



HAL
open science

**La grossesse chez les femmes présentant une
schizophrénie: difficultés du repérage et de la prise en
charge dans quatre maternités franciliennes de type III
(période 2010 - 2015)**

Emmanuella Castor

► **To cite this version:**

Emmanuella Castor. La grossesse chez les femmes présentant une schizophrénie: difficultés du repérage et de la prise en charge dans quatre maternités franciliennes de type III (période 2010 - 2015) . Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01416386

HAL Id: dumas-01416386

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01416386>

Submitted on 14 Dec 2016

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 - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



USPC
Université Sorbonne
Paris Cité

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 27 Juin 2016

Par

Emmanuella CASTOR

Née le 31/08/1991

LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES PRESENTANT UNE SCHIZOPHRÉNIE

DIFFICULTES DU REPERAGE ET DE LA PRISE EN
CHARGE

Dans quatre maternités franciliennes de type III (période 2010 - 2015)

DIRECTRICES DU MEMOIRE:

GLANGEAUD-FREUDENTHAL Nine
GRESSIER Florence

Psychologue et chercheur CNRS
Psychiatre au CHU de Bicêtre

JURY :

Mme RAYAPPA Claire
M. BERTHO Baptiste
Mme SANA Malika

Sage-femme, Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien
Sage-femme enseignant, Ecole de Baudelocque
Psychiatre, Hôpital Cochin

Mémoire N° 2016PA05MA10

REMERCIEMENTS

Remerciements à mes Directrices du Mémoire tout d'abord à Mme Nine M-C GLANGEAUD-FREUDENTHAL pour son expertise aguerrie de psychologue chercheur en santé mentale périnatale dans une unité INSERM d'épidémiologie périnatale et ensuite au Dr Florence GRESSIER pour son expertise de psychiatre et son implication bienveillante, pour m'avoir accompagnée dans le repérage des cas et l'analyse des données.

Remerciements à Mme Anne CHANTRY, enseignante sage-femme de mon école et à Mme Diane REDEL, sage-femme pour leur disponibilité et leurs conseils pour la réalisation de ce travail.

Remerciements à tous les chefs de services de maternités, Pr François GOFFINET, Pr Hervé FERNANDEZ, Pr Laurent MANDELBROT et Pr Bassam HADDAD de m'avoir permis d'accéder aux données de leurs unités.

Remerciements à toutes les sages-femmes cadres, les responsables du codage et les responsables des archives, Mme Gwenaëlle DETOISIEN, Mme Camille LEBRUN, Mme Noëlle DACHEUX et Mme Lucile CAUBIT pour leur accueil et leur aide dans l'accès aux dossiers de maternité.

Remerciements à tous les psychiatres, Dr Sophie LUSTIG, Dr Marie DE PRADIER D'AGRAIN-DOMAIN et encore une fois Dr Florence GRESSIER et la secrétaire du service psychiatrique Carole MARMY pour leur aide précieuse et leur contribution au recrutement des dossiers.

Remerciements à tous les membres de ma famille : mes parents pour m'avoir inculqué les valeurs du travail acharné et poussé à persévérer au fil des années. A mes tantes et oncles qui m'ont chaleureusement accueillie et soutenue dans mon cursus outre-Atlantique.

Remerciements à mes amis de toujours pour leur soutien inébranlable et à ce petit groupe de camarades rencontrées en maïeutique avec lequel mêmes les pires difficultés ont trouvé leur pointe d'humour.

Remerciements à ALEXIS Jean-Renaud mon ami qui a été ma source de motivation.

RESUME

Contexte : Les politiques de santé mentale et les nouvelles thérapeutiques ont permis une réinsertion des femmes présentant une schizophrénie durant ces 60 dernières années et donc favorisé une l'augmentation du nombre des grossesses au sein de cette population sans qu'on en ait vraiment une prévalence précise. En plus du handicap induit par la pathologie, ces patientes présentent une plus grande précarité socio-professionnelle, diverses comorbidités psychiatriques et plus de complications de grossesse, que la population générale. Les connaissances limitées des professionnels sur la santé mentale périnatale et le défaut de coordination entre les équipes psychiatriques et obstétricales rendent difficile le repérage de ces femmes.

Objectifs : Description des modalités de repérage diagnostic et de prise en charge pluridisciplinaire ; description des caractéristiques médico-socio-psychologiques de l'échantillon, du suivi de grossesse et des issues de santé pour la mère et l'enfant ; discussion de nos résultats avec ceux notamment l'enquête nationale périnatale, en population générale

Matériel & Méthode : une étude rétrospective de toutes les grossesses de femmes identifiées avec un diagnostic de schizophrénie, sur les 6 dernières années (2010-2015), dans 4 maternités franciliennes de type III (Port-Royal, Kremlin Bicêtre, Louis Mourier, Centre Intercommunal de Créteil). Les données proviennent des dossiers de patientes schizophrènes en maternité ou en psychiatrie. Les 4 maternités n'avaient pas de différences significatives pour les principales caractéristiques des patientes incluses et donc la description a été faite sur l'ensemble de l'échantillon

Résultats : 68 patientes schizophrènes ont été incluses, soit 77 grossesses et 80 naissances sur la période. Il existe un déficit dans le repérage de ces grossesses. Les patientes de l'échantillon ont présenté plus de complications obstétricales et néonatales que la population générale des femmes venant d'accoucher.

Conclusion : Nos résultats semblent confirmer les données retrouvées dans la littérature concernant les grossesses chez les patientes schizophrènes. Toutefois, le déficit de repérage de ces grossesses entraine certainement une sous-estimation de la prévalence observée et donc ne permet pas une généralisation de nos résultats à l'ensemble des femmes schizophrènes enceintes. Un travail en réseau et pluridisciplinaire devrait être systématiquement réalisé afin de réduire les difficultés de repérage et d'améliorer le déroulement des grossesses chez les patientes présentant une schizophrénie.

Mots clés : grossesse, schizophrénie, maternité, psychiatrie.

ABSTRACT

Background: Mental health policy and new therapies have enabled rehabilitation of women with schizophrenia during the past 60 years and thus favored an increase of the number of pregnancies in this population, but we don't have the actual prevalence. In addition to the handicap due to pathology, these patients have a higher socio-professional insecurity, more psychiatric comorbidities and pregnancy complications, than the general population. The limited expertise of professionals on perinatal mental health and the lack of coordination between psychiatric and obstetrical teams make the follow-up of those women uneasy.

Objective: Description of diagnostic identification methods and of multidisciplinary care; description of medical, social and psychological characteristics of the sample, for pregnancy and health outcomes for mother and child; discussion of our results with those of the National Perinatal Survey, in general population

Material & Method: It is a retrospective study of all pregnancies of women identified with a diagnosis of schizophrenia over the last 6 years (2010-2015) in 4 type III maternity units (Port Royal, Kremlin Bicêtre, Louis Mourier, Centre intercommunal de Créteil). The data come from records of schizophrenic patients at maternity or psychiatry units. The 4 maternity units had no significant differences in the main characteristics of patients included and thus the description has been made on the entire sample

Results: 68 schizophrenic patients were included; this means 77 pregnancies and 80 births over the period. There is a deficit in the identification of these women. The sample patients had more obstetric and neonatal complications than women in the general population.

Conclusion: Our results seem to confirm the data found in the literature regarding pregnancy in schizophrenic patients. However, deficit of identification of these pregnancies certainly underestimate the observed prevalence and does not allow a generalization of our results to all pregnant women with schizophrenia. A networking and multidisciplinary should be routinely performed to reduce tracking difficulties and improve pregnancy outcomes in patients with schizophrenia.

Keywords: pregnancy, schizophrenia, maternity, psychiatry.

TABLE DES MATIERES

INDEX DES FIGURE ET TABLEAUX.....	8
<i>Figure</i>	8
Lexique	10
INTRODUCTION	12
<i>Contexte</i>	12
<i>La schizophrénie</i>	12
Prévalence internationale et en France : Problème de santé publique	12
Schizophrénie et eugénisme.....	13
Symptomatologie	14
<i>Historique</i>	14
<i>Expression clinique</i>	14
<i>Classifications internationales de référence</i>	15
Schizophrénie et situations de handicap.....	15
<i>Comorbidités</i>	16
<i>Espérance de vie</i>	16
Prise en charge psychiatrique et traitement	16
<i>Schizophrénie : impacts sur la fertilité, sexualité, grossesse et la maternité</i>	17
Sexualité	17
Fertilité	18
Désir de grossesse, désir d'enfant	18
Grossesse.....	19
Maternité et devenir de l'enfant	19
Recommandations nationales sur le suivi de grossesse	20
<i>L'étude : objectifs et hypothèses</i>	21
Hypothèses.....	21
Objectifs.....	21
MATERIEL ET METHODE.....	22
Lieux de recrutement et éthique.....	22
Calcul du nombre de sujets escomptés.....	23
Critères d'inclusion	23
Critères d'exclusion.....	24
Modalité d'inclusion.....	24
Difficultés rencontrées pour le repérage, le recrutement et le recueil de données (Figure 1 : Flow Chart)	24
Variables recueillies	25
Outils et tests statistiques	25
RESULTATS	26
<i>Echantillon</i>	26
Taux de recrutement	26
Distribution des naissances par maternité.....	27

Description de la population	28
<i>Facteurs de vulnérabilité et conduites à risque (voir Tableau 1b)</i>	<i>29</i>
<i>Anamnèse et suivi psychiatrique (voir Tableau 1c)</i>	<i>29</i>
<i>Antécédents obstétricaux (tableau 1d)</i>	<i>29</i>
Mode de survenue, suivi et complications de la grossesse (N=77).....	29
<i>Mode de survenue de la grossesse (Tableau 2a).....</i>	<i>30</i>
<i>Suivi de la grossesse et complications sur le plan obstétrical (Tableaux 2c et 2d)</i>	<i>30</i>
<i>Suivi sur le plan psychiatrique et complications (Tableau 3).....</i>	<i>30</i>
<i>Parturition et accouchement (Tableau 4a).....</i>	<i>31</i>
Issues nouveau-nés (N=80) (Tableau 4b).....	31
<i>Adaptation à la vie extra-utérine</i>	<i>31</i>
Suites de couches (SDC) (Tableau 5a).....	32
DESCRIPTION de notre échantillon et du suivi de grossesse, avec l'Enquête Nationale	
Périnatale	32
Caractéristiques sociodémographiques et conduites à risque	33
Grossesse : survenue, prise en charge, complications	33
Issues : obstétricales, néonatales	35
<i>Parturition et accouchement</i>	<i>35</i>
<i>Issues néonatales</i>	<i>35</i>
<i>Suites de couches</i>	<i>36</i>
DISCUSSION.....	36
<i>Difficultés de repérage et représentativité de l'échantillon</i>	<i>36</i>
Défaut dans le repérage des patientes.....	37
<i>Différences de codage et de contribution des équipes psychiatriques.....</i>	<i>37</i>
<i>Défaut de coordination des professionnels de santé</i>	<i>38</i>
<i>Défaut de connaissance des pathologies psychiatriques</i>	<i>38</i>
<i>Caractéristiques liées à la population</i>	<i>39</i>
Caractéristiques par rapport à la littérature.....	39
<i>Notre échantillon versus l'ENP : qu'en est-il de la littérature ?</i>	<i>40</i>
<i>Limites de l'étude</i>	<i>41</i>
Taille de l'effectif.....	41
Distribution des patientes et comparabilité des maternités.....	41
CONCLUSION	42
<i>Quelques éléments de réponse aux problématiques de repérage et de prise en charge</i>	<i>42</i>
BIBLIOGRAPHIE.....	45
TABLEAUX.....	57

INDEX DES FIGURE ET TABLEAUX

Figure

Figure 1 : Flow Chart du recrutement.....	55
---	----

Tableaux

Tableau 1a : Caractéristiques sociodémographiques (N= 68).....	28
Tableau 1b : Facteurs de vulnérabilités et conduites à risque.....	57
Tableau 1c : Anamnèse et suivi psychiatrique	57
Tableau 1d : Antécédents obstétricaux.....	58
Tableau 2a : Survenue de la grossesse	58
Tableau 2b : Conduites à risque	58
Tableau 2c : Suivi de la grossesse.....	59
Tableau 2d : Complications obstétricales	59
Tableau 3 : Suivi et complications sur le plan psychiatrique.....	60
Tableau 4a : Issues de la grossesse (N=77).....	61
Tableau 4b : Issues pour le nouveau-né (N=80)	61
Tableau 5a : Suivi en post-partum précoce	62
Tableau 5b : Organisation de la sortie de maternité.....	63

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostics de la schizophrénie selon le DSM(V) :.....	49
Annexe 2 : Critères diagnostics de la schizophrénie selon la CIM-10	50
Annexe 3 : Recommandations suivi de grossesse	51
Annexe 4 : Recommandations HAS pour le type de suivi de la grossesse.....	51
Annexe 5 : Différents suivis proposés par l’HAS en fonction des risques pour la grossesse	53
Annexe 6 : Moyenne annuelle des naissances en France métropolitaine sur la période d’étude	54
Annexe 7 : Moyenne annuelle des naissances par maternité sur la période d’étude	54
Annexe 8 : Recommandations de l’HAS pour la PNP	54

Lexique

ALD : AFFECTION LONGUE DUREE

ARCF : ANOMALIE DU RYTHME CARDIAQUE FETALE

AEMO : ACTION EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT

APA : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

CAF : CAISSES D'ALLOCATION FAMILIALES

CIM-10 : VERSION 10 DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

CMP : CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

DSM-V : MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE INTERNATIONAL DES TROUBLES
MENTAUX (VERSION V)

ENP : ENQUETE NATIONALE PERINATALE

EPC : ENTRETIEN PRE-CONCEPTIONNEL

EPP : ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

GO : GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN

HAD : HOSPITALISATION A DOMICILE

HAS : HAUTE AUTORITE DE SANTE

INSERM : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET RECHERCHE MEDICALE

IPP : INFORMATION PREOCCUPANTE

MAP : MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

MVTE : MALADIE VEINEUSE THROMBOEMBOLIQUE

OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

OPP : ORDONNANCE DE PLACEMENT PROVISOIRE

PMI : PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

PMSI : PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION

PNP : PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

SA : SEMAINE D'AMENORRHEE

TISF : TECHNICIEN D'INTERVENTION SOCIAL ET FAMILIALE

UMB : UNITE PSYCHIATRIQUE D'HOSPITALISATION MERE-BEBE

VIH : VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE

Une patiente de la maternité D s'adresse à l'équipe dans un courrier pour expliquer son souhait d'être traitée comme n'importe quelle patiente :

« Pour cette raison, je demande à être traitée comme une femme dont la grossesse s'est bien déroulée et souhaite accoucher dans une unité normale avec une durée d'hospitalisation normale ».

