HAL
open science

Suicide et périnatalité.

Elsa Moreau

To cite this version:

Elsa Moreau. Suicide et périnatalité.. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02971142

HAL Id: dumas-02971142

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971142v1

Submitted on 19 Oct 2020

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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Suicide et périnatalité.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 25 Septembre 2020

Par Madame Elsa MOREAU

Née le 6 janvier 1990 à Montmorency (95)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	**Président**
Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	**Assesseur**
Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic	**Assesseur**
Monsieur le Docteur BELZEAUX Raoul	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANINONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4905*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

Je tiens à remercier,

Le Professeur François Poinso

Qui me fait l'honneur de présider mon jury.

Merci de nous transmettre combien la pédopsychiatrie est une spécialité passionnante par la qualité vos enseignements théoriques et cliniques.

Je vous témoigne ma respectueuse reconnaissance.

Le Docteur Raoul Belzeaux

Qui me fait l'honneur de diriger cette thèse.

Merci pour ta bienveillance tout au long de mon internant, ainsi que de ton accompagnement dans l'élaboration de cette thèse.

Je me considère chanceuse de pouvoir travailler avec toi.

Le Professeur Jean Naudin

Qui me fait l'honneur de siéger à cette thèse

Merci d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury.

Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Merci de m'accueillir dans votre service pour ma dernière année internat.

Le Professeur Ludovic Cravello

Qui me fait l'honneur de siéger à cette thèse

Merci d'apporter votre regard de gynécologue-obstétricien à mon travail.

Je vous adresse mon plus sincère respect.

A **Antoine**, ma plus belle rencontre, merci pour ton soutien et pour ce que tu es.

A **ma mère**, qui m'a insufflé le goût de la psychiatrie. Merci d'avoir pris soin de moi.

A **mon père**, pour son soutien insubmersible.

A **mes grands-parents** qui comptent tant pour moi.

A mes frères, **Simon et Lucas**, auxquels je porte une affection profonde.

A mes neveux, **Ilia et Niv**, merveilles des merveilles.

A mes beaux-parents, **Alain et Brigitte**, qui m'ont accueillie avec une gentillesse sans pareille chez eux.

A **Juliette**, au bagout incomparable, la meilleure des comparses.

A **Hélène**, dont la force et le parcours de ces dernières années me rendent fière d'être son amie.

A **Anne-Claire**, toujours présente et attentive.

A **Constance**, aux qualités innombrables.

A **Maëlle**, la passionnée.

A **Bénédicte**, un ange tombé du ciel.

A **Julie**, la meilleure des marseillaises.

A **Delphine**, unique en son genre.

A **Mouna**, mon ancienne chef préférée.

Au **Frérot**, qui est souvent sur une ambiance chic.

Aux copains de promo**, Mahiou, Sérafin, Axel, Roxane, David, Agathe, Cécilia et Charlotte.**

A **Patrice, Vanessa, Marie-Clémence et Virginie.**

A l'équipe du Centre Expert des Troubles Bipolaires, **Adeline, Isabelle**, **Chantal et les psychologues.**

A **Isabelle et Claudine**, sans qui la liaison n'aurait pas eu la même saveur. Merci pour votre présence et votre soutien.

A **tous les médecins** qui m'ont accompagnée et formée pendant cet internat.

