée jusqu'à aujourd'hui. En effet, la grossesse et la naissance d'un enfant sont des éléments considérés comme protecteurs vis-à-vis de l'autolyse. Cependant le suicide est aujourd'hui la première cause de décès de la femme en période de maternité dans les pays développés, selon les dernières données épidémiologiques. Un certain nombre de facteurs de risque suicidaires ont été mis en évidence ; leur connaissance et leur recherche par les professionnels de santé peuvent permettre une prévention efficace.

Nous avons souhaité tester les connaissances des professionnels de la périnatalité à travers la réalisation d'un questionnaire. L'étude réalisée nous montre un défaut d'informations des soignants, toutes catégories confondus. La volonté exprimée des professionnels à suivre une formation nous invite à repenser le système de prévention. Nous avons mis au point un support pédagogique, en ligne, à la disposition des professionnels, permettant une Evaluation de la Pratique Professionnelle ou EPP, à propos de la prévention du suicide en population périnatale.

MOTS-CLES : SUICIDE - PERINATALITE – ENQUÊTE – FORMATION - PREVENTION