Réponse du médecin de la maternité D en charge de la patiente :

« Elle souhaite que l'équipe porte un regard bienveillant, comme il se doit pour chaque patiente, quels que soient ses antécédents, me rappelle que cette grossesse est bien désirée et réfléchie, qu'elle bénéficie d'un soutien appuyé de son conjoint et de sa famille. A très peur d'être jugée sans raison objective ».

INTRODUCTION

CONTEXTE

La grossesse est une période de la vie d'une femme où se jouent de nombreux remaniements psychiques¹. Cette période nécessite que la femme puisse s'adapter, s'accommoder et se préparer à la venue d'un être nouveau. Or le bon déroulement de ces processus psychologiques peut se trouver entravé s'il préexiste une pathologie psychiatrique telle que la schizophrénie.

Cette pathologie représente une affection fréquente, généralement sévère, hétérogène, d'évolution prolongée et invalidante, appartenant au groupe des psychoses chroniques (délire, perte du sens de la réalité). La symptomatologie est variable d'un patient à l'autre et il existe plusieurs formes cliniques. Plusieurs modes évolutifs sont possibles. La survenue de la schizophrénie repose sur la présence d'éléments génétiques et environnementaux (Krebs, 2014 ; Cazas, 2007).

Les troubles psychiatriques en période périnatale constituent un véritable problème de santé publique du fait de leur prévalence, de leur relative méconnaissance et de leur double retentissement sur la mère et sur l'enfant (Stordeur et Lejoyeux, 2011).

LA SCHIZOPHRENIE

Prévalence internationale et en France : Problème de santé publique

La schizophrénie représente la 8^{ème} cause de handicap chez les 15 à 44 ans en population générale et affecte près de 21 millions de personnes dans le monde (OMS, 2016). Cette psychose se déclare le plus souvent à l'adolescence, entre 15 et 25 ans, et apparait avant l'âge de 40 – 45 ans avec un sexe ratio égal à 1 (Haute couverture & al,

¹ La « maternité » est le processus de maturation psychique que la mère suit en devenant parent, décrit par J-C Racamier (psychiatre et psychanalyste français) au début des années 60.

2006).

En France, en population générale, les données de la littérature, notamment le dossier « schizophrénie » de l'INSERM réalisé par Marie-Odile Krebs, estiment le nombre de personnes atteintes à 600 000 avec une prévalence nationale de la pathologie de 1% et une prévalence internationale à 0.7% (Krebs, 2014).

Cependant, peu d'informations sont disponibles sur ces prévalences et incidences pour les femmes présentant une schizophrénie en période périnatale pendant la grossesse et le postpartum. La survenue de grossesse au sein de cette population interroge, non seulement sur les modalités de la prise en charge du fait de la complexité de la pathologie maternelle, mais aussi l'instauration de la relation mère-enfant et le devenir de la dyade. Depuis 1975, l'organisation mondiale de la santé (OMS) identifie en effet les enfants nés de mères psychotiques comme à haut risque, ce qui justifie que soient mises en place des mesures d'accompagnement et de prévention. (OMS, 1975 ; Manzano et Lalive, 1983)

Toutefois, la politique générale de santé mentale actuelle en France vise à favoriser l'insertion des personnes présentant un trouble psychiatrique ce qui favoriserait une augmentation du nombre de grossesses au sein de cette population. En effet, la désinstitutionalisation des patients souffrant de troubles psychiatriques dans les années 70 (diminution de 80% des lits dans les hôpitaux psychiatriques publics entre 1955 et les années 1990) et l'utilisation de nouveaux traitements avec moins d'effets secondaires ont permis une réinsertion psycho-sociale des patientes.

Schizophrénie et eugénisme

Même si de nombreux pays ont abrogé leurs lois sur la stérilisation eugénique entre 1950 et 1970, certains, comme le Danemark (loi du 13 juin 1973), la Finlande (loi du 31 janvier 1985), l'Allemagne (loi du 12 septembre 1990) entre autres, ont adopté des dispositions législatives autorisant la stérilisation des handicapés mentaux sous certaines conditions. Ces dispositions concernent les personnes considérées inaptes « à dispenser convenablement des soins aux enfants ou bien lorsqu'en raison de dispositions héréditaires, cette personne risque de transmettre à son enfant un trouble psychique ou

mental d'une gravité telle que l'on peut estimer souhaitable d'empêcher la procréation ».

Le 23 mars 1994, l'Union Européenne émet une recommandation relative à la psychiatrie et aux Droits de l'Homme adoptée par le Conseil de l'Europe. Cette recommandation propose qu'aucune atteinte irréversible ne soit portée aux capacités de reproduction des individus. Le 29 juillet de la même année en France, l'article 16-3 du Code Civil issu de la loi de bioéthique énonce que « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ». Sur le plan national il n'existe donc pas de législation spécifique sur la stérilisation mais ce texte de loi stipule explicitement les notions de « nécessité thérapeutique » et « consentement » (Bachelard-Jobard, 2001).

De ce fait, compte tenu des caractéristiques sociodémographiques de cette population et de la législation toutes les femmes peuvent aujourd'hui prétendre à une grossesse.

Symptomatologie

Historique

Les racines grecques du terme de la schizophrénie « *schizein* » et « *phrèn* » signifient respectivement *coupure* et *esprit*. Etymologiquement, le terme *schizophrénie* signifie « esprit scindé » (Legrand & Villien, 1976). Initialement décrite par Kraepelin sous la dénomination de « *Dementia praecox* » (démence précoce), c'est en 1911 que le psychiatre suisse Eugen Bleuler la nomme pour la première fois « schizophrénie » dans son ouvrage « *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*² » et la substitue à l'appellation de démence précoce (Bleuler, 1993 ; Crocq, 2012).

Expression clinique

La schizophrénie appartient aux psychoses. Elle est chronique et présente trois

² Démence précoce et autres groupes de schizophrénies

dimensions psychopathologiques : la distorsion délirante de la réalité exprimée par des vécus délirants et hallucinatoires, l'appauvrissement affectif et idéo-affectif (qui se manifeste par les symptômes dits « négatifs » : l'apathie, la retraite, la réduction ou l'absence de la capacité de modulation affective de la pensée) et la désorganisation de la pensée.

Aucun symptôme isolé n'est pathognomonique de la schizophrénie ; le diagnostic implique la reconnaissance d'une constellation de signes et de symptômes associés à une altération du fonctionnement social ou des activités. Les symptômes caractéristiques peuvent être conceptualisés comme se répartissant en 2 grandes catégories : positifs et négatifs. Les symptômes positifs incluent les distorsions ou les exagérations de la pensée déductive (idées délirantes), de la perception (hallucinations), du langage et de la communication (discours désorganisé) et du contrôle comportemental (comportement grossièrement désorganisé ou catatonique). Les symptômes négatifs comprennent notamment la réduction de l'expression émotionnelle et l'aboulie. Ils sont difficiles à évaluer du fait de leur continuum avec la normalité, de leur manque de spécificité.

Classifications internationales de référence

Deux classifications sont utilisées : la classification internationale des maladies (CIM10) élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé et le DSM-V, élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et utilisé dans la plupart des travaux de recherche (Annexes 1 et 2). La principale modification du DSM-V paru en 2013 par rapport au DSM-IV est la disparation de tous les sous-types (paranoïde, catatonique, hébéphrénique, désorganisé) en raison de leur manque de reproductibilité. Il n'existe pas de contradictions significatives entre les différentes classifications dans la définition de la schizophrénie.

Schizophrénie et situations de handicap

La schizophrénie est répandue de façon ubiquitaire : dans toutes les ethnies, cultures et

strates sociales, modifiant alors le comportement et infligeant secondairement de multiples handicaps dans de très nombreux domaines (Desclin, 2006). Elle peut avoir des répercussions au niveau éducatif et professionnel. La stigmatisation, les discriminations et les violations des droits fondamentaux des schizophrènes sont courantes.

Comorbidités

Outre les complications intrinsèques relatives à la pathologie (décompensations, conduites à risques), la schizophrénie s'accompagne d'un taux de comorbidités élevé. On retrouve une fréquence plus importante : d'addictions, de troubles métaboliques tels que le diabète et les dyslipidémies, de maladies cardiovasculaires, d'infections notamment la séropositivité à certaines infections sexuellement transmissibles telles que le VIH, les hépatites B et C. La schizophrénie elle-même, les conduites addictives, ainsi que les effets indésirables des antipsychotiques favorisent l'apparition de ces complications (Lambert et al, 2003 ; Lefebvre, 2006).

Espérance de vie

Le risque de mourir prématurément est 2 à 2,5 fois plus élevé pour les sujets atteints de schizophrénie que dans l'ensemble de la population. Les décès sont souvent dus à des maladies physiques, comme des affections cardiovasculaires, métaboliques ou infectieuses (OMS, 2016). Les patients schizophrènes ont une espérance de vie en moyenne inférieure de 10 ans par rapport à la population générale et à un taux de tentatives de suicide de 40% dont 10% avec une issue fatale (Haute couverture et al, 2006).

Prise en charge psychiatrique et traitement

La schizophrénie appartient à la liste des affections longue durée (ALD 30).

Dès que le diagnostic est posé, une prise en charge psychiatrique adéquate doit être mise en place rapidement en fonction du tableau clinique. Cette dernière réside généralement en l'instauration d'un traitement antipsychotique. Un étayage psychologique (psychiatre

de ville, suivi en centre médico-psychologique, hospitalisation) est également primordial pour le patient et son entourage. Le traitement doit être adapté au cas par cas.

Plusieurs familles de psychotropes peuvent être prescrites en fonction de la symptomatologie du patient et de la stabilité de sa pathologie. Parmi les plus courantes, on retrouve : les neuroleptiques (ou antipsychotiques) de 1^{ère} ou 2^{ème} génération principalement, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques et plus rarement les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur).

La difficulté reste néanmoins l'adhésion des patients à leur traitement sur le long terme. De nombreux patients sont dans le déni de leur trouble, et interrompent leur traitement après quelques mois, dès qu'ils se sentent mieux ou en raison d'effets indésirables (en particulier la prise de poids). Ils rechutent alors. Le contrôle de la maladie passe par l'observance du traitement (Llorca, 2014).

SCHIZOPHRENIE : IMPACTS SUR LA FERTILITE, SEXUALITE, GROSSESSE ET LA MATERNITE

Sexualité

L'un des principal obstacle à l'activité sexuelle des patients schizophrènes était l'institutionnalisation (Cournos F, 1994).

Les femmes schizophrènes auraient plus fréquemment des partenaires différents, davantage d'agressions sexuelles, et plus de rapports sexuels en échange de faveurs (en échange d'argent ou de biens matériels). Elles éprouveraient moins de désir sexuel et seraient moins satisfaites sexuellement. D'autres facteurs externes, tels que certains effets secondaires du traitement par psychotrope (sécheresse des muqueuses, sédation, impact libidinal) peuvent modifier la qualité de l'activité sexuelle au sein de cette population. Toutefois, il reste difficile de déterminer les dysfonctionnements sexuels dus aux thérapeutiques ou à la maladie en elle-même (Miller, 1997 ; Serretti et Chiesa, 2011). Elles ont également un taux important de rapports sexuels sous contraintes, un

taux élevé de comportements à risque de contamination VIH et des connaissances limitées sur la sexualité (Cournos, 1994).

Les événements de ces dernières années telles que : l'évolution du contexte social de cette population, les soins de santé délivrés (politique de santé mentale, désinstitutionalisation) et les avancées pharmacologiques ont permis de profondes modifications et une amélioration dans la qualité de la vie sexuelle et reproductive des femmes présentant une schizophrénie.

Fertilité

Dans une méta-analyse comparant 6 études, Bundy et al concluent que les patients présentant une schizophrénie ont une fertilité réduite par rapport à la population générale avec une réduction plus sévère chez l'homme que chez la femme (Bundy et al, 2011).