Table des matières

I. Introduction 22
II. Le suicide chez la femme 23
II.1. Définitions 23
II.2. Epidémiologie 25
II.3. Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du suicide 26
II.3.a Facteurs de risque liés au système de santé et à la société en général 27
II.3.b Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations 27
II.3.c Facteurs de risque individuels 27
II.3.d Les facteurs protecteurs et les stratégies préventives 28
II.3.e Facteurs de risque et de protection selon le Collège Universitaire de Psychiatrie 28
II.4. Particularités du suicide chez la femme 29
II.4.a Moyens létaux utilisés 29
II.4.b Répartition des diagnostics psychiatriques 29
II.4.c Caractéristiques démographiques 30
III. Période périnatale et troubles psychiatriques 31
III.1 Définitions de la période périnatale 31
III.2 Vulnérabilité psychique en période périnatale, quelques théories psychopathologiques 31
III.3 Nosographie de la « psychiatrie périnatale » 32
III.3.a. Dépression périnatale 32
III.3.b Troubles bipolaires et période périnatale 34
III.3.c La psychose puerpérale 35
II.3.d La schizophrénie et la période périnatale 36
III.3.e Troubles anxieux et période périnatale 36
III.3.f Etat de stress post-traumatique et période périnatale 36
III.3.g Troubles liés à l'usage de substances et période périnatale 37
III.4 Complications obstétricales et néonatales 37
III.5 Conséquences sur le développement de l'enfant 38
III.5.a Attachement insécure ou désorganisé 38
III.5.b Développement psychomoteur de l'enfant 39
III.5.c Risque de trouble psychiatrique ultérieur 39
III.6 Evolutions des classifications des morts maternelles et de la durée de la période périnatale 39
IV. Revue exhaustive de la littérature 41
IV.1. Objectifs et hypothèses 41
IV.2. Méthode 41
IV.2.a. Recherche de la littérature 41

IV.2.b. Sélection des articles 42
IV.3. Résultats 42
IV.3. a. Résultats de la revue systématique 42
IV.3. b. Les articles sélectionnés 43
IV.3. c. Synthèse des résultats 108
IV.3.c.i le taux de suicide maternel dans les pays développés 108
IV.3.c.ii la fréquence du suicide maternel par rapport aux autres causes de mortalité maternelle 112
IV.3.c.iii. La fréquence du suicide maternel par rapport à la fréquence du suicide chez les femmes hors période périnatale de la même tranche d'âge 118
IV.3.c.iv. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes décédées par suicide en période périnatale 120
IV.3.c.v. Les moyens létaux utilisés 123
IV.3.c.vi. La période de survenue du suicide maternel 125
IV.3.c.vii. Caractéristiques cliniques du suicide maternel 127
IV.3.c.viii. Traitements psychotropes et accès aux soins 132
IV.3.c.ix. Risque suicidaire en fonction des évènements obstétricaux ou néonataux 136
IV.4.Discussion 137
IV.4.i.Profil spécifique du suicide maternel 137
IV.4.ii Forces 138
IV.4.iii.Limites 138
IV.4.iv. Parcours de soins pendant la grossesse 140
V. Cas clinique 144
VI. Conclusion 150
Bibliographie 151

I. Introduction

Les troubles psychiatriques sont des maladies complexes et très hétérogènes dont le diagnostic repose sur une évaluation clinique. Ils se caractérisent par une souffrance psychique associée à des troubles comportementaux et émotionnels, ainsi qu'à des troubles cognitifs. Ils sont à l'origine d'une altération du fonctionnement social, familial et/ou professionnel. De plus, les conséquences sur le plan somatique sont importantes puisque pour certaines de ces pathologies, l'espérance de vie est diminuée de 10 à 20 ans comparée à celle de la population générale. Les troubles psychiatriques se placent parmi les premières causes de handicap en France et ils représentent un des postes de dépenses les plus importants des systèmes de soins et de solidarité sociale.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) retient parmi les dix pathologies majeures du XXIème siècle cinq maladies mentales, à savoir :

- la schizophrénie
- les troubles bipolaires
- les dépressions
- les addictions
- les troubles obsessionnels compulsifs

En France, les troubles psychiatriques sont fréquents et touchent particulièrement les jeunes adultes. Dans 70% des cas, les premiers signes apparaissent entre 15 et 25 ans.

Les troubles de l'humeur sont fréquents. La dépression affecte 2,5 millions de Français chaque année. On considère ainsi qu'environ 16-17 % des individus présenteront au moins un épisode dépressif au cours de leur existence.

