



HAL
open science

Suicidalité en période périnatale : quels sont les facteurs associés ?

D. Dejean, C. Chan-Chee, G. Legendre, A. Picard, A. Krembel, P. Gillard, B. Gohier, P. Duverger, E. Riquin

► To cite this version:

D. Dejean, C. Chan-Chee, G. Legendre, A. Picard, A. Krembel, et al.. Suicidalité en période périnatale : quels sont les facteurs associés ?. *L'Encéphale*, 2022, 48 (2), TT - Suicidalité en période périnatale : quels sont les facteurs associés ?. 10.1016/j.encep.2021.02.007 . hal-03661620

HAL Id: hal-03661620

<https://hal.science/hal-03661620v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Suicidalité en période périnatale : quels sont les facteurs associés ?

Suicidality in the perinatal period: descriptive study on factors associated with suicidal ideation among women hospitalized in the perinatal period at the specialized hospital center

Delphine DEJEAN, MD¹, Dr Christine CHAN-CHEE, MD², Guillaume LEGENDRE, MD-PHD³, Aline PICARD, MD⁴, Aude KREMBEL, MD⁵, Philippe GILLARD, MD³, Bénédicte GOHIER, MD-PHD^{1,6}, Philippe DUVERGER, MD-PHD^{6,7}, Elise RIQUIN, MD^{6,7,8,9*}

- 1 - Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU d'Angers, 4, Rue Larrey, 49933 ANGERS cedex 9, FRANCE
- 2 - Direction Santé Environnement Travail, Agence nationale de santé publique, 12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex
- 3 - Service de gynécologie obstétrique, CHU Angers, 4, Rue Larrey, 49933 ANGERS cedex 9, FRANCE
- 4 - Service de psychiatrie périnatale, CHRU de Lille, 2 Rue André Verhaeghe, 59037 Lille
- 5 - Centre Roger Misès - Secteur Psychiatrie Infanto-Juvenile Ouest, 33 Rue de la Charnasserie, 49100 Angers
- 6 - Laboratoire de Psychologie, LPPL EA4638, Université d'Angers, Maison des sciences humaines, 5 bis Boul evard Lavoisier 49045 ANGERS CEDEX 01, France
- 7 - Service de Psychiatrie de L'Enfant et de l'Adolescent, CHU d'Angers, 4, Rue Larrey, 49933 ANGERS cedex 9, FRANCE
- 8 - Unité Mitovasc, UMR CNRS 6015-INSERM 1083, 3 Rue Roger Amsler, 49100 Angers, France
- 9 - Fondation Santé des Etudiants de France, Centre Pierre Daguet, Route du Mans, 72302 Sablé-sur-Sarthe

* Auteur correspondant : Elise Riquin

Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Angers, 4, Rue Larrey, 49933 ANGERS cedex 9, FRANCE

E-mail: elise.riquin@hotmail.fr

RÉSUMÉ

Objectifs : Le suicide est la première cause de mortalité maternelle dans les pays à ressources élevées. L'apparition d'idées suicidaires est un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire. La suicidalité impacte la relation mère-bébé et le développement de l'enfant. L'objectif principal de l'étude était d'identifier les facteurs associés aux idées suicidaires en période périnatale chez les femmes hospitalisées en secteur spécialisé. Les objectifs secondaires étaient de décrire cette population spécifique et d'élaborer une trame d'entretien afin d'évaluer les facteurs de risque de suicide et d'orienter les patientes vers les dispositifs de périnatalité existants. **Méthodes :** Étude descriptive et rétrospective réalisée dans un Centre Hospitalier Spécialisé portant sur les femmes hospitalisées en période périnatale entre 2014 et 2019. Les critères d'inclusion étaient : être enceinte ou en *post-partum* dans un délai maximal d'un an après l'accouchement et être âgée entre 16 et 43 ans. Les dossiers informatisés ont été retrouvés grâce à une recherche par mots-clés. **Résultats :** L'échantillon comptait 25 patientes enceintes et 57 patientes en post-partum. La présence d'un antécédent psychiatrique multipliait par 4,38 le risque de survenue des idées suicidaires ($p < 0,03$). Un tiers des patientes présentaient un motif d'admission en lien avec la suicidalité. Moins d'un tiers des patientes étaient orientées vers les dispositifs de psychiatrie périnatale existants. **Conclusions :** La prévention du suicide en période périnatale est une priorité, une vigilance particulière doit être portée aux femmes ayant un antécédent psychiatrique. La prise en charge par des équipes spécialisées en périnatalité est essentielle.