Désir de grossesse, désir d'enfant

La réalité du désir de grossesse chez ces patientes est complexe et difficile à évaluer par les professionnels puisqu'il implique des phénomènes psychologiques conscients et inconscients pour la femme. Cela peut s'exprimer de diverses manières :

- ✚ La crainte que ces femmes aient des enfants, dont elles ne pourront pas s'occuper, et sur la possible transmission génétique et environnementale de la schizophrénie d'une génération à l'autre (Wan et al 2008).
- ✚ Le désir de grossesse n'est pas nécessairement un désir d'enfant et la grossesse peut représenter uniquement chez certaines femmes schizophrènes un moyen d'accéder à la « normalité ».
- ✚ Les connaissances quelques fois limitées des professionnels concernant les différentes implications de la grossesse sur la pathologie maternelle, le déroulement de la grossesse et sur le nouveau-né peuvent entraîner des attitudes de méfiance et de non bienveillance par rapport à l'expression d'un désir de grossesse chez ces femmes.

De plus les grossesses non désirées et le déni de grossesses seraient plus fréquents dans cette population (Miller, 1997 ; Stordeur et Lejoyeux, 2011) et on peut imaginer que ce soit du fait des comportements à risque, du faible niveau d'éducation gynécologique et aussi de la symptomatologie psychiatrique.

Grossesse

Cette population a également un taux plus important d'interruptions volontaires de grossesses et un taux plus élevé d'accouchements prématurés (Bennedsen et al, 2001). Ces grossesses s'accompagnent de plus de complications obstétricales (Verdoux et Sutter, 2002 ; Bundy, 2011 ; Bennedsen et al., 2001) mais également fœtales et néonatales telles que les retards de croissance intra-utérin et les petits poids pour l'âge gestationnel (Abel et al., 2014 ; Abel, et al., 2010). La période périnatale et plus particulièrement le post-partum est à risque de décompensations psychiatriques pour les patientes atteintes de schizophrénie. Un étayage psychologique, par la mise en place d'un suivi adapté, et l'utilisation de traitements antipsychotiques au cours de cette période permettent de diminuer les risques mais peuvent également pour ces derniers induire un certain nombre de malformations congénitales, des effets néonataux indésirables tels que les difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine résultant d'un syndrome de sevrage. Ainsi, lors du projet d'enfant avant même la conception, il est important de prendre en compte aussi le fait que les médicaments peuvent avoir des effets secondaires sur le plan somatique pour la mère (prise de poids, diminution de la fertilité, etc.), pour le fœtus (fœtotoxicité, malformations) et pour le futur enfant (Sutter, 2010). La balance bénéfice/risque du traitement pour la femme et pour l'enfant doit être discutée avec tous les intéressés (Sutter-Dallay et al., 2015).

Maternité et devenir de l'enfant

La prévalence estimée (et non calculée) du nombre d'enfants nés d'un parent psychotique serait de 5000 et celles du nombre d'enfants nés d'une mère schizophrène de 3500 (Dayan, 2015 ; Sutter Dallay, 2010). Parmi les femmes hospitalisées en postpartum en UMB en France, la schizophrénie maternelle augmente de presque 4 (de plus de 2 après ajustement) le risque de placement de l'enfant par rapport à un trouble

de l'humeur (Glangeaud-Freudenthal et al., 2013).

Compte tenu des caractéristiques sociales et de la pathologie schizophrénique, la maternité chez les femmes présentant cette psychose interroge, par conséquent, sur de nombreux aspects : non seulement sur le désir d'enfant, la construction d'un couple, le suivi médical de la grossesse, les facteurs de risque périnataux, les décompensations aiguës à la naissance de l'enfant, mais aussi sur les relations ultérieures de l'enfant dans un contexte fréquent d'isolement familial et social généré par la maladie (Bayle 2008).

Recommandations nationales sur le suivi de grossesse

La Haute Autorité de Santé (HAS) émet un certain nombre de recommandations concernant l'organisation du suivi des grossesses en général. Ces recommandations ont pour but d'améliorer l'identification des situations à risques pouvant potentiellement compliquer la grossesse et d'adapter le suivi en conséquence (réalisation de dépistages, information claire et précise) toutefois les conduites thérapeutiques sont laissées à l'appréciation des professionnels. Ces recommandations précisent le nombre de consultations prénatales à réaliser, le nombre d'échographies, les examens biologiques obligatoires, systématiques et éventuels (en fonction du contexte clinique) à effectuer pour le suivi de la grossesse (HAS, Mai 2016) (Annexe 3).

Dans le cas du suivi de grossesse chez les patientes présentant une schizophrénie, l'HAS recommande un suivi de type A2 précoce : c'est-à-dire un suivi régulier par le professionnel de son choix soit une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue-médical ou gynécologue-obstétricien) mais l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire et celui d'un autre spécialiste (en l'occurrence un psychiatre) peut également être nécessaire. Cette recommandation souligne la nécessité de déterminer précocement le type de suivi, le suivi pluridisciplinaire étant généralement le plus adapté chez les patientes présentant une schizophrénie. (Annexes 4 et 5)

En fonction de la stabilité de la pathologie psychiatrique, du suivi initial, les professionnels réfléchissent aux possibilités de prise en charge permettant un environnement sécurisé et serein pour la femme, sa grossesse et l'accueil de son enfant. Pour cela les équipes psychiatriques et obstétricales doivent se coordonner en assurant

la transmission des informations (comptes rendus de consultations et d'hospitalisation), en effectuant un suivi pluridisciplinaire (consultations alternées par les obstétriciens, les psychiatres, les psychologues et les assistants sociaux, demandes d'avis), en préparant la naissance de l'enfant (staff médico-psychosocial, signalement, préadmission en Unité Mère-Bébé).

L'ETUDE : OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Hypothèses

1. Le repérage des grossesses chez les patientes présentant une schizophrénie serait difficile
 - a. D'une part du fait des caractéristiques de la pathologie,
 - b. D'autre part, du fait d'un manque de coordination entre les secteurs de la périnatalité et de la psychiatrie, qui est pourtant primordiale afin de repérer et diagnostiquer les femmes présentant une schizophrénie et d'établir des modalités de prise en charge des grossesses qui soient adaptées à ces patientes.

2. Les grossesses des patientes diagnostiquées schizophrènes s'accompagneraient de plus de complications obstétricales, néonatales et présenteraient plus de risques pour le devenir de la dyade.

Objectifs

- ✚ Description des modalités de repérage diagnostic et de prise en charge pluridisciplinaire dans les 4 maternités de l'étude ;

- ✚ Description des caractéristiques médico-socio-psychologiques de l'échantillon recueilli ; Description du suivi de grossesse et les issues de santé pour la mère et

l'enfant.

- ✚ Discussion de nos résultats avec ceux de la littérature notamment ceux de l'enquête nationale périnatale en population générale

MATERIEL ET METHODE

Le type d'étude choisi, pour répondre à l'hypothèse et aux objectifs de recherche, est une étude descriptive quantitative, à partir de données recueillies sur dossiers (informatisés et papiers en maternité et en psychiatrie), de façon rétrospective (6 ans) et multicentrique.

Lieux de recrutement et éthique

Quatre maternités d'Île-de-France, de type III, ont été sélectionnées pour réaliser l'étude : la maternité de Port-Royal, la maternité du Centre Intercommunal de Créteil, la maternité de Kremlin Bicêtre et celle de Louis Mourier. Ces maternités ont été choisies du fait de leur type III et de l'existence d'une base de données informatisée à la maternité.

Parmi les maternités, celles du Kremlin Bicêtre et de Créteil travaillent en synergie avec une Unité Mère-Bébé (UMB)³ proche. Celle de Louis Mourier est liée au service de psychiatrie où une unité est dédiée aux femmes enceintes présentant un trouble psychiatrique puis aux jeunes mères (les bébés étant gardés en pédiatrie). Dans chaque maternité, la demande d'autorisation de réaliser l'étude a été adressée au chef de service d'obstétrique. Les responsables du codage ou les sages-femmes cadres des différentes maternités ont été contactés afin d'obtenir la liste des patientes identifiées avec un diagnostic de schizophrénie ([Annexes 1 et 2](#)) qui ont été suivies et ont accouché dans cette maternité durant la période d'étude.

Nous avons fait le choix d'anonymiser les maternités en utilisant les lettres A, B, C et D.

³ L'UMB est une structure spécialisée dans l'accueil conjoint et le traitement psychiatrique des patientes et de leurs enfants lorsqu'il y a un problème de santé mentale maternelle et que l'instauration du lien s'avère « fragile » (Glangeaud et al, 2009)

Les données recueillies sur les femmes ont aussi été anonymisées en les identifiant par un numéro dans l'étude. Les dossiers ne sont pas sortis des services et le secret médical a été respecté.

Calcul du nombre de sujets escomptés (Annexes 6, 7 et 8)

La prévalence des grossesses dans cette population étant difficile à déterminer réellement, nous nous sommes appuyés sur le chiffre des 3500 naissances annuelles d'enfants de mères schizophrènes, **évoqué** dans plusieurs articles de synthèse (Sutter, 2010). En se basant sur la moyenne du nombre de naissances annuelles entre 2010 et 2015 qui est de 816 689 (Annexe 6), le taux attendu de naissances de nouveau-nés de mères schizophrènes correspond à 0.42 % des naissances totales annuelles en France. Une période de 6 ans de recueil rétrospectif a été retenue pour avoir un nombre de cas suffisants, tout en respectant la faisabilité du recueil de données dans le cadre du mémoire.

Le nombre de naissance moyen, estimé pour les 4 maternités sur la même période étant de 86202 naissances (Annexe 7), en appliquant le taux décrit précédemment de 0,42% de naissances de mères schizophrènes, l'**effectif attendu** des naissances sur les 6 ans dans ces quatre maternités, était de **362 naissances**.

Critères d'inclusion

Ont été incluses toutes les patientes : a) codées schizophrènes dans les bases de données informatisées de la maternité ou notées dans les dossiers ou les bases de données des psychiatres ; b) ayant accouché dans une des 4 maternités de l'étude ; c) pendant la période concernée (2010-2015).

Toutes les grossesses ont été incluses quel que soit l'âge des femmes, le terme au moment de l'accouchement, l'issu de la grossesse (naissance vivante ou non) et le nombre de grossesse survenue au cours de la période de recherche.

Critères d'exclusion

Le principal critère d'exclusion était l'accouchement à l'extérieur de l'une des maternités de l'étude même si la patiente y avait un dossier de suivi de sa grossesse.

Modalité d'inclusion

Pour chaque maternité, une liste de patientes ayant les critères d'inclusion a été émise pour la période de l'étude par la maternité et les dossiers de maternité correspondant ont été étudiés. Cette liste a été corrigée et complétée par les psychiatres référents de la maternité d'après le dossier psychiatrique afin d'avoir une liste la plus exhaustive et exacte qui soit. Seule la liste de la Maternité B n'a pas été complétée par le psychiatre référent par souci de confidentialité.

Difficultés rencontrées pour le repérage, le recrutement et le recueil de données (Figure 1 : Flow Chart)

La grande difficulté dans la réalisation de l'étude a été de recenser la liste des patientes pouvant correspondre au critère d'inclusion. Le repérage n'a pas été fait de la même façon dans les différentes maternités, même si toutes les maternités disposaient d'une base de données informatisées. En effet, dans les maternités A et C, les listes ont été obtenues en passant par le repérage à partir des fichiers de renseignements généraux des patientes par recherche des termes « schizo* » ; dans les 2 autres maternités (B et D) les listes ont été obtenues en utilisant le codage F.20-F29 donné par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces différences de repérage sont liées, selon les responsables du codage, à une différence d'exhaustivité de leur base de données selon l'une ou l'autre des méthodes.

Après ce premier repérage il y a eu une confirmation des diagnostics et un repérage de cas supplémentaires par les psychiatres à partir de leurs dossiers psychiatriques. Cela a donné un gain de 4 et 3 patientes respectivement pour les maternités A et C.

S'étonnant des faibles effectifs recueillis par rapport aux effectifs attendus, nous avons fait une recherche plus poussée de tous les femmes pouvant correspondre aux critères d'inclusion dans le cadre de la maternité D, en collaboration avec l'équipe de psychiatrie de la maternité D (psychiatre, secrétaire) et en lien avec la sage-femme cadre

de maternité. Nous avons en plus du protocole initial fait ensemble un réel travail d'investigation : la liste des patientes vue en consultation de liaison en maternité et codées schizophrènes, les fiches de préadmission en Unité Mère Bébé, et tous les comptes rendus d'hospitalisation en UMB des patientes ont été recherchés et les dossiers sortis des archives de maternité et consultés sur place. Ce travail de fond effectué a permis de recenser 30 dossiers supplémentaires potentiels. Parmi les 30 dossiers, 2 étaient ceux de femmes qui avaient été hospitalisées en UMB en postpartum mais avaient accouché dans la maternité C (elles ont néanmoins été incluses par la suite dans cette maternité C où elles n'avaient pas été repérées avant). De plus 5 autres dossiers fournis par la maternité D ont été également exclus car les accouchements des patientes en question avaient eu lieu dans d'autres maternités non incluses dans l'étude.