Le spectre global des troubles bipolaires atteint une prévalence d'environ 2,5 % avec des chiffres de prévalence similaires aux États-Unis, en Europe et en Asie (2). En France, la prévalence du trouble bipolaire est estimée autour de 1 % - 2,5 % en population générale. Cette prévalence est très certainement largement sous-évaluée (3).

Le décès par suicide est, de toutes les complications des troubles psychiatriques, la plus dramatique. Le suicide a un déterminant complexe. Il est associé à des pathologies psychiatriques sévères, ainsi qu'à des facteurs de risque psycho-sociaux et biologiques. Environ 800 000 décès par suicide sont recensés chaque année dans le monde selon l'Organisation

Mondiale de la Santé (OMS, 2016). La France, quant à elle, compte environ 9 000 suicides par an (Eurostat, 2011-2016).

Les femmes sont une population à risque concernant les troubles psychiatriques. En effet, la prévalence en France de l'épisode dépressif caractérisé sur la vie entière est estimée à 26,6% chez les femmes et elle est presque deux fois plus élevée que chez les hommes (4). Les troubles bipolaires touchent quant à eux entre 1 % et 2,9 % de la population féminine (3-5) et la prévalence des troubles anxieux est d'environ 25 % dans cette même population (6).

Dans ce contexte, la période périnatale est une période de vulnérabilité psychiatrique supplémentaire et spécifique. En effet, entre 10 et 20 % des femmes vont souffrir d'une dépression du post-partum, un nombre non négligeable de troubles anxieux et plus rarement de troubles psychotiques. Ces troubles surviennent chez des patientes souffrant au préalable d'un trouble psychiatrique ou sont parfois isolés.

Compte-tenu de la prévalence et de la sévérité possible des troubles psychiatriques du péripartum, l'incidence de la mortalité par suicide pendant la grossesse et lors du post-partum est à questionner.

Ce travail se compose de quatre parties.

Il convient dans un premier temps de présenter le suicide chez la femme.

Nous ferons par la suite une synthèse sur la période périnatale et les pathologies psychiatriques.

Nous présenterons ensuite une revue systématique de littérature sur le suicide maternel en période périnatale.

Enfin, en dernière partie, nous présenterons un cas clinique afin d'illustrer nos propos.

II. Le suicide chez la femme

II.1. Définitions

Le suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort. Il survient à un moment donné dans la vie de l'individu où ses ressources adaptatives sont épuisées avec l'échec des différentes alternatives envisagées. Le suicide sera alors perçu par le sujet comme la seule échappatoire de la crise qu'il traverse.

La tentative de suicide (TS) se définit par tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir (7).

La tentative de suicide a été associée récemment à un diagnostic spécifique et fait son apparition dans la classification internationale du DSM-V sous le terme de « trouble des conduites suicidaires ». Les critères diagnostiques sont les suivants (8) :

- Au cours des 24 derniers mois, le sujet a fait une tentative de suicide. Une TS est une séquence de comportements initiés par un individu qui, au moment de l'initiation, s'attend à ce que cet ensemble d'actions conduise à sa propre mort. Le « moment de l'initiation » est l'instant où le comportement se manifeste par l'utilisation d'un moyen.
- L'acte ne satisfait pas aux critères des lésions auto-infligées non suicidaires c'est-à-dire ne concerne par les blessures auto-infligées à la surface du corps, réalisées pour soulager des émotions/états cognitifs négatifs ou pour atteindre un état émotionnel positif.
- Le diagnostic ne s'applique pas aux idéations suicidaires ni aux actes préparatoires.
- L'acte n'a pas été initié au cours d'un état confusionnel ou d'un délirium.
- L'acte n'a pas été entrepris uniquement dans un but politique ou religieux.

Une personne est considérée comme ayant des **idéations suicidaires** lorsqu'elle pense à se tuer (9).

Le comportement suicidaire est un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative du suicide et le suicide (7).