Mots-clés : suicide, idées suicidaires, mortalité maternelle, périnatalité

ABSTRACT

Objectives: Suicide is the leading cause of maternal mortality in high-resource countries. The onset of suicidal ideation is a major risk factor for suicide attempts. Suicidality has a major impact on the mother-baby relationship and on child development. The main objective of the study was to identify factors associated with the occurrence of perinatal suicidal ideation in women requiring hospitalization. The secondary objectives of the study were to describe the socio-demographic and clinical characteristics of this specific population, to specify the follow-up procedures at hospital discharge and to develop a semi-directed interview framework for psychiatric evaluation of perinatal patients admitted to a psychiatric hospital in order to better identify those at risk of suicide and improve overall management, particularly in terms of referral to existing perinatal care services. **Methods:** Descriptive and retrospective study carried out at the Specialized Hospital Center of women hospitalized in the perinatal period between 2014 and 2019. The inclusion criteria were: inpatient pregnant or postpartum within one year of delivery, 16 to 43 years. A keyword search was performed to retrieve the computerized records. All records matching the inclusion criteria were included. We studied the occurrence of suicidal ideation according to the main known clinical and socio-demographic risk factors. **Results:** The sample included 25 pregnant patients and 57 *post-partum* patients. The presence of a psychiatric history increased the risk of suicidal ideation by 4.38 ($p < 0.03$). The association between the occurrence of a stressful life event and the risk of suicidal ideation onset was close to significant ($p < 0.10$). One third of the patients had been admitted for a reason related to suicidality. Less than one-third of the patients had been referred to existing perinatal services. **Conclusions:** Suicidality in the perinatal period has a major impact on the dyad as well as on the whole family. The search for suicidal ideas must be systematic during psychiatric interviews, a fortiori when a psychiatric history has been authenticated. Every patient hospitalized in adult psychiatry should be referred to specialized outpatient perinatal psychiatry services. Prevention involves raising awareness and training of all health professionals, networking, but also informing the general public.

Keywords : suicide, suicidal ideation, maternal mortality, perinatality

Introduction

La période périnatale a longtemps été considérée comme une période protectrice vis-à-vis du suicide [1]. Or le suicide figure parmi les premières causes de mortalité maternelle [2]. Les décès tels que les suicides n'étaient pas considérés comme des morts maternelles dans la Classification Internationale des Maladies, neuvième édition, et étaient alors exclus d'une grande partie des études de mortalité maternelle. La problématique du suicide était donc sous-estimée voire ignorée en période périnatale.

L'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) étudie l'ensemble des décès maternels en France. Dans le quatrième rapport de l'ENCMM concernant la période de 2007-2009, trois suicides survenus dans un contexte de dépression ont été retenus comme des morts maternelles [5]. Dans le cinquième rapport de l'ENCMM portant sur la période 2010-2012, onze suicides ont été classés parmi les morts maternelles sur les 256 décès recensés, un décès survenu dans un contexte de dépression du *post-partum*, et dix décès survenus dans un contexte de pathologie psychiatrique préexistante décompensée par la grossesse [3]. Depuis 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de classer tous les suicides survenant pendant la grossesse et jusqu'à 42 jours du *post-partum* comme mort maternelle [4]. Si la règle de l'OMS de 2012 avait été appliquée pour le quatrième rapport de l'ENCMM, 62 suicides auraient été recensés. Les suicides auraient représenté 20 % des morts maternelles, ce qui en aurait fait la première cause de mortalité maternelle [5].

Selon Oates (2003), plus de deux tiers des femmes suicidées en période périnatale souffraient d'une pathologie psychiatrique. En post-natal, plus de la moitié des femmes suicidées étaient atteintes par un trouble psychiatrique sévère, et pour la moitié d'entre elles, le décès aurait pu être évité si cette pathologie avait été identifiée et traitée [6]. Une méta-analyse de 2016 menée par Orsolini *et al.* souligne plusieurs facteurs de risque suicidaire en période périnatale: l'isolement, la grossesse non désirée, les violences conjugales aussi bien psychologiques, physiques que sexuelles, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les inégalités sociales [7]. Les troubles psychiatriques maternels et la suicidalité qui en découle ont un impact délétère sur les interactions précoces de la dyade, et sont à risque de conséquences négatives sur le développement du nourrisson et à plus long terme de l'enfant et de l'adolescent [2,8,9].

La réduction de la mortalité maternelle fait partie des 100 objectifs de santé publique [10]. La rareté des décès rend nécessaire de disposer d'indicateurs de morbidité maternelle. Quant à la suicidalité, le facteur

de risque le plus important à considérer pour déterminer un risque de tentative de suicide ou de décès par suicide est la présence d'idées suicidaires [11].

Objectif principal

L'objectif principal était d'identifier les facteurs associés à la présence d'idées suicidaires au sein d'une population spécifique, celle des femmes hospitalisées en période périnatale dans un Centre Hospitalier Spécialisé.

Objectifs secondaires

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

Méthodes

Population

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

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

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

Recueil de données

Les dossiers médicaux des patientes concernées ont été extraits en utilisant les mots-clés suivants : « grossesse », « enceinte », « aménorrhée », « fœtus » « prénatal », « anténatal », « partum », « PMA » et « FIV ». Un dossier était extrait à partir du moment où l'un de ces mots-clés y était retrouvé. Tous les

dossiers incluant au moins un des mots-clés étaient extraits. L'extraction des dossiers a pris fin le 5 novembre 2019.

À la suite de la recherche par mots-clés, 509 dossiers ont été extraits du logiciel informatique CRISTAL-NET. Quarante-deux dossiers de patientes en période périnatale ont été identifiés. Deux dossiers ont été exclus, l'un car une interruption volontaire de grossesse (IVG) a été réalisée lors du séjour et l'autre car la patiente était en cours de PMA, présentait un taux d'HCG à 114 UI mais n'était pas considérée comme enceinte.

Une fiche de recueil de données a été élaborée et comportait différentes parties : caractéristiques socio-démographiques et cliniques et des informations sur le suivi et les liens avec les différents acteurs de santé notamment avec les deux services spécialisés en psychiatrie périnatale. Une des unités s'occupe uniquement des femmes pendant la grossesse. Une fiche de recueil de données était complétée pour les 82 dossiers remplissant les critères d'inclusion.