Variables recueillies

Une grille de recueil de données a été établie de façon à obtenir les informations de manière aussi systématique et exhaustive que possible sur l'ensemble des patientes. Les variables ont été sélectionnées en s'appuyant sur les données de la littérature et sur les objectifs de l'étude.

Les données recueillies concernent : les caractéristiques sociodémographiques, les conduites à risque et les facteurs de vulnérabilités, les antécédents psychiatriques et modalités de suivi, les éléments en faveur d'une adhésion aux soins. Les conditions de survenue de la grossesse, sa prise en charge, son déroulement (complications, hospitalisation, type de suivi), les issues obstétricales et néonatales (modalités de l'accouchement, adaptation à la vie extra-utérine), les modalités de sortie de la maternité avec les prises en charge prévues dans le post-partum ont également été recueillies.

Outils et tests statistiques

Le logiciel *Epidata* a été utilisé pour effectuer le recueil de données. Les analyses statistiques ont été réalisées avec *BiostaTGV* (logiciel de tests statistiques en ligne).

Le test de Fischer a été utilisé compte tenu d'effectifs étaient trop faibles pour effectuer le test du Chi². Tous les tests sont bilatéraux. Le seuil de significativité retenu est $p < 0.05$.

RESULTATS

ECHANTILLON

Au total, les noms de 98 patientes ont été fournis par les différentes maternités pour la période considérée. Après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion seuls 68 patientes correspondaient aux critères d'inclusion dans l'étude. Il n'y avait pas de patientes mineures dans l'échantillon.

L'échantillon étudié est finalement constitué de 68 patientes, soit 77 grossesses et 80 naissances sur la période des 6 ans. En effet, 7 patientes (réparties entre la maternité A et D) ont eu 2 grossesses au cours de la période et 1 patiente (maternité D) a eu 3 grossesses sur la période des 6 ans. Au total, 80 nouveau-nés (2 grossesses multiples : 1 gémellaire et 1 triple à la maternité C) sont nés de mères répondant aux critères d'inclusion sur la période d'étude.

Taux de recrutement

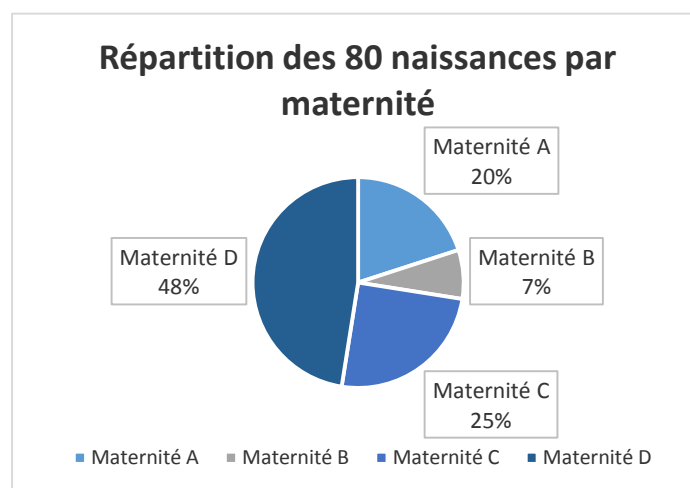
En moyenne, les 4 maternités ont cumulé 14367 naissances par an ; compte tenu de la période étudiée cela correspond sur les 6 ans à 86 202 naissances. L'effectif théorique attendu sur la période pour les 4 maternités était de **362 naissances**. Les 80 naissances obtenues au total dans notre échantillon correspondent donc à **un taux de recrutement de 22%** par rapport à l'effectif théorique attendu des naissances de nouveau-nés schizophrènes pour toutes les maternités.

Les effectifs théoriques attendus selon la prévalence calculée en population générale de 0.42% sont pour les maternités A, B et C respectivement de 125, 79 et 75 naissances et les effectifs inclus dans l'échantillon de 16, 6 et 20 naissances ce qui correspond à des

taux de 13%, 8% et 27% des effectifs théoriques attendus. La maternité D a obtenu les dossiers pour 38 naissances sur la période d'étude or l'effectif attendu était de 83 naissances selon la prévalence calculée en population générale de 0.42%. Le recrutement correspond donc à environ **46%** de l'effectif attendu des naissances dans cette maternité. Il s'agit du taux le plus important des 4 centres (supérieur à 2 fois le taux de recrutement moyen de l'échantillon soit 22%), suite à un protocole de recrutement qui a impliqué non seulement le service de psychiatrie mais aussi les admissions dans l'unité mère bébé, en lien avec la maternité.

Distribution des naissances par maternité

Les maternités A et C ont des proportions à peu près équivalentes du nombre de naissances avec respectivement 16 (20 %) et 20 (25 %). Dans la maternité B, il n'y a pas pu y avoir de reprise par le psychiatre pour complément diagnostic et confirmation de ce fait on observe un faible taux d'inclusion avec 6 (7%) des naissances de l'échantillon. L'effectif des naissances de 38 naissances dans la maternité D où le protocole de recrutement a été plus étendu représente près de la moitié (48%) des 80 naissances de l'échantillon.



Face à l'hétérogénéité du taux de recrutement en fonction des différentes maternités, les caractéristiques sociodémographiques des patientes ont été comparées afin de déterminer s'il existait une différence significative entre les groupes. Après application du test de Fischer sur l'ensemble des variables recueillies, il n'a pas été trouvé de

différences significatives entre les maternités pour les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents psychiatriques et obstétricaux seuls les antécédents d'agression physique et d'addiction donnaient des différences significatives entre les maternités avec des p de 0,03 pour la maternité B et D où on retrouvait moins d'antécédent d'agression physique et d'addiction que dans les deux autres maternités.. Il a donc été décidé d'effectuer une analyse générale des données recueillies en associant les 4 maternités.

Description de la population

Tableau 1a : Caractéristiques sociodémographiques (N= 68)

Variabes <i>Modalités</i>	Maternité A N = 14 [%]	Maternité B N = 6 [%]	Maternité C N = 17 [%]	Maternité D N = 31 [%]	Total N=68 [%]	<i>p</i>
Age						
<i>< 25 ans</i>	2 [14]	[0]	4 [23]	4 [13]	10 [15]	<i>0.71</i>
<i>25 – 34 ans</i>	6 [43]	4 [67]	10 [59]	18 [58]	38 [56]	
<i>≥ 35 ans</i>	6 [43]	2 [33]	3 [18]	9 [29]	20 [29]	
Nationalité						
<i>Française</i>	9 [64.3]	6 [100]	11 [65]	18 [58]	44 [65]	<i>0.54</i>
<i>Etranger UE</i>	1 [7.1]	0 [0]	1 [6]	1 [3]	3 [4]	
<i>Etranger hors UE</i>	4 [28.6]	0 [0]	5 [29]	12 [39]	21 [31]	
Situation conjugale						
<i>Mariée</i>	3 [21.4]	2 [33]	5 [29.4]	13 [42]	23 [34]	<i>0.64</i>
<i>Vit en couple</i>	8 [51.1]	5 [83.3]	10 [58.8]	24 [77.4]	47 [69]	
<i>Célibataire</i>	6 [42.9]	1 [17]	7 [41.2]	7 [22.5]	21 [31]	
Activité professionnelle						
<i>Oui</i>	3 [21.4]	4 [66.7]	6 [35]	10 [32]	23 [34]	<i>0.31</i>
<i>Non</i>	11 [78.6]	2 [33.3]	11 [65]	21 [68]	45 [66]	

L'âge moyen des patientes au moment des grossesses incluses était de 31.6 ans avec des extrêmes à 19.8 ans et 43.6 ans et une majorité de patientes (56%) ayant entre 25 et 34 ans. Pour 11.8 % des patientes, il y avait également la notion de troubles psychiatriques chez le compagnon.

Facteurs de vulnérabilité et conduites à risque (voir Tableau 1b)

- ✚ 9 patientes (13.2%) décrivaient un antécédent d'agression physique. 1 dans la maternité D (3.2%) et 4 dans les maternités A (28.6%) et C (23.5%).
- ✚ 5 patientes (7.4 %) auraient été victimes de violences sexuelles dont 1 antécédent de grossesse issu de viol.
- ✚ Une addiction était retrouvée dans 44.1% des cas dont systématiquement une addiction au tabac plus ou moins associé à une addiction à l'alcool pour 5 patientes (7.3%) et au cannabis pour 9 patientes (13.2%).
- ✚ 8 patientes (11.8%) avaient une infection sexuellement transmissible (chronique ou récurrente) dont une patiente séropositive pour le VIH et une patiente infectée par le virus de l'hépatite B.

Anamnèse et suivi psychiatrique (voir Tableau 1c)

- ✚ 1 patiente sur 4 avait des antécédents familiaux psychiatriques et 91 % des patientes avaient des antécédents personnels psychiatriques à type d'hospitalisation (83%), de troubles du comportement alimentaire (7.4%), de dépression (26%), de tentative de suicide (23%) ou encore d'antécédent de décompensation lors d'une grossesse précédente (16%).
- ✚ Avant la grossesse, 64% des patientes avaient un suivi psychiatrique régulier (50% en CMP et 17% par un psychiatre de ville). 20% des patientes étaient en rupture de soins. Une grande majorité (83%) des patientes avait un traitement avant la grossesse voire plus de 3 traitements pour 5 (7%) d'entre elles.
- ✚ 9 patientes (13%) avaient un ou plusieurs enfants placés et une patiente avait un antécédent d'interruption médicale de grossesse pour indication psychiatrique.

Antécédents obstétricaux (tableau 1d)

Plus de la moitié des patientes (58%) avait au moins un antécédent obstétrical : 27% avaient un antécédent d'interruption de grossesse et 33% un antécédent d'accouchement à terme.

Mode de survenue, suivi et complications de la grossesse (N=77)

Mode de survenue de la grossesse (Tableau 2a)

- ✚ Le désir de grossesse était mentionné dans 41% des cas et n'était pas mentionné dans les dossiers dans 44% des cas. Un entretien pré-conceptionnel (EPC) a été réalisé uniquement pour 4 grossesses (5%).
- ✚ La quasi-totalité (98%) des grossesses est survenue spontanément sauf pour la grossesse triple (maternité C) obtenue a priori après une stimulation ovarienne (mentionnée mais non documentée dans le dossier).

Suivi de la grossesse et complications sur le plan obstétrical (Tableaux 2c et 2d)

- ✚ 11 patientes (14%) ont déclaré la grossesse après le 1er trimestre.
- ✚ 39% des patientes avaient toujours une addiction au moment de la grossesse dont 8 patientes (10.4%) au cannabis.
- ✚ 28.6% des grossesses ont bénéficié d'un nombre de consultations prénatales compris entre 7 et 8 mais 57.1% ont bénéficié de moins de 7 consultations.
- ✚ En moyenne, les patientes ont eu 5.9 consultations pendant la grossesse.
- ✚ 3.6 échographies ont été réalisées en moyenne au cours du suivi des grossesses. Le dépistage de la trisomie 21 a été effectué pour plus de la moitié des grossesses (59%). Pour 7 grossesses, le résultat des dépistages a classé les patientes dans un groupe à risque accru. 26% des grossesses ont été accompagnées d'anomalies échographiques dont les plus fréquentes étaient les hypotrophies et les retards de croissance pour 9 fœtus (11%).
- ✚ Le dépistage du diabète gestationnel a été réalisé dans 68% des cas et celui du portage vaginal du streptocoque B dans 79% des cas.
- ✚ Environ la moitié des grossesses (51%) s'est accompagnée d'une pathologie gravidique ; les diabètes gestationnels (20%) et la menace d'accouchement prématuré (16%) étant les complications les plus fréquentes.

Suivi sur le plan psychiatrique et complications (Tableau 3)

- ✚ Au moins une consultation psychiatrique a été réalisée dans 72% des cas et la prise d'un traitement psychiatrique au cours de la grossesse a été nécessaire dans 77% des cas.
- ✚ Il y a eu une décompensation de la psychose maternelle (hospitalisation, augmentation ou modification du traitement, déclenchement) dans 49% des

grossesses, une tentative de suicide a été retrouvée lors de 2 grossesses (une intoxication médicamenteuse volontaire et une défenestration). Une interruption médicale de grossesse a été discutée pour 3 grossesses dont une finalement réalisée à la maternité A.

Parturition et accouchement (Tableau 4a)

- ✚ Moins de la moitié des patientes (45%) ont eu un travail spontané.
- ✚ Le terme moyen à l'accouchement était de 37 SA et 3 jours et le taux de prématurité était de 27% (21 patientes ont accouché avant 37 semaines d'aménorrhée).
- ✚ 71% des parturitions se sont déroulées avec une analgésie péridurale.
- ✚ 18% des parturitions ont eu une durée d'ouverture de l'œuf (DOO) supérieure à 12 heures mais 42% ont bénéficié d'une antibioprofylaxie au cours du travail.
- ✚ Le recours à l'ocytocine de synthèse a été retrouvé dans 57% des cas.
- ✚ Le travail s'est accompagné d'anomalies du rythme cardiaque fœtal dans 57% des cas également.
- ✚ Le taux d'accouchement par voie basse instrumentale et le taux de césarienne dans l'échantillon étaient respectivement de 10% et 41%.
- ✚ La proportion de périnées intacts était d'environ 54%. On a retrouvé 2 périnées complets dans la population étudiée et un taux d'épisiotomie de 10%.
- ✚ La survenue d'une hémorragie de la délivrance était retrouvée pour 7 accouchements (9%).

Issues nouveau-nés (N=80) (Tableau 4b)

Dans l'échantillon, on retrouve une interruption médicale de grossesse pour indication psychiatrique, une mort fœtale in utero à terme, et un décès néonatal à 8 jours de vie. Le poids moyen des nouveau-nés à la naissance était de 2829 g à la naissance. 81% étaient des enfants étaient eutrophes.

Adaptation à la vie extra-utérine

- ✚ 27% des nouveau-nés avaient un $\text{pH} < 7.20$ (acidose respiratoire) à la naissance.
- ✚ 20 % avaient un score d'Apgar < 7 à une minute de vie et 5% à 10 minutes de vie.

Suites de couches (SDC) (Tableau 5a)

- ✚ 31% des nouveau-nés ont eu un allaitement maternel.
- ✚ Dans 65% des naissances, l'enfant a été séparé de sa mère en suites de couche dont 41% dans le cadre d'une protection de l'enfant par rapport à l'indication psychiatrique.
- ✚ Un suivi pluridisciplinaire impliquant un psychiatre a été nécessaire en suites de couches⁴ (SDC) dans 90% des cas.
- ✚ Le séjour en SDC a été marqué par une décompensation psychiatrique (transfert maternel en unité psychiatrique, augmentation des posologies des thérapeutiques, prolongation de séjour) dans 42% des cas.
- ✚ 31% des patientes ont effectué un allaitement maternel. La mention d'un soutien familial (compagnon et/ou famille) était retrouvée dans 74% des cas.
- ✚ La contraception privilégiée dans l'échantillon après l'accouchement était l'implant contraceptif hormonal dans 44% des cas, suivi par la contraception orale progestative dans 22% des cas.
- ✚ Dans la majorité des cas (57%), la sortie de maternité se concluait par un retour à domicile, simple dans environ 30% des cas et avec étayage psycho-social (hospitalisations à domicile simple ou pédiatrique, intervention d'un technicien d'intervention sociale et familiale TISF, visites à domicile par un intervenant du centre médico-psychosocial) dans 22% dans cas.
- ✚ 13 séjours (17% de l'échantillon) dont 10 séjours de patientes de la maternité D (77%) ont abouti à un transfert du couple mère-enfant en UMB et dans 26% des cas un transfert de la femme en psychiatrie d'adultes a été nécessaire.
- ✚ Un signalement de la situation dès la maternité a été effectué dans 28% des cas avec 17% d'ordonnances de placement provisoire.

DESCRIPTION DE NOTRE ECHANTILLON ET DU SUIVI DE GROSSESSE, AVEC L'ENQUETE NATIONALE PERINATALE

⁴ Considérée comme la période d'hospitalisation après l'accouchement dans le service de suites de couches

Une analyse descriptive de nos résultats sur les caractéristiques principales des femmes de notre échantillon a été effectuée par rapport aux résultats de l'ENP qui a été réalisée auprès des femmes du tout-venant représentatives de la population des femmes qui viennent d'accoucher en 2010 (Blondel et al, 2012).

Caractéristiques sociodémographiques et conduites à risque

Les patientes de notre échantillon ont présenté des caractéristiques sociodémographiques plus précaires que celles incluses dans l'ENP. En effet, un taux plus faible de femmes vivait en couple dans l'échantillon (69% versus 92.8% dans l'ENP) et elles étaient également moins nombreuses à être mariées (34% versus 47.3%). Seules 34% avaient une activité professionnelle au moment de la grossesse contre 67.2% dans l'ENP. La proportion de patientes de nationalité étrangère était plus importante (35% versus 13.4% dans l'ENP).

Une proportion plus importante de patientes ayant une addiction au tabac a été retrouvée dans notre échantillon (44.1%) par rapport à l'ENP (30.5%). 13.2% des patientes de l'échantillon consommaient du cannabis contre 1.2% des patiente de l'ENP en 2010. Les antécédents d'agression physique et/ou sexuelle ne sont pas mentionnés dans l'ENP.

Grossesse : survenue, prise en charge, complications

Dans l'échantillon étudié ou dans l'ENP, la définition du désir de grossesse n'est pas bien exprimée. Dans notre étude, le « désir de grossesse » a été mentionné dans le dossier obstétrical ou dans la fiche de consultation psychiatrique dans 41.6% des cas ; l'information reste néanmoins manquante dans 44.2% des cas (14.3% de découverte tardive de la grossesse par ailleurs). Dans l'ENP, le désir de grossesse est abordé différemment, elle utilise plutôt la « réaction à la découverte de la grossesse » et retrouve 75.5% des patientes « heureuses d'être enceinte maintenant ».

83% des patientes de notre échantillon ont déclaré leur grossesse au premier trimestre contre environ 92% des patientes de l'ENP. La réalisation d'un entretien pré-

conceptionnel (EPC)⁵ qui a pourtant beaucoup d'intérêt dans la prise en charges des patientes schizophrènes était retrouvée uniquement pour 4 grossesses soit 5.2% des grossesses (1 par maternité) alors que dans l'ENP celui-ci n'est pas mentionné.

La réalisation de l'entretien précoce (ou entretien du 4^{ème} mois) est évaluée dans l'ENP puisque 21.4% des femmes ont en bénéficié alors qu'il n'est fait mention pour aucune des patientes de l'échantillon. La PNP a été réalisée par une seule patiente de l'échantillon alors qu'elle est réalisée pour 73.2% des primipares et par 28.5% des multipares dans l'ENP.

Le nombre de grossesses ayant bénéficié d'un nombre de consultations prénatales compris entre 7 et 8 était approximativement le même dans notre étude et celle de l'ENP. En effet, l'échantillon comprend 28.6% des patientes avec un nombre de consultations entre 7 et 8 pour 29.1% dans l'ENP. Cependant dans notre étude, une proportion beaucoup plus importante des grossesses (57.1%) ont eu moins de 7 visites prénatales contre 8.5% pour l'ENP. Les patientes de l'ENP semblent avoir plutôt bénéficié d'une hyper médicalisation du suivi de leur grossesse (> 7 consultations pour 62.4%) plutôt qu'un manque de suivi. Toutefois, ces données sont à considérer avec précaution compte tenu des caractéristiques de notre échantillon et des difficultés de liaisons (suivis pluridisciplinaires, ruptures de soins, non exhaustivité des dossiers), il n'est pas exclu que les patientes aient eu un nombre plus élevé de consultations prénatales non mentionnées dans les dossiers.

En moyenne, les patientes de l'échantillon ont eu 3.9 échographies contre 5.0 (+/-2.5) échographies dans l'ENP.

Les dépistages du diabète gestationnel (68.8%) et de la trisomie 21 (59.7%) ont été dans l'ensemble moins systématiquement réalisés que pour les patientes incluses dans l'ENP : 85.9% pour le dépistage du diabète gestationnel et respectivement 86.5% et 84.1% pour la mesure de la clarté nucale et le dépistage sanguin.

Les grossesses ont été plus compliquées dans notre échantillon avec un taux d'hospitalisation plus important (41.6% versus 18.8%). Il y avait plus de pré-éclampsie

⁵ Mesure mise en place en 2007 suite à la suppression de la visite pré-nuptiale à visée informative, préventive, d'orientation.

(9.1% versus 2.1%), plus de diabètes gestationnels (20.8% versus 7.2%), plus de menaces d'accouchements prématurés (16.9% versus 8.9%) pour les pathologies gravidiques les plus fréquentes. Une corticothérapie a dû être réalisée dans 16.9% des cas contre 5.2% des cas dans l'ENP.

Toutefois, il y avait moins de ruptures prématurées des membranes dans notre échantillon (1.3% versus 10.5%).

Issues : obstétricales, néonatales

Parturition et accouchement

Le taux de prématurité était près de 3.5 fois plus importante dans notre échantillon avec 27% de naissances avant 37 SA contre 7.4% dans l'ENP. Le poids moyen à l'accouchement était de 2829g dans notre échantillon contre 3254 g (+/- 567g) pour les nouveau-nés de l'ENP.

La mise en travail était plus fréquemment induite (déclenchement artificiel de la parturition) dans notre échantillon (54.5%) que dans l'ENP où seules 22.7% des patientes avaient un déclenchement. Le taux d'utilisation d'ocytociques pendant le travail était à peu près équivalent pour notre groupe et l'ENP (57.1% versus 63.9%). Le taux d'analgésie péridural était respectivement de 71.4% et 77.8%.

Le taux de césarienne était près de 2 fois plus important (41.6% versus 21%) dans notre étude que chez les patientes de l'ENP.

Issues néonatales

Les nouveau-nés de notre échantillon avaient une moins bonne adaptation à la vie extra-utérine par rapport aux nouveau-nés de l'ENP puisque 20% des nouveau-nés avaient un score d'Agar < 7 à 1 minute de vie contre 7.1% des nouveau-nés de l'ENP. Il ne restait plus que 1.7% des nouveau-nés de l'ENP avec un score inférieur à 7 à 5 minutes alors qu'encore 5% des nouveau-nés de notre échantillon avaient encore un score d'Apgar inférieur à 7 à 10 minutes de vie.

Suites de couches

Il y avait 2 fois moins d'allaitement maternel dans notre étude (31%) que dans l'enquête périnatale (60%).

La proportion de transfert néonatal pour l'indication psychiatrique maternelle semble avoir été plus fréquente dans notre échantillon puisque 41% des nouveau-nés ont été séparés de leur mère pour l'indication psychiatrique contre 22% de transfert dans l'ENP pour raison « autre » c'est-à-dire les raisons ne comprenant pas la prématurité ou l'hypotrophie, les détresses respiratoires, les anomalies congénitales, et les suspicions d'infection.

DISCUSSION

Difficultés de repérage et représentativité de l'échantillon

Nous allons discuter et faire quelques nouvelles hypothèses en particulier pour expliquer le décalage entre les effectifs attendus et ceux finalement inclus dans notre échantillon.

Malgré les efforts réalisés, l'échantillon des naissances recueillies dans l'étude ne peut être considéré comme représentatif de la population des naissances de nouveau-nés de mères schizophrènes dans la population générale. En effet, l'effectif obtenu ne correspond qu'à 22% de l'effectif théorique espéré d'inclusion pour les 4 maternités sur la période étudiée, si on décide de s'appuyer sur le chiffre de 3500 naissances d'enfants de mères schizophrènes par an retrouvées dans la littérature.

Les 80 naissances obtenues à travers notre échantillon ne correspondent qu'à 0.38% des naissances totales de nouveau-nés de mères schizophrènes en France entre 2010 et 2015 dans les maternités de notre étude.

Défaut dans le repérage des patientes

Le manque de représentativité résulte essentiellement du défaut de recrutement des patientes lié à leur repérage. Ce manque de repérage peut avoir plusieurs explications.

Différences de codage et de contribution des équipes psychiatriques

Comme expliqué plus haut, la classification des pathologies est complexe et peu connue des non spécialistes du domaine de la psychiatrie. Or, l'émission des listes de patientes prises en charge au cours de l'étude a été réalisée à partir des bases de données informatisées des maternités dans un premier temps. (Quantin, et al., 2014)

En fonction des modes de *screening*, le recrutement a été plus ou moins fructueux. Par exemple, pour les Maternités A et C qui ont un taux de **recrutement des naissances de mères schizophrènes** (20% et 25%) **similaire**, 2 techniques différentes ont pourtant été utilisées.

- ✚ Dans la maternité A, le recrutement par le codage PMSI ne semblait pas être la méthode la plus adaptée (selon la sage-femme responsable du codage) mais plutôt une recherche directement dans les *antécédents généraux* (par recherche du terme « schizophrénie ») dans la fiche de renseignement du logiciel Diamm (base de données).
- ✚ Dans la maternité C a effectué un screening en utilisant le codage PMSI avec également un taux excellent d'inclusion.
- ✚ Dans la maternité B la collaboration avec la psychiatrie n'a pas pu avoir lieu
- ✚ Dans la maternité D dans laquelle les 2 techniques de *screening* ont été utilisées de façon additive et comparative et pour laquelle la contribution au recrutement des patientes par l'équipe psychiatrique (67.7% ou 21/31) a été importante, les résultats étaient meilleurs avec un **taux de recrutement** de 45.7%.

On peut considérer que cette méthode impliquant la collaboration des deux services maternité et service de psychiatrie est la plus optimale dans le cadre de notre étude. Cette recherche approfondie dans la maternité D, pour essayer d'être plus exhaustif, n'a pas pu être faite dans les autres maternités sur le temps du travail du mémoire et il n'est pas exclu que si le même principe de recherche avait été possible, cela nous aurait permis d'avoir un nombre plus grand de patientes aussi dans les autres centres.

Néanmoins, même au sein de la maternité D, l'exhaustivité du recueil des données ne peut être confirmée totalement.

Ces éléments nous permettent de dire que peu importe la technique de *screening* finalement, le succès du recrutement et de l'inclusion dépendait : d'une part, de la qualité et de l'exhaustivité du codage (PMSI ou renseignements généraux) et d'autre part de la contribution des équipes psychiatriques dans la recherche des dossiers.