Traitement des données et analyses statistiques

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

Pour les variables catégorielles, les pourcentages ont été calculés sur les effectifs renseignés et présentés avec leur intervalle de confiance à 95 % (IC à 95 %). En analyses bivariées, les comparaisons ont été faites avec le test d'indépendance du Chi-deux de Pearson (ou le test de Fisher lorsque l'effectif théorique dans une des catégories étudiées était inférieur à cinq), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Les rapports de cote (OR) ainsi que leurs IC à 95 % sont présentés.

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

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

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

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

Sur le plan socio-démographique

L'échantillon comptait 82 patientes hospitalisées en période périnatale : 25 durant la grossesse et 57 au cours du post-partum. Un quart des femmes rapportaient un isolement (25,7 %). L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques est inscrit dans le tableau 1. Pour presque la moitié des patientes, aucune information sur le géniteur n'était disponible (46,3 %). Sur les 25 patientes enceintes, on dénombre dix patientes hospitalisées au premier trimestre et au deuxième trimestre et quatre patientes au troisième trimestre. Pour une patiente, l'information était indisponible. La grossesse était désirée dans 57,1 % des cas, néanmoins le nombre de données manquantes est important pour cette variable (44,0 %).

Concernant les patientes en post-partum, le délai moyen d'hospitalisation après l'accouchement était de 4,2 mois. La grossesse était désirée dans 45,0 % des cas mais cette variable était peu renseignée (64,9 %). Une complication lors de l'accouchement était retrouvée chez 10,5 % des patientes. Pour la moitié des femmes, le mode d'accouchement n'était pas renseigné (52,6 %). Un tiers des patientes étaient concernées par des événements de vie stressants (31,6 %). Les caractéristiques des patientes en *post-partum* sont détaillées dans le tableau 2.

Sur le plan clinique

Plus d'un tiers des patientes avaient un motif d'hospitalisation en lien avec la suicidalité : 25,6 % venaient pour des idées suicidaires et 8,5 % à la suite d'une tentative de suicide. L'ensemble des caractéristiques cliniques est détaillé dans le tableau 1. Au sein de l'échantillon, 84,2 % des patientes avaient un antécédent psychiatrique. Plus de la moitié des femmes avaient une pathologie psychiatrique connue ou avaient été atteintes d'une pathologie psychiatrique au cours de leur vie (58,5 %). Un cinquième des patientes avaient déjà fait une tentative de suicide (20,7 %). Presque la moitié des femmes avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie (45,1 %). Les antécédents addictologiques personnels n'étaient pas mentionnés

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

Plus de la moitié des patientes enceintes ont eu des idées suicidaires pendant la grossesse (56,0 %). Plus de la moitié des patientes en période postnatale ont eu des idées suicidaires durant le *post-partum* (56,1 %).

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

Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents étaient les suivants : troubles névrotiques, troubles liés aux facteurs de stress et troubles somatoformes (42,6 %), et troubles de l'humeur (21,9 %). Le trouble schizophrénique était moins représenté (8,5 %).

Comparaison : patientes enceintes versus post-partum

La répartition des caractéristiques socio-démographiques et des antécédents psychiatriques des patientes selon le moment de la période périnatale est présentée dans le tableau 3. Un antécédent psychiatrique était retrouvé chez 80,0 % des femmes enceintes et chez 77,2 % des femmes en post-partum. Un antécédent de tentative de suicide était mentionné chez un quart des femmes enceintes (24,0 %) et un cinquième des femmes en *post-partum* (19,3 %). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les deux groupes.

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

La présence d'idées suicidaires périnatales en fonction de facteurs de risque connus sur l'ensemble des femmes hospitalisées est présentée dans le tableau 4. Dans notre échantillon, 56,1 % des femmes (n=46) ont présenté des idées suicidaires. Parmi les patientes ayant eu des idées suicidaires en période périnatale, 82,6 % (n=38) avaient un antécédent psychiatrique, 6,5 % (n=3) n'en avaient pas et pour cinq patientes (10,9 %), l'information était indisponible. Les patientes avec un antécédent psychiatrique étaient proportionnellement plus nombreuses à avoir des idées suicidaires (59,4 %) que celles qui n'avaient pas d'antécédent psychiatrique (25,0 %). Une association statistiquement significative est retrouvée entre ces

deux variables ($p < 0,03$). La présence d'un antécédent psychiatrique multipliait par 4,38 le risque de survenue d'idées suicidaires en période périnatale. La présence d'idées suicidaires périnatales était retrouvée chez presque trois quarts des patientes (72,2 %) en *post-partum* qui avaient été touchées par un événement de vie stressant contre 48,7 % de celles qui n'en avaient pas eu ; cette différence est proche de la significativité ($p < 0,10$). Le reste des analyses bivariées comparant la survenue d'idées suicidaires avec les autres variables ne retrouve pas de différence statistiquement significative.