Défaut de coordination des professionnels de santé

Il existe certainement un défaut de repérage lié aux différences de supports informatiques ou d'outils de communication entre les équipes obstétricales et les équipes psychiatriques. En effet, pour les suivis pluridisciplinaires, les moyens de communications (transmissions écrites dans le dossier obstétrical, compte rendu de consultation de liaison, comptes rendus de staffs médico-psycho-sociaux) entre les différents professionnels variaient d'une maternité à l'autre mais également d'une patiente à l'autre. Le fait qu'il n'existe pas de support unique et dédié à ces échanges peut représenter une difficulté au repérage des patientes.

Le souci de confidentialité des informations médicales représentait également une difficulté pour le recrutement des patientes. Notamment dans la maternité D où les patientes gardent avec elles leur dossier médical ; le principe de ne pas indiquer la pathologie schizophrénique a été clairement établi d'un commun accord entre les professionnels de la maternité et les équipes psychiatriques. Le terme de syndrome dépressif était le plus souvent noté sur le dossier afin tout de même de mettre en évidence la présence d'une situation à risque. Il n'est pas exclu que le même principe de précaution n'ait été appliqué au sein des autres maternités.

Défaut de connaissance des pathologies psychiatriques

La scissure entre les secteurs de la périnatalité et de la psychiatrie (institutionnalisation, stérilisation des malades mentaux, placements des enfants systématiques) a perduré de nombreuses années et les connaissances sur les effets de la pathologie sur la grossesse ou l'inverse, les conséquences des traitements sur le développement fœtal et néonatal (à

plus ou moins long terme) et sur l'allaitement restent limitées chez les professionnels de la périnatalité.

Caractéristiques liées à la population

Un autre paramètre intervenant probablement dans le manque de repérage des femmes enceintes schizophrènes est la non reconnaissance de la pathologie par les patients. Ce phénomène est d'autant plus accentué au cours de la grossesse car les variations hormonales (taux d'œstrogène et de progestérone) survenant pendant la grossesse entraînent une pseudo « amélioration clinique » qui vient *confirmer* le sentiment de disparition ou d'inexistence de la pathologie.

D'autres patientes schizophrènes ne confieront pas l'existence de la pathologie possiblement par crainte d'être jugées du fait de la stigmatisation des patients présentant une maladie mentale par les professionnels (Jeffery, et al., 2013). La grossesse représentant quelques fois un moyen d'accès à la normalité, elles ne souhaitent pas être étiquetées par la maternité.

De ce fait, selon la maxime « un arbre qui tombe fait plus de bruit qu'une forêt qui pousse », il est fort probable que seules les patientes les plus instables, avec des antécédents plus graves et sous traitements aient été repérées au cours de l'étude. Les patientes présentant des tableaux infra-cliniques n'auraient alors pas toutes été dépistées par les maternités d'autant plus que le suivi des grossesses en ambulatoire (PMI, gynécologue-obstétricien de ville, sage-femme) est de plus en plus fréquent ce qui laisse moins de temps à l'expertise des professionnels en maternité.

Caractéristiques par rapport à la littérature

L'estimation des 3 500 naissances, mentionnée dans la littérature, ne repose pas sur une étude statistique probante mais sur des calculs indirects qui s'appuient sur l'observation clinique.

Le défaut de repérage expliqué ci-dessus, a entraîné un défaut de recrutement des patientes répondant aux critères d'inclusion par rapport à la prévalence de ces

grossesses retrouvée dans la littérature (les « dits » 3500). Toutefois, cette prévalence n'étant pas irréfutable, il n'est pas exclu que notre effectif soit d'autant plus sous-estimé ou au contraire une estimation se rapprochant plus de la réalité (essentiellement pour la maternité D où le recueil s'est voulu plus exhaustif).

Notre échantillon versus l'ENP : qu'en est-il de la littérature ?

Même si notre échantillon semble peu représentatif de la population des grossesses chez les femmes schizophrènes, les résultats obtenus semblent correspondre (comme citées dans notre introduction) aux données retrouvées dans la littérature concernant ces grossesses.

Les patientes incluses dans notre échantillon ont, en effet, un contexte de vie plus difficile du fait de leurs caractéristiques sociodémographiques plus précaires et de leurs conduites à risque (addictions, IST), de leurs antécédents et comorbidités par rapport à la population générale représentée par l'ENP. (Cournos, 1994 ; Lambert et al., 2003 ; Lefebvre et al., 2006)

Elles ont également eu un moins bon suivi de grossesse selon les critères de recommandations de l'HAS avec un nombre de consultations prénatales moins important, moins de réalisation des examens de dépistage préventif par rapport aux femmes de l'ENP essentiellement en raison de leur manque d'adhésion au soin du fait de leur pathologie (HAS, Mai 2016).

Elles n'ont pas bénéficié de l'entretien prénatale précoce (dît entretien du 4^{ème} mois) qui est proposé au premier trimestre de la grossesse même s'il peut être réalisé plus tardivement dans certains contextes. Elles ont également moins bénéficié de la préparation à la naissance et à la parentalité (1 seule patiente de l'échantillon). Ces recommandations s'inscrivent dans une démarche préventive, éducative et d'orientation. La PNP s'adresse à chaque femme enceinte ou couple « **en particulier** » aux femmes ayant un handicap moteur ou sensoriel, les femmes en situation de précarité ou en difficulté (HAS, 2005) Cependant, une étude réalisée à partir de données collectées dans la cohorte Etude longitudinale française depuis l'Enfance (ELFE) conclue que

l'EPP et la PNP concernent préférentiellement des populations de bon niveau sociodémographique et qu'ils devraient être intégrés à un système de prévention et de soins élargis afin de concerner les populations les plus vulnérables et de participer à l'amélioration de l'environnement psychologique et social de toutes les femmes en période périnatale (Barandon et al., 2015). (Annexe 8)

En plus de ce défaut de suivi, leurs grossesses ont été plus compliquées par la survenue de pathologies gravidiques et un taux plus important d'hospitalisations en cours de grossesse. Elles avaient également un taux d'induction du travail et de césarienne important. (Bennedsen et al., 2001 ; Vigod et al., 2014)

LIMITES DE L'ETUDE

Taille de l'effectif

La taille de notre échantillon et notre faible taux de recrutement par rapport à la prévalence estimée de 0.42% en population générale ne nous permettent pas une généralisation de nos résultats à la population des femmes enceintes diagnostiquées comme schizophrène. De ce fait, seulement une analyse descriptive et non une analyse statistique a été réalisée entre notre échantillon et l'ENP.

Distribution des patientes et comparabilité des maternités

L'hétérogénéité de la distribution des patientes par maternités et la différence importante du protocole de recrutement avec la contribution de l'équipe psychiatrique dans la maternité D sont également des limites à la généralisation des données même si par ailleurs il n'y avait pas de différences significatives pour les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents des patientes.. Toutefois, du fait des faibles tailles des échantillons par maternité nous ne pouvions faire des études séparées. Nous avons les résultats descriptifs détaillés par maternité à la disposition des membres du jury qui le souhaitent.

CONCLUSION

Nos résultats ont montré qu'il existe un réel déficit dans le repérage des patientes présentant une schizophrénie par les maternités en raison des caractéristiques de la pathologie mais également en raison de facteurs externes liés aux professionnels, aux codages et probablement à un manque de coordination des intervenants. Le repérage par les équipes psychiatriques, a fortiori s'il existe une UMB, permet d'améliorer l'identification de ces patientes prises en charge en maternité mais ne suffit pas à être exhaustif.

Nous avons également montré dans notre étude et en accord avec les données de la littérature, que la survenue de grossesses et la prise en charge de celles-ci par les professionnels de la périnatalité présentent des difficultés du fait d'un risque accru de complications pour la pathologie maternelle, le déroulement de la grossesse et le devenir du couple mère-enfant. Les femmes enceintes schizophrènes sont donc des femmes à risque de complications diverses en périnatalité et sont difficiles à suivre ce qui nécessite une communication étroite et de qualité entre maternités et services de psychiatrie ou psychiatrie liaison.

Toutefois, les limites et les difficultés rencontrées dans la réalisation de ce travail ne nous permettent pas de généraliser nos résultats à la population des femmes schizophrènes ayant accouché en France. Ces limites au repérage de ces grossesses constituent un réel frein à la détermination d'une prévalence nationale non seulement pour notre étude mais pour toute entreprise future d'enquête épidémiologique.

Quelques éléments de réponse aux problématiques de repérage et de prise en charge

Un travail en réseau semble indispensable entre les différents professionnels pouvant intervenir auprès de femmes schizophrènes. Parmi ces professionnels, on retrouve les médecins traitants, psychologues et psychiatres de ville, les centres médicaux-

psychosociaux (CMP), les services d'hospitalisation psychiatrique d'adultes, les gynécologues-obstétriciens et la protection maternelle et infantile (PMI) pour ne citer qu'eux. Ce travail en réseau doit permettre d'avoir une vision globale de la situation de la patiente et de ses facteurs de risque afin d'anticiper au mieux la prise en charge des femmes en âge de procréer avec mise en place d'un suivi gynécologique, une discussion autour du désir de grossesse et d'enfant avec toutes ces patientes afin de les orienter précocement vers les structures les plus adaptées lors de la survenue de grossesses. La création d'un outil faisant office de support commun facilement échangeable entre les professionnels devrait être créée afin de faciliter les échanges entre les différents professionnels ou un système de codage qui suivent les évolutions des diagnostics et qui soient commun entre les maternités et les services de psychiatrie.

Un travail pluridisciplinaire sur un modèle biopsychosocial est primordial dans le suivi de ces grossesses. Ce modèle doit permettre d'apprécier tous les aspects de la prise en charge des grossesses chez ces femmes de façon singulière et adaptée.

La dimension sociale va consister à mettre en relation la patiente avec des assistants sociaux, la protection maternelle et infantile, les centres médicaux psycho-sociaux et les techniciens d'intervention sociale (TISF) notamment pour des rencontres à domicile. La dimension médicale va permettre l'intervention de différents professionnels de différents domaines tels que l'addictologie (dans une optique curative mais également de sensibilisation et prévention) et l'obstétrique pour la prévention (comme cités dans ce travail) des risques pouvant survenir. L'intervention des psychiatres et des psychologues semble indispensable afin d'effectuer une évaluation de l'état psychologique de ces femmes, organiser les adaptations thérapeutiques et les modalités de suivi et apprécier les risques de décompensations.

La réalisation d'une étude de plus grande envergure à l'échelle nationale devrait être menée afin de déterminer plus précisément la prévalence de ces grossesses, leurs caractéristiques et aider à réfléchir aux moyens mobilisables pour optimiser leur prise en charge.

Nous espérons que de nouvelles études de plus grandes envergures telles que l'étude

EPIMOMS basée sur l'évaluation globale et « en population » de la morbidité maternelle sévère (incidence, déterminants, qualité de soins) et actuellement en cours de réalisation vont permettre de mettre en évidence des pistes d'amélioration du repérage et de la prise en charge des grossesses chez les patientes présentant un trouble psychiatrique en l'occurrence la schizophrénie.

BIBLIOGRAPHIE

- Abel, K. M., Au, K., & Howard, L. M. (2014). *Schizophrenia, Psychopharmacology, and Pregnancy*. Megan Galbally, Martien Snellen, Andrew Lewis .
- Abel, K. M., Wicks, S., Susser, E., Dalman, C., Pedersen, M., Mortensen, P., & Webb, R. (2010). Birth weight, schizophrenia, and adult mental disorder: is risk confined to the smallest babies? *Archives of general psychiatry*, 923-30.
- Bachelard-Jobard, C. (2001). *L'eugénisme, la Science et le Droit*. Presse Universitaire de France.
- Barabato, A. (1998). Schizophrenia and public health. *Nations For Mental Health*. Geneva: World Health Organisation.
- Bennedsen, B., Mortensen, P., Olesen, T., & Henriksen, M. (2001). Obstetric complications in women with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 167-175.
- Bleuler, E. (1993). *Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies*. GREC - EPEL.
- Blondel, B., Lelong, N., Kermarrec, N., & Goffinet, F. (2012). *La Santé Périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des Enquêtes nationales périnatales*.
- Bundy H, S. D. (2011). A systematic review and meta-analysis of the fertility of patients with schizophrenia and their unaffected relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98-106.
- Catherine Crenn HEBERT, C. M. (2010, 2011, 2012, 2013, 2014). *PMSI Périnatalité d'Île-de-France*. Agence Régionale de la Santé.
- Cazas, O. (2007, Octobre). psychotiques et maternité : quels risques pour l'enfant ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, pp. 1055 - 1059.
- Coulm, B., & Blondel, B. (2014). *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Etudes et Résultats.
- Cournos F, G. J.-B. (1994). Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 228-232.
- Crocq, M.-A. (2012). *Pathologies schizophréniques*. Lavoisier.
doi:10.3917/lav.daler.2012.01.0005
- Dayan, J., Andro, G., & Dugnat, M. (2015). Les mères schizophrènes et leurs enfants. *Psychopathologie périnatale et de la parentalité*, pp. 287-307.
- Desclin, J. (2006). La Schizophrénie : ce que les familles et les proches devraient savoir. *Mens Sana*.
- Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C. (2009). Qui sont les femmes et les bébés hospitalisés à plein temps dans les Unités mère-bébé en France ? . *Le Journal des Psychologues*, 36-40.
- Glangeaud-Freudenthal, N., Sutter-Dallay, A., Thiulin, A., Dagens, V., Zimmermann, M., Debourg, A., . . . Poinso, F. (2013). Predictors of infant foster care in cases of maternal psychiatric disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 553-61.