Suivi et lien avec les différentes structures

Un suivi était prévu pour 96,1 % des patientes. La majorité des patientes étaient orientées vers un Centre Médico-Psychologique (77,5 %). Quant aux liens avec les différentes structures, moins d'un tiers des patientes enceintes étaient orientées vers le service de psychiatrie périnatale destiné aux femmes enceintes (28,0 %). Sur l'ensemble des patientes, 23,2 % des patientes étaient dirigées vers le service spécialisé en psychiatrie périnatale prenant soin des femmes enceintes et des femmes en *post-partum*. Un lien avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) était mentionné pour 25,6 % des patientes. L'ensemble de ces informations est détaillé dans le tableau 5.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'identifier des facteurs associés à la survenue d'idées suicidaires en période périnatale chez les femmes hospitalisées dans un hôpital psychiatrique. La présence d'un antécédent psychiatrique multipliait par 4,38 le risque d'apparition d'idées suicidaires en période périnatale ($p < 0,03$). Il s'agissait d'un lien nettement mis en évidence dans la littérature [2,12]. Dans cette étude, 82,6 % des patientes ayant eu des idées suicidaires en période périnatale présentaient un antécédent psychiatrique. Les antécédents psychiatriques doivent donc être recherchés en période périnatale et notamment durant la grossesse, par les sages-femmes ou les gynécologues obstétriciens [13]. L'association entre la survenue d'un événement de vie stressant et le risque d'apparition d'idées suicidaires est proche de la significativité ($p < 0,10$), ce qui souligne l'importance de la prise en compte du contexte de vie des femmes en période périnatale [14].

Dans notre échantillon, la majorité des patientes étaient en couple (84,2 %), un statut décrit comme protecteur en période périnatale dans la littérature [15], surtout lorsque la relation conjugale est jugée

satisfaisante par la patiente [16]. Un quart des patientes souffraient d'isolement (25,7 %), un faible support social est également un facteur de risque de suicidalité en période périnatale [2,7]. La plupart des patientes de notre échantillon étaient nées en France (78,9 %), l'importance du pays de naissance est soulignée dans le cinquième Rapport de l'ENCMM qui révèle que 32 % des morts maternelles sont survenues chez des femmes nées hors de France, avec une nette surreprésentation des femmes d'Afrique subsaharienne.

Dans cet échantillon, un tiers des patientes avaient été hospitalisées pour un motif en lien avec la suicidalité. Plus de la moitié des patientes ont présenté des idées suicidaires pendant la grossesse et/ou pendant le *post-partum* (56,1 %). Une étude réalisée par Celik *et al.* publiée en 2015 retrouvait une prévalence des idées suicidaires de 3,8 % chez les femmes en période périnatale [17]. Cette prévalence est bien plus basse que celle de notre échantillon, mais cette étude ne concernait pas des patientes hospitalisées. Un cinquième des patientes avaient réalisé une tentative de suicide dans le passé (20,7 %). Le dernier rapport de l'Observatoire National du Suicide rappelle qu'un antécédent de tentative de suicide est un facteur de risque majeur : il multiplie par vingt le risque de suicide dans l'année suivant la tentative [18]. Presque la moitié des patientes avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie (45,1 %). Les antécédents personnels semblent avoir un poids important : un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie multiplierait le risque de tentative de suicide dans le *post-partum* par 27 [19]. Dans notre étude, la primiparité n'est pas associée à la survenue d'idées suicidaires. Dans la littérature, la primiparité est régulièrement mentionnée comme un facteur de risque de suicide en périnatalité [7], mais certaines études soulignent au contraire le retentissement de la multiparité sur la suicidalité périnatale [16,20].

Dans notre échantillon, une complication lors de l'accouchement était décelée chez 10,5 % des patientes. La recherche d'un accouchement potentiellement traumatique doit être réalisée. Kim *et al.* ont souligné l'augmentation du risque d'apparition des idées suicidaires en cas de lésions vaginales sévères lors de l'accouchement et ont montré qu'en cas de césarienne programmée le risque de survenue d'idées suicidaires était divisé par 2 [12].

Les antécédents addictologiques personnels n'étaient pas renseignés pour 62,2 % des patientes. La présence de troubles addictologiques tels que le trouble lié à l'usage de l'alcool et le trouble lié à l'usage du tabac est pourtant associée à une augmentation du risque suicidaire [2,7]. Les antécédents de troubles psychiatriques familiaux et de suicide ou tentatives de suicide dans la famille sont des facteurs de risque

suicidaire en période périnatale [7]. Ils n'étaient pas mentionnés dans 54,9 % des dossiers. Les antécédents de violences subies n'étaient pas renseignés dans 65,9 % des cas. Or les antécédents de traumatismes, notamment sexuels dans l'enfance [21,22], et les violences conjugales [23] sont des facteurs de risque de survenue d'idées suicidaires en période périnatale. La notion de grossesse désirée n'était pas recueillie pour 44,0 % des femmes enceintes et 64,9 % des femmes en post-partum, pourtant l'absence de désir de grossesse est un facteur de risque suicidaire en période périnatale [7]. Les antécédents de fausse couche n'étaient pas mentionnés pour 57,3 % des patientes. Plusieurs études soulignent que cet antécédent est corrélé avec une augmentation du risque d'idées suicidaires [16,24]. Un antécédent d'IVG est associé à une majoration du risque d'idées suicidaires notamment chez les adolescentes enceintes [2]. Dans 46,3 % des dossiers, aucune information sur les géniteurs n'était disponible. Une attention particulière doit leur être portée [2].

Moins d'un tiers de l'échantillon total a été dirigé vers les services spécialisés en psychiatrie périnatale. Pour moins de la moitié des femmes enceintes, un lien a été fait avec la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien (40,0 %). Ces chiffres interrogent car les outils existent mais doivent être davantage sollicités. Une fiche d'entretien mentionnant ces deux structures et circulant entre les services de psychiatrie adulte et ces deux structures de périnatalité est un outil à promouvoir pour améliorer notamment l'orientation des patientes (tableau 6). Le recueil précis des informations indisponibles lors du recueil de données a été un élément majeur de la création de cette fiche d'entretien. Le travail en réseau avec les différents professionnels de santé : sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, médecin généraliste, psychiatre, intervenants de la PMI, est essentiel pour améliorer la prise en charge de la dyade [2].

Une étude consacrée à la mortalité maternelle et la morbidité au Royaume-Uni et en Irlande, *The UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2015-2017*, rappelle que le suicide est la deuxième cause de mort maternelle directe entre la fin de la grossesse et les 42 premiers jours du *post-partum* après les causes thrombotiques et thrombo-emboliques et la première cause de mort maternelle directe durant la première année du *post-partum* [25]. Chez les femmes hospitalisées en psychiatrie dans la première année du *post-partum*, le risque de suicide serait multiplié par 70, soulignant l'impact d'un trouble mental sévère sur le risque de décès maternel [26]. Les données de la littérature soulignent le poids des troubles psychiatriques sur la suicidalité périnatale. La présence d'une dépression anténatale multiplie par 11,5 le risque d'idées suicidaires pendant la grossesse [27]. La présence d'une dépression du *post-partum*

augmente la suicidalité [24]. Le dépistage d'un trouble psychiatrique en période périnatale s'avère primordial [2]. L'impact de la suicidalité des femmes sur leur progéniture est notable. Gelaye et al. ont montré que les bébés dont les mères ont eu des idées suicidaires pendant la grossesse avaient un poids de naissance plus faible [28]. Martini et al. ont montré que les enfants de mères ayant été touchées par la suicidalité périnatale avaient des scores plus faibles aux tests neuropsychologiques [15].

Forces et limites de l'étude

L'originalité de notre travail est de s'intéresser à la question de la suicidalité en période périnatale dans un centre hospitalier spécialisé dénué de toute spécificité périnatale. La présence d'idées suicidaires n'entraîne pas systématiquement une hospitalisation en psychiatrie. Nous pouvons penser qu'il s'agit donc d'une population particulièrement à risque. Nous avons tout de même pu mettre en évidence de manière très nette un facteur associé à la survenue d'idées suicidaires, à savoir la présence d'un antécédent psychiatrique. Ce travail ne trouve pas d'équivalent en France. L'étude qui s'en approche le plus est celle parue en 2015, menée par Guillard et al. portant sur les facteurs de risque de tentative de suicide chez les patientes hospitalisées en unités mère-bébé [29].

La limite principale de l'étude est son caractère rétrospectif. Le nombre conséquent de données non renseignées est une autre limite rendant impossible la réalisation de certaines analyses bivariées et par conséquent la mise en évidence d'autres facteurs associés à la survenue d'idées suicidaires par manque de puissance statistique. La mise en lumière de ces informations manquantes a pour but de souligner leur importance et d'en améliorer le recueil pour une meilleure évaluation du risque suicidaire chez les femmes en période périnatale. L'absence de codage diagnostique pour identifier les patientes en période périnatale compromet l'exhaustivité de l'échantillon. La limite d'âge fixée à 43 ans est discutable car une grossesse peut survenir au-delà de cet âge. La non prise en compte de la situation de précarité dans la recherche de facteurs associés à la survenue d'idées suicidaires est à souligner. Néanmoins la précarité n'a été abordée que dans le cinquième rapport de l'ENCMM. La prochaine version de leur questionnaire intégrera de nouveaux items afin de mieux l'identifier [3].

Recommandations

La présence d'idées suicidaires est le principal facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. Son dépistage systématique au cours de l'entretien psychiatrique est essentiel. La recherche d'un trouble

psychiatrique est primordiale et l'orientation vers une des équipes de psychiatrie périnatale doit être proposée aux patientes. La prévention du risque suicidaire en période périnatale est une priorité. Elle passe par une nécessaire mise en lien des différents partenaires. La sensibilisation de tous les professionnels de santé intervenant auprès des femmes en période périnatale est nécessaire [2]. La prise en charge doit être multidisciplinaire. La durée médiane du séjour hospitalier est de 3,5 jours dans notre étude. L'utilisation d'une trame d'entretien (tableau 6) prend tout son sens pour optimiser la collecte des informations, permettre un meilleur repérage des patientes à risque suicidaire et leur proposer une prise en charge adéquate en les orientant vers les dispositifs de psychiatrie périnatale existants. L'échelle *Edinburgh Postnatal Depression Scale* est un outil psychométrique pertinent à utiliser [30]. L'item 10 évalue la présence d'idées suicidaires. La généralisation de la passation de l'échelle pourrait également être une aide. La prise en compte de la précarité est également à soutenir. La non-exhaustivité de la recherche par mots-clés doit conduire à la mise en place d'un codage diagnostique, afin de faciliter le recueil des dossiers en garantissant l'exhaustivité de l'échantillon et ainsi permettre leur exploitation pour de futures études.