- Gourier-Frery, C., Chan Chee, C., & Beltzer, N. (2014). Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *European Psychiatry*, 29, 625. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.118>
- HAS. (2005). *Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*.
- HAS. (Mise à jour Mai 2016). *Recommandations Professionnelles : Suivi et Orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*.
- Hautecouverture, S., Limosin, F., & Rouillon. (2006, Mars). Epidémiologie des troubles schizophréniques. *La Presse Médicale*, pp. 461-468.
- INSEE, I. N. (2015). *Évolution des naissances, de la natalité et de la part des naissances hors mariage jusqu'en 2015*.
- Jeffery, Clement, Corker, Howard, Murray, & Thomicroft. (2013). Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service users in the UK: a framework analysis . *BioMed Central (BMC) psychiatry*, 13-120.
- Journal Officiel de la République Française, J. (2011). Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011.
- Krebs, M.-O. (2014). *Dossier d'information "Schizophrénie"*. Paris: INSERM.
- Lambert, T. J., & al. (2003). Medical comorbidity in schizophrenia. *MJA The Medical Journal of Australia*, 67-70.
- Larousse Médical. (2016). *Psychose*. Récupéré sur <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/psychose/15628>
- Legrand, G., & Villien, B. (1976). *LOGOS : grand dictionnaire de la langue française* (Vol. 3). Bordas.
- Llorca, P.-M. (2014). Prise en charge médicamenteuse et psychosociale. Dans *INSERM*.
- Manzano, J., & Lalive, J. (1983). Les jeunes mères psychotiques et leurs enfants. Expérience d'un programme de prévention primaire et secondaire. *Acta Peadopsychiatrica*, 208-2018.
- Messias, E. L., Chen, C.-Y., & Eaton, W. (2007). Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatric Clinics of North America*, 323 - 338.
- Miller, L. J. (1997). Sexuality, Reproduction, and Family Planning in Women with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 623-635.
- Miller, L. J. (1997). Sexuality, Reproduction, and Family Planning in Women With Schizophrenia. *Oxford Journals - Schizophrenia Bulletin*, 23(4).
- N. Lefebvre, L. C.-M. (2006, Mars). Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie traitée. Recommandations actuelles. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, pp. 159-164.
- OMS. (1975). Primary prevention of schizophrenia in high-risk groups. *Report on a working group*. Genève.
- OMS. (2008). Classification Internationale des Maladies.
- OMS. (2016). *Schizophrénie*. Aide Mémoire 397, Avril 2016.
- Quantin, C., Cottenet, J., Vuagnat, A., Prune, C., Mouquet, M., Fresson, J., & Blondel, B. (2014). Qualité des données périnatales issues du PMSI : Comparaison avec l'état civil de l'enquête nationale périnatale 2010. *Journal de Gynécologie*

Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 680-690.

- Serretti, A., & Chiesa, A. (2011). A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology*, 130-140.
- Stordeur, C., & Lejoyeux, M. (2011). Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *EMC - Obstétrique*, 1 - 11.
- Sutter Dallay, A.-L. (2010). Psychose et Maternité. *L'information Psychiatrique*, 86, p. 90. doi:10.3917/inpsy.8602.0153
- Sutter-Dallay, A., Bales, M., Pambrun, E., Glangeaud-Freudenthal, N., Wisner, K., & Verdoux, H. (2015). Impact of prenatal exposure to psychotropic drugs on neonatal outcome in infants of mothers with serious psychiatric illnesses. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 967-973.
- Sutter-Dallay, A., Lacaze, L., Chazaud, C., Rasclé, N., & Dallay, D. (2010). Psychotropic drugs, pregnancy and neonatal adaptation of the newborn. *Annales Médico-Psychologiques*, 628-631.
- Verdoux, H., & Sutter, A.-L. (2002). Perinatal Risk Factors for Schizophrenia: Diagnostic Specificity and Relationships With Maternal Psychopathology. *American Journal of Medical Genetics*, 898-905.
- Vigod, Krdyak, Dennis, Gruneir, Newman, Seeman, . . . Ray. (2014). Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study. *BJOG* : , 566-574.
- Wan, M. W., Abel, K. M., & et Grenn, J. (2008). The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia : A developmental psychopathology model. *Clinical Psychology Review*, 613-637.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostics de la schizophrénie selon le DSM(V) :

A	Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 : <ol style="list-style-type: none">1. Idées délirantes2. Hallucinations3. Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique5. Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)
B	Pendant une partie significative du temps depuis la survenue le début du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à éteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).
C	Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).
D	Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.
E	La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.
F	En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance , le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Annexe 2 : Critères diagnostics de la schizophrénie selon la CIM-10

Symptômes caractéristiques : ≥1 critère (1 à 4) ou ≥2 critères (5 à 8), pendant ≥1 mois, ou critère (9) pendant ≥12 mois (soit 1 an pour la schizophrénie simple), sans faire référence à une phase prodromique non psychotique :	
1	Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
2	Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
3	Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
4	Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surnaturels (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).
5	Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.
6	Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.
7	Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
8	Symptômes "négatifs" : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.
9	Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.
Critères d'exclusion :	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur. Ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément : trouble schizo-affectif (F25) ✚ Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie (F06.2) ✚ Intoxication ou un sevrage à une substance psycho-active (F1x.5) 	

Annexe 3 : Recommandations suivi de grossesse

GROSSESSE
Juin 2008

Suivi et orientation de la femme enceinte

CONSULTATIONS
7 consultations sont prises en charge à 100% pendant la grossesse ainsi qu'un entretien individuel ou en couple au cours du 1^{er} trimestre (réalisés par un médecin ou une sage-femme)

ÉCHOGRAPHIES
3 échographies sont systématiquement proposées aux femmes. En cas de pathologies fœtales ou de grossesse pathologique, des échographies supplémentaires peuvent être prises en charge avec l'accord de l'Assurance Maladie

	< 10 SA	< 15 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
1 ^{er} échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours)		①						
2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)			②					
3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)						③		

EXAMENS BIOLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES

<i>obligatoires*</i>	< 10 SA	< 15 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
• Groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)	①						②	
• Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) : - si Rhésus D négatif : à toutes les femmes - si Rhésus D positif : aux femmes avec un passé transfusionnel					③		③	
• RAI, à l'exclusion de Ac dirigés contre les Ag A et B								
• Sérologie toxoplasmose		④	④	④	④	④	④	④
• Sérologie rubéole		④						
• Sérologie syphilis								
• Glycosurie et protéinurie								
• Recherche de l'Ag HBs								
• Hémogramme								
à proposer systématiquement	< 10 SA	< 15 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
• Sérologie VIH 1 et 2								
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)							⑤	
• Frottis cervical ⑦	⑥							
à proposer systématiquement	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre						
• Dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	⑤	⑥						
à proposer éventuellement en fonction de la situation clinique	< 10 SA	< 15 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
• ECBU ⑧	⑧							
• Dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque	⑧							

* Source : Article R. 2122-2 du Code de la Santé Publique.

NB : Le dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire est à proposer systématiquement lors des 7 premières semaines d'aménorrhée (non remboursé).

Précisions sur les modalités de prescription :

① Uniquement en cas de première grossesse, si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complet (deux déterminations).

② Si détermination non faite avant.

③ En cas de négativité du résultat précédent.

④ En cas de négativité du résultat précédent, il est recommandé de prescrire une sérologie jusqu'à 18 SA.

⑤ Dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{er} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre).

⑥ Dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2^e trimestre (15 à 18 SA) en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre.

⑦ Si le dernier frottis cervical date de plus de deux à trois ans.

⑧ En cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète, ou de bandelette urinaire positive.

Taux de remboursement (dans la limite des tarifs de l'Assurance Maladie)

	100%
	70%
	60%

Fiche établie sur la base des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et en accord avec elle.

51

Annexe 4 : Recommandations HAS pour le type de suivi de la grossesse

Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
(HAS, l) Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Drépan Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en - mère préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter
- mère hétérozygote	A2	Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie	B	À adapter
- Uropathie	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 <u>précoce</u>	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter

(HAS, Mise à jour Mai 2016)

Annexe 5 : Différents suivis proposés par l'HAS en fonction des risques pour la grossesse (HAS, Mise à jour Mai 2016)

Encadré 1. Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses.

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Annexe 6 : Moyenne annuelle des naissances en France métropolitaine sur la période d'étude

Nombre d'accouchements	2010	2011	2012	2013	2014	2015	MOYENNE (M)
France métropolitaine	832 799	823 394	821 047	811 510	811 384	800 000	816 689

((INSEE), 2015)

Annexe 7 : Moyenne annuelle des naissances par maternité sur la période d'étude

Nombre d'accouchements	2010	2011	2012	2013	2014	MOYENNE (M)
Maternité A	4 983	4 629	4873	5 031	5 263	4955
Maternité B	3 090	2 963	3 085	3 025	3 529	3138
Maternité C	2 625	2 818	3 024	3 122	3 288	2975
Maternité D	3 103	3 023	3 435	3 469	3 466	3299

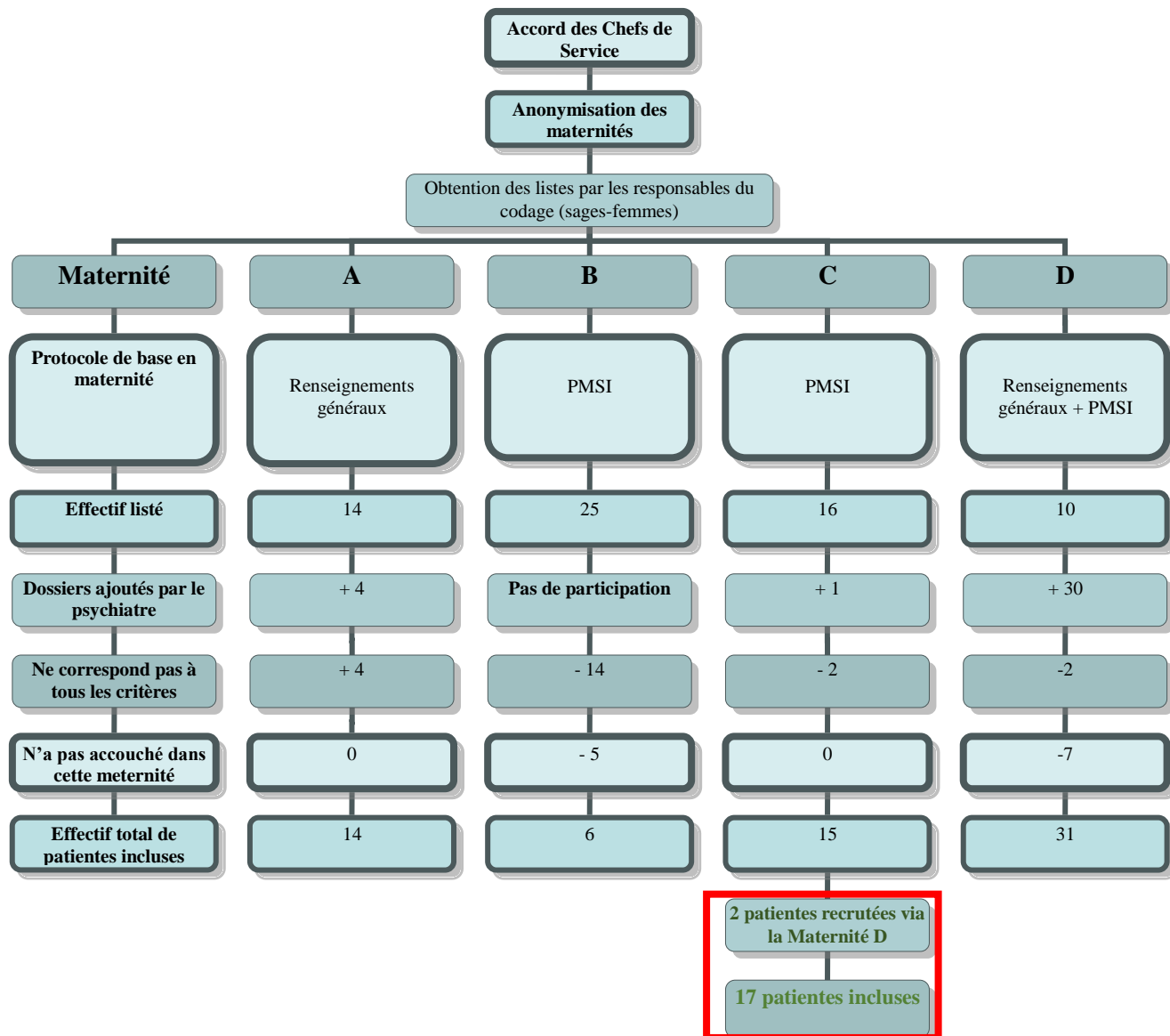
(Catherine Crenn HEBERT, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014) PMSI Périnatalité Ile de France, Agence régionale de la Santé

Annexe 8 : Recommandations de l'HAS pour la PNP (PNP, 2005)

Ces recommandations proposent une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple. De ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés. La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice.