Conclusion

Le suicide est la première cause de mortalité maternelle. La suicidalité en période périnatale a un impact majeur sur la dyade. La recherche d'idées suicidaires doit être systématique, *a fortiori* lorsqu'un antécédent psychiatrique a été authentifié. L'orientation vers les services spécialisés en psychiatrie périnatale devrait être questionnée pour chaque patiente hospitalisée en psychiatrie adulte.

Déclarations d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en lien avec cet article.

BIBLIOGRAPHIE

1. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*. 1991;302(6769):137- 40.
2. Guillard V, Gressier F. Suicidalité en période périnatale. *Presse Médicale*. 2017;46(6, Part 1):565- 71.
3. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. 2017;231.
4. World Health Organization, éditeur. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium, IDC MM [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cité 12 avr 2020]. 68 p. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70929/9789241548458_eng.pdf
5. Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>
6. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull*. 2003;67(1):219- 29.
7. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Front Psychiatry*. 2016;7:138.
8. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstet Gynecol*. 2004;104(3):467.
9. Paris R, Bolton RE, Weinberg MK. Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(5):309.
10. 2015 - L'état de santé de la population en France - RAPPO.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
11. Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, Federico M, Mann JJ, Posner K. Prediction of Suicidal Behavior in Clinical Research by Lifetime Suicidal Ideation and Behavior Ascertained by the Electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(09):887- 93.
12. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, et al. Suicide Risk Among Perinatal Women Who Report Thoughts of Self-Harm on Depression Screens. *Obstet Gynecol*. 2015;125(4):885.
13. Riquin E, Lamas C, Nicolas I, Dugre Lebigre C, Curt F, Cohen H, et al. A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *J Affect Disord*. 2019;245:340- 7.
14. Faure K, Legras M, Chocard A-S, Duverger P. Troubles psychiques de la grossesse et du postpartum. *Rev Prat*. 2008;58:8.
15. Martini J, Bauer M, Lewitzka U, Voss C, Pfennig A, Ritter D, et al. Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *J Affect Disord*. 2019;257:518- 26.
16. 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*. 2018;261:298- 306.
17. Celik C, Ozdemir B, Oznur T. Suicide Risk Among Perinatal Women Who Report Thoughts of Self-Harm on Depression Screens. *Obstet Gynecol*. 2015;126(1):216- 7.
18. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage? Penser la prévention et les systèmes d'information, Observatoire national du suicide - 4e rapport / juin 2020 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-quels-liens-avec-le-travail-et-le-chomage-penser-la-prevention-et-les>
19. Comtois KA, Schiff MA, Grossman DC. Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(2):120.e1-120.e5.

20. Farias DR, Pinto T de JP, Teofilo MMA, Vilela AAF, Vaz J dos S, Nardi AE, et al. Prevalence of psychiatric disorders in the first trimester of pregnancy and factors associated with current suicide risk. *Psychiatry Res.* 2013;210(3):962- 8.
21. Zhong Q-Y, Wells A, Rondon MB, Williams MA, Barrios YV, Sanchez SE, et al. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *Am J Obstet Gynecol.* oct 2016;215(4):501.e1-501.e8.
22. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Le H-N. Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in Mexican pregnant women. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. 2015;37(3):203- 10.
23. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(5):741- 51.
24. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Sutter-Dallay A-L. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the *post-partum* period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res.* 2017;84:284- 91.
25. MBRRACE-UK Maternal Report 2019 - WEB VERSION.pdf [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202019%20-%20WEB%20VERSION.pdf>
26. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after *post-partum* psychiatric admission. *Br J Psychiatry.* 1998;173(3):209- 11.
27. Gavin AR, Tabb KM, Melville JL, Guo Y, Katon W. Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2011;14(3):239- 46.
28. Gelaye B, Domingue A, Rebelo F, Friedman LE, Qiu C, Sanchez SE, et al. Association of antepartum suicidal ideation during the third trimester with infant birth weight and gestational age at delivery. *Psychol Health Med.* 2019;24(2):127- 36.
29. Guillard V. Suicidalité en période périnatale : Etude des facteurs de risque de tentative de suicide chez les femmes présentant un trouble psychiatrique en période périnatale [thèse de médecine]. SI. Université de Paris-Sud; 2015.
30. Zhong Q-Y, Gelaye B, Rondon MB, Sánchez SE, Simon GE, Henderson DC, et al. Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(6):783- 92.

Figure 1: Flow-chart

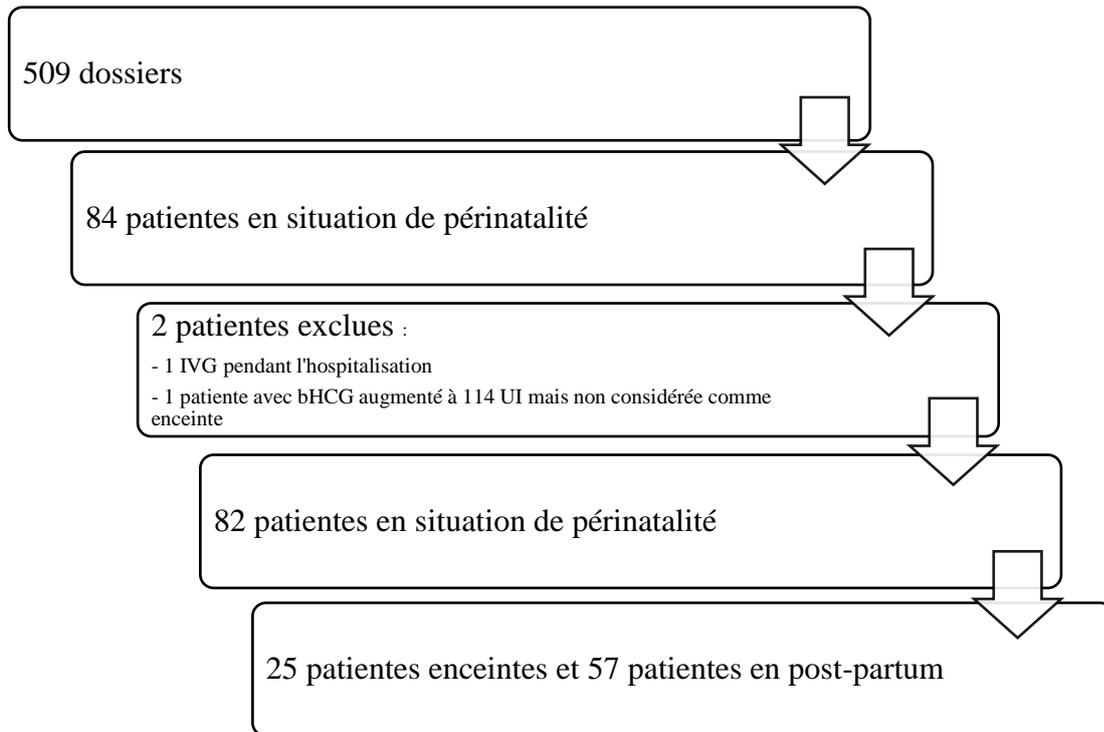


Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques	N=82	
	n / (nombre information disponible par variable)	Moyenne ou % ou [IC95%]
Âge	82 / (82)	30,1 [28,8 ; 31,4]
Née en France	60 / (76)	78,9
Couple	69 / (82)	84,2
Isolement	19 (74)	25,7
Emploi	49 / (78)	62,8
Catégories socio-professionnelles		
· Autres personnes sans activité professionnelle	28 / (72)	38,9
· Employés	26 / (72)	36,1
· Professions intermédiaires	12 / (72)	16,7
· Ouvriers	4 / (72)	5,6
· Agriculteurs exploitants	1 / (72)	1,4
· Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 / (72)	1,4
Mode légal de soins		
· Libre	58 / (82)	70,7
· SDT/SDTU/SPI/SDRE	24 / (82)	29,3
Motif d'admission		
· IDS	21 / (82)	25,6
· Symptomatologie dépressive	17 / (82)	20,7
· Symptomatologie anxieuse	12 / (82)	14,6
· Symptomatologie délirante	10 / (82)	12,2
· TS	7 / (82)	8,5
· Troubles du comportement	7 / (82)	8,5
· Autre	4 / (82)	4,9

· Intoxication éthylique	2 / (82)	2,4
· Symptomatologie maniaque ou hypomaniaque	2 / (82)	2,4
Antécédent psychiatrique	64 / (76)	84,2
Pathologie psychiatrique connue	48 / (82)	58,5
· Trouble dépressif	21 / (45)	46,7
· Trouble psychotique	9 / (45)	20,0
· Trouble de la personnalité	8 / (45)	17,8
· Trouble bipolaire	4 / (45)	8,9
· Trouble anxieux	2 / (45)	4,4
· Trouble du comportement alimentaire	1 / (45)	2,2
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	37 / (82)	45,1
Antécédent de TS	17 / (82)	20,7
IDS grossesse*	14 / (25)	56,0
IDS post-partum**	32 / (57)	56,1
IDS périnatales	46 / (82)	56,1

Abréviations : IC : intervalle de confiance, SDT : soins à la demande d'un tiers, SDTU : soins à la demande d'un tiers en urgence, SPI : soins en péril imminent, SDRE : soins à la demande d'un représentant de l'Etat, IDS : idées suicidaires, TS : tentative de suicide,

* idées suicidaires grossesse renseignées pour 25 patientes ; **Idées suicidaires post-partum renseignées pour 57 patientes,

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes en post-partum

	Post partum (N=57)	
	n (nombre information disponible pour cette variable)	Moyenne [IC95%] ou %
Délai moyen d'hospitalisation après accouchement (en mois)	57 / (57)	4,2 [3,4-4,9]
Grossesse désirée	9 / (20)	45,0
Accouchement par voie basse	13 / (27)	48,1
Césarienne	13 / (27)	48 ,1
Complication lors de l'accouchement	6 / (57)	10,5
Événement de vie stressant*	18 / (57)	31,6
• Séparation avec conjoint	8	14,0
• Hospitalisation en néonatalogie ou problème de santé de l'enfant	8	14,0
• Décès dans l'entourage	3	5,2

*une patiente était touchée par deux événements de vie stressants

Tableau 3 : Comparaison patientes enceintes et patientes en post-partum

	Enceintes		Post-partum		OR (enceintes vs. post partum) [IC95%]	p
	n	% ou moyenne [IC95%]	n	% ou moyenne IC95%		
Âge	25	28,5 [25,8-29,8]	57	30,8 [29,3-31,6]	-	0,12
Née en France	15	60,0	45	79,0	0,33 [0,11 ; 1,04]	0,07
Couple	19	76,0	50	87,7	0,44 [0,13 ; 1,49]	0,20
Isolement	8	34,8	11	21,6	1,94 [0,65 ; 5,75]	0,23
Primiparité	12	48,0	29	50,9	0,89 [0,35 ; 2,28]	0,81
Pathologie psychiatrique connue	13	52,0	35	61,4	0,68 [0,26 ; 1,76]	0,43
Antécédent psychiatrique	20	86,9	44	83,0	1,36 [0,33 ; 5,58]	1,00
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	14	56,0	23	40,4	1,88 [0,73 ; 4,87]	0,19
Antécédent de TS	6	24,0	11	19,3	1,32 [0,43 ; 4,08]	0,63