RECUEIL DE DONNEES

Figure 1 : Flow Chart



TABLEAUX

Tableau 1b : Facteurs de vulnérabilités et conduites à risque

Variables Modalités	Totaux N=68 [%]
Trouble psychiatrique chez le partenaire	
<i>Oui</i>	8 [11.8]
<i>Non</i>	60[88.2]
Addictions	
<i>Oui</i>	30[44.1]
<i>Non</i>	38[55.9]
<i>Tabac</i>	30[44.1]
<i>Alcool</i>	5 [7.3]
<i>Cannabis</i>	9 [13.2]
IST⁶	
<i>Oui</i>	8 [11.8]
<i>Non</i>	60[88.2]
<i>Séropositivité VIH</i>	1 [1.5]
<i>Hépatite B</i>	1 [1.5]
<i>Herpès</i>	5 [7.3]
<i>HPV⁷</i>	1 [1.5]
ATCD⁸ d'agression physique	
<i>Oui</i>	9 [13.2]
<i>Non</i>	59 [86.8]
ATCD d'agression sexuelle	
<i>Oui</i>	5 [7.4]
<i>Non</i>	63 [92.6]

Tableau 1c : Anamnèse et suivi psychiatrique

Variables Modalités	Totaux N=68 [%]
ATCD familiaux psychiatriques	
<i>Oui</i>	17 [25]
<i>Non</i>	51 [75]
ATCD personnels psychiatriques	
<i>Oui</i>	62 [91.2]
<i>Non</i>	6 [8.8]
<i>Hospitalisation</i>	57 [83.8]
<i>TCA⁹</i>	5 [7.4]
<i>Dépression</i>	18 [26.5]
<i>TS¹⁰</i>	16 [23.5]
Régularité du suivi psychiatrique	
<i>Régulier</i>	44 [64.7]
<i>Irrégulier</i>	10 [14.7]
<i>Rupture de soins</i>	14 [20.6]
Mode de suivi	
<i>CMP</i>	34 [50]
<i>Psychiatre de ville</i>	12 [17.6]
<i>H° fréquentes</i>	10 [14.7]
<i>Aucun</i>	12 [17.6]
Traitement avant la grossesse	
<i>Oui</i>	57 [83.8]
<i>Non</i>	9 [13.2]
<i>Non mentionné</i>	2 [2.9]
<i>Monothérapie</i>	25 [36.8]
<i>Bithérapie</i>	11 [16.2]
<i>Trithérapie</i>	16 [23.5]
<i>+ de 3 traitements</i>	5 [7.3]

⁶ Infection sexuellement transmissible

⁷ Papilloma virus humain

⁸ Antécédents

⁹ Troubles du Comportement Alimentaire

¹⁰ Tentative de suicide

Tableau 1d : Antécédents obstétricaux

Variables <i>Modalités</i>	Totaux N=68 [%]
ATCD obstétricaux	
<i>Oui</i>	40 [58.8]
<i>Non</i>	28 [41.2]
<i>FCS¹¹</i>	6 [8.8]
<i>GEU¹²</i>	1 [1.5]
<i>IVG¹³</i>	19 [27.9]
<i>IMG (indication psy)</i>	1 [1.5]
ATCD d'accouchement	
<i>A terme</i>	23 [33.8]
<i>Prématuré (<37 SA)</i>	2 [2.9]

Tableau 2a : Survenue de la grossesse

Variables <i>Modalités</i>	Totaux N=77 [%]
Désir de grossesse	
<i>Oui</i>	32 [41.6]
<i>Non</i>	11 [14.3]
<i>Non mentionné</i>	34 [44.2]
EPC*	
<i>Oui</i>	4 [5.2]
<i>Non</i>	73 [94.8]
Déclaration de grossesse	
<i>Au 1^{er} trimestre</i>	64 [83.1]
<i>> 1^{er} trimestre</i>	11 [14.3]
<i>Non mentionnée</i>	2 [2.6]
Spontanée	
<i>Oui</i>	76 [98.7]
<i>Non</i>	1 [1.3]
Type	
<i>Singleton</i>	75 [97.4]
<i>Multiple</i>	2 [2.6]
<i>Gémellaire</i>	1 [1.3]
<i>Triple</i>	1 [1.3]

Tableau 2b : Conduites à risque

Variables <i>Modalités</i>	Totaux N=77 [%]
Addictions	
<i>Oui</i>	30 [39]
<i>Non</i>	47 [61]
<i>Tabac</i>	29 [37.7]
<i>Alcool</i>	2 [2.6]
<i>Cannabis</i>	8 [10.4]

¹¹ Fausse Couche spontanée

¹² Grossesse extra-utérine

¹³ Interruption volontaire de grossesse

Tableau 2c : Suivi de la grossesse

Variables Modalités	Totaux N=77 [%]
Consultations prénatales	
<i>Moyenne</i>	5.98
< 7	44 [57.1]
7-8	22 [28.6]
>8	11 [14.3]
Echographies	
<i>Nb moyen d'échographies</i>	3.9
Dépistage T21¹⁴	
<i>Réalisé</i>	46 [59.7]
<i>Non souhaité</i>	5 [6.5]
<i>Hors délai/Non mentionné</i>	25 [32.5]
<i>A risque</i>	7 [9.1]
Dépistage diabète gestationnel	
<i>Réalisé</i>	53 [68.8]
<i>Non réalisé</i>	17 [22.1]
<i>Non mentionné</i>	7 [9.1]
Dépistage portage SB¹⁵	
<i>Réalisé</i>	61 [79.2]
<i>Non réalisé</i>	13 [16.9]
<i>Non mentionné</i>	3 [3.9]
<i>Positif</i>	20 [14.3]
<i>Négatif</i>	41 [53.2]

¹⁴ Trisomie 21

¹⁵ Portage vaginal du Streptocoque B

Tableau 2d : Complications obstétricales

Variables Modalités	Totaux N=77 [%]
Anomalies échographiques	
<i>Oui</i>	20 [26]
<i>Non</i>	57 [74]
<i>Macrosomie</i>	6 [7.8]
<i>Hypotrophie/RCIU</i> ¹⁶	9 [11.7]
<i>Anomalies dopplers</i>	4 [5.2]
<i>Malformation</i>	2 [2.6]
<i>Signes d'appel HT21</i>	
Pathologie gravidique	
<i>Oui</i>	40 [51.9]
<i>Non</i>	37 [48.1]
<i>MAP*</i>	13 [16.9]
<i>RPM¹⁷</i>	1 [1.3]
<i>Pré-éclampsie</i>	7 [9.1]
<i>Diabète gravidique</i>	16 [20.8]
<i>MVTE</i>	2 [2.6]
<i>Diminution de MAF¹⁸</i>	2 [2.6]
<i>Anémie</i>	4 [5.2]
<i>IU¹⁹ hautes & basses Vomissements</i>	4 [5.2]
Corticothérapie	
<i>Oui</i>	13 [16.9]
<i>Non</i>	64 [83.1]
Hospitalisation en GHR²⁰	
<i>Oui</i>	32 [41.6]
<i>Non</i>	45 [58.4]

¹⁶ Retard de Croissance Intra Utérin

¹⁷ Rupture Prématuroe des Membranes

¹⁸ Mouvement Actif Fœtal

¹⁹ Infection Urinaire

²⁰ Grossesses à Haut Risque

Tableau 3 : Suivi et complications sur le plan psychiatrique

Variables	Totaux
<i>Modalités</i>	N=77 [%]
Consultation psychiatrique	
<i>Oui</i>	56 [72.7]
<i>Non</i>	21 [27.3]
Traitement pendant la grossesse	
<i>Oui</i>	60 [77.9]
<i>Non</i>	14 [18.2]
<i>Non mentionné</i>	3 [3.9]
<i>Monothérapie</i>	26 [33.8]
<i>Bithérapie</i>	21 [27.3]
<i>Trithérapie</i>	9 [11.7]
<i>+ de 3 traitements</i>	6 [7.8]
Décompensation psychiatrique	
<i>Oui</i>	38 [49.3]
<i>Non</i>	39 [50.7]
<i>Hospitalisation</i>	32 [41.6]
<i>↗ dose traitement</i>	22 [28.6]
<i>Déclenchement</i>	10 [12.9]
<i>TS</i>	2 [2.6]
IMG	
<i>Discutée non réalisé</i>	2 [2.6]
<i>Réalisée</i>	1 [1.3]

Tableau 4a : Issues de la grossesse

(N=77)

Variables <i>Modalités</i>	Totaux N=77 [%]
Mise en travail	
<i>Spontanée</i>	35 [45.4]
<i>Déclenchée</i>	42 [54.5]
Terme moyen à l'accouchement	
Prématurité	
<i>Oui</i>	21 [27.3]
<i>Non</i>	56 [72.7]
Analgsie	
<i>Péridurale</i>	55 [71.4]
<i>Rachianesthésie</i>	11 [14.3]
<i>Générale</i>	7 [9.1]
<i>Aucune</i>	2 [2.6]
DOO²¹	
<i><12h</i>	63 [81.8]
<i>>12h</i>	14 [18.2]
ATB prophylaxie	
<i>Oui</i>	33 [42.9]
<i>Non</i>	44 [57.1]
Variables <i>Modalités</i>	Totaux N=77 [%]
Utilisation ocytocine	44 [57.1]
<i>Oui</i>	33 [42.9]
<i>Non</i>	
ARCF*	
<i>Oui</i>	44 [57.1]
<i>Non</i>	33 [42.9]
HDD²²	
<i>Oui</i>	7 [9.1]
<i>Non</i>	70 [90.9]

Issues de la grossesse (suite)

Variables <i>Modalités</i>	Totaux N=77 [%]
Voie d'accouchement	
<i>Basse spontanée</i>	37 [48.1]
<i>Basse instrumentale</i>	8 [10.4]
<i>Haute (césarienne)</i>	32 [41.6]
Couleur du liquide amniotique	
<i>Claire</i>	53 [68.8]
<i>Teintée</i>	18 [23.4]
<i>Méconial</i>	6 [7.8]
Périnée	
<i>Intacte</i>	42 [54.5]
<i>Eraillures</i>	5 [6.5]
<i>Déchirure</i>	20 [25.9]
<i>Complet</i>	2 [2.6]
<i>Episiotomie</i>	8 [10.4]

²¹ Durée d'ouverture de l'œuf

²² Hémorragie de la Délivrance

Mémoire Etudiante Sage-Femme Baudelocque

Tableau 4b : Issues pour le nouveau-né
(N=80)

Variables Modalités	Totaux N=80 [%]
Poids moyen à la naissance (en grammes)	2829
Trophicité	
<i>Eutrophie</i>	64 [81.2]
<i>Macrosomie</i>	5 [6.3]
<i>Hypotrophie</i>	10 [12.5]
Gaz du sang	
<i>Normal >7.25</i>	36 [45]
<i>(Pré-acidose) 7.25-7.20</i>	17 [21.3]
<i>Acidose <7.20</i>	22 [27.5]
<i>Echec prélèvement</i>	1 [1.3]
Apgar < 7 à 1 min	
<i>Oui</i>	16 [20]
<i>Non</i>	64 [80]
Apgar < 7 à 5 min	
<i>Oui</i>	10 [12.5]
<i>Non</i>	70 [87.5]
Apgar < 7 à 10 min	
<i>Oui</i>	4 [5]
<i>Non</i>	76 [95]

Tableau 5a : Suivi en post-partum
précoce

Variables Modalités	Totaux N=77 [%]
Transfert de l'enfant	
<i>Oui</i>	50 [64.9]
<i>Non</i>	27 [35.1]
<i>± Indication psychiatrique</i>	32 [41.6]
Suivi pluridisciplinaire	
<i>Oui</i>	70 [90.9]
<i>Non</i>	7 [9.1]
Allaitement	
<i>Maternel</i>	24 [31.2]
<i>Artificiel</i>	53 [68.8]
Décompensation psychiatrique	
<i>Oui</i>	33 [42.9]
<i>Non</i>	44 [57.1]
Présence d'un membre de la famille	
<i>Oui</i>	57 [74]
<i>Non</i>	20 [26]

Tableau 5b : Organisation de la sortie de maternité

Variables <i>Modalités</i>	Totaux N=77 [%]
Contraception de sortie	
<i>Orale</i>	
<i>Progestative</i>	17 [22.1]
<i>Œstroprogestative</i>	3 [3.9]
<i>Implanon</i>	34 [44.2]
<i>DIU²³</i>	3 [3.9]
<i>Préservatifs</i>	7 [9.1]
<i>Aucune</i>	6 [7.8]
<i>Non mentionnée</i>	6 [7.8]
Signalement de la situation	
<i>Oui</i>	22 [28.6]
<i>Non</i>	55 [71.4]
<i>IPP</i>	5 [6.5]
<i>OPP</i>	13 [16.9]
<i>AEMO</i>	2 [2.6]
<i>PMI</i>	1 [1.30]
Mode de sortie	
<i>A domicile</i>	44 [57.1]
<i>Simple</i>	23 [29.9]
<i>HAD</i>	10 [13]
<i>HAD pédiatrique</i>	5 [6.5]
<i>TISF*</i>	2 [2.6]
<i>VAD²⁴ par le CMP</i>	2 [2.6]
<i>Echec UMB</i>	2 [2.6]
<i>Transfert UMB*</i>	13 [16.9]
<i>Transfert psychiatrie</i>	20 [26]

²³ Dispositif Intra Utérin

²⁴ Visite à domicile