Abréviations : n : nombre, OR : odds ratio, p : puissance statistique, TS : tentative de suicide

Tableau 4 : Idées suicidaires périnatales de l'échantillon en fonction de facteurs de risque connus

Variables	IDS périnatale+				OR (variable+ vs. variable-) [IC95%]	p
	Variable +		Variable -			
	n	%	n	%		
Née en France	32	53,3	8	50,0	1,14 [0,38 ; 3,44]	0,81
Couple	38	55,1	8	61,5	0,76 [0,23 ; 2,58]	0,67
Isolement	13	68,4	31	56,4	1,68 [0,56 ; 5,06]	0,36
Primiparité	23	56,1	23	56,1	1,00 [0,42 ; 2,39]	1,00
Pathologie psychiatrique connue	27	56,3	19	55,9	1,01 [0,42 ; 2,46]	0,97
Antécédent psychiatrique	38	59,4	3	25,0	4,38 [1,08 ; 17,76]	0,03
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	18	48,7	28	62,2	0,57 [0,24 ; 1,39]	0,22
Antécédent de TS	11	64,7	35	53,9	1,57 [0,52 ; 4,76]	0,42
Complication lors de l'accouchement	2	33,3	30	58,8	0,35 [0,06 ; 2,09]	0,39
Événement de vie stressant	13	72,2	19	48,7	2,74 [0,82 ; 9,16]	0,10

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

Abréviations : IDS : idées suicidaires, n : nombre, OR : odds ratio, p : puissance statistique, TS : tentative de suicide

Tableau 5 : Suivi à la sortie d'hospitalisation et lien avec les différentes structures

	N=82 (sauf *N=25)	
	N / (nombre information disponible par variable)	%
Suivi	74 / (77)	96,1
• CMP	52 / (77)	77,5
• Psychiatrie libérale	14 / (77)	18,1
• Médecin généraliste	2 / (77)	2,6
• SIPAD	18 / (77)	23,4
• Non renseigné	5 / (77)	6,5
Lien avec les différentes structures		
• UMPSP*	7 / (25)	28,0
• CATTP mère-bébé	19 / (82)	23,2
• Sage-femme /gynécologue*	10 / (25)	40,0
• Médecin généraliste	6 / (82)	7,3
• PMI	21 / (82)	25,6

Abréviations : CMP : Centre Médico-Psychologique, SIPAD : Soins Intensifs Psychiatriques A Domicile, UMPSP : Unité Médico-Psychologique et Sociale en Périnatalité, CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel, PMI : Protection Maternelle et Infantile

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

Tableau 6 : Fiche d'entretien

Identité		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nationalité :	Pays de naissance :	
Motif d'admission :		
Mode de vie		
En couple :	Enfants : Combien :	Profession :
Logement privé :	Isolement :	Allocations :
Mesure de protection :	Parcours migratoire :	
Antécédents psychiatriques personnels		
Pathologie psychiatrique connue :	TS :	Hospitalisation en psychiatrie :
Suivi actuel :		
Antécédents addictologiques personnels <i>Préciser si consommation actuelle ou sevrée</i>		
Tabac :	Alcool :	Cannabis :
Cocaïne :	Héroïne :	Autres :
Antécédents psychiatriques familiaux		
Suicide :	TS :	Pathologie psychiatrique :
Pathologie addictologique :		
Antécédents gynécologiques		
GxPx :	Fausse couche :	IVG :
Anamnèse :		
Grossesse actuelle		
Terme grossesse :	Désirée :	PMA :
Suivi régulier :	Hospitalisation en gynécologie pendant la grossesse :	Evénements de vie difficiles : décès dans l'entourage : Séparation avec conjoint :
OU		
Post-partum		
Délai après la naissance :	Grossesse désirée :	PMA :
Suivi de grossesse régulier :	Hospitalisation en gynécologie pendant la grossesse :	Accouchement voie basse : Césarienne :
Complication lors de	Allaitement :	Décompensation d'un trouble

l'accouchement :		psychiatrique pendant la grossesse :
Evénements de vie difficile : -hospitalisation bébé en néonatalogie : -séparation avec conjoint : -décès dans l'entourage :		
Information géniteur		
Age :	Profession :	Tb psychiatrique ou addictologique :
Traitement :		
Violences subies		
Conjugales :	Durant l'enfance : -Physique : -Sexuelle : -Psychologique :	
Précédente(s) grossesse(s)		
Décompensation psychiatrique durant la grossesse :	Décompensation psychiatrique durant le post-partum :	
Examen psychiatrique		
IDS pendant la grossesse :	IDS ce jour :	
Proposition de prise en charge :		
Unité Médico Psycho-Sociale en périnatalité :	CATTP mère-bébé :	

Abréviations : TS : tentative de suicide ; PMA : procréation médicalement assistée