La crise suicidaire se définit comme une crise psychique dans un contexte de vulnérabilité avec expression d'idées suicidaires et risque important de passage à l'acte. Elle est réversible et temporaire. A un stade avancé, l'individu peut présenter :

- un sentiment de désespoir
- une souffrance psychique intense
- une réduction du sens des valeurs
- un cynisme
- un attrait pour le morbide
- une recherche soudaine de moyens pour échapper à cette situation (10).

II.2. Epidémiologie

Environ 800 000 décès par suicide sont recensés chaque année dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016). Il constitue la dixième cause de mortalité mondiale. Dans les pays riches, il concerne 3 fois plus d'hommes que de femmes.

Sur le plan international, le suicide représente 50% des morts violentes chez les hommes et 71% chez les femmes. La mort violente est avant toute chose une mort inattendue qui se caractérise par son caractère brutal et inopiné. Il peut s'agir d'un suicide, d'un homicide ou d'un accident.

En France, en 2016, le taux de suicide abouti en population générale est estimé à 13.22 pour 100 000 habitants, soit un total de 8 611 suicides. Le taux de suicide chez l'homme est de 21.97 pour 100 000 habitants (Données Eurostats 2016). Chez la femme, en France, en 2016, date des dernières données disponibles, le taux de suicide abouti est estimé à 5.86 pour 100 000 habitants, pour un total de 2023 suicides.

Tableau 1 Suicide féminin en Europe, données Eurostat 2016

Pays	Taux de suicide chez la femme pour 100 000 habitants	Nombre total de décès par suicide	Nombre de suicides chez les femmes en âge de procréer, de 15 à 49 ans (% des suicides féminins)	Nombre de suicides chez les femmes > 50 ans (% des suicides féminins)
Union Européenne	4,66 *Homme 17,77*	11 128 *37 745*	3961 (36 %) *15 440 (41 %)*	7108 (64 %) *22 218 (59 %)*
Suède	7,14 *Homme 16,5*	351 *785*	155 (44 %) *368 (47 %)*	193 (55 %) *415 (53 %)*
Autriche	6,42 *Homme 22,72*	302 *936*	98 (32 %) *324 (35 %)*	202 (67%) *611 (65 %)*
Finlande	6,06 *Homme 22,98*	170 *622*	84 (49 %) *320 (51 %)*	85 (50 %) *300 (49 %)*
France	5,86 *Homme 21,97*	2023 *6588*	718 (35 %) *2611 (40 %)*	1282 (63 %) *3963 (60 %)*
Allemagne	5,37 *Homme 18,21*	2471 *7436*	760 (30,7 %) *2605 (35 %)*	1703 (69 %) *4822 (65 %)*
Danemark	4,96 *Homme 15,82*	144 *436*	51 (35 %) *184 (42 %)*	93 (65 %) *251 (58 %)*
Royaume-Uni	3,33 *Homme 11,31*	1092 *3555*	596 (54 %) *2063 (58 %)*	492 (45 %) *1484 (42 %)*
Islande	2,93 *Homme 21,66*	4 *36*	1 (25 %) *13 (36 %)*	2 (50 %) *12 (33 %)*
Italie	2,4 *Homme 9,83*	831 *3039*	282 (34 %) *1154 (38 %)*	548 (65 %) *1875 (62 %)*

Ainsi, en France, les décès par suicide chez les femmes en âge de procréer représentent environ 35 % des suicides féminins en 2016.

II.3. Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du suicide

Dans son rapport sur le suicide en 2014, l'OMS scinde les facteurs de risque en 3 domaines (7) :

- Les facteurs de risque liés au système de santé et à la société en général
- Les facteurs de risque liés à la communauté et aux relations
- Les facteurs de risque individuels

II.3.a Facteurs de risque liés au système de santé et à la société en général

Les facteurs de risque peuvent être liés au système de santé et à la société en général. Les difficultés d'accès aux soins et à la prise en charge requise, constituent un obstacle pour les patients présentant des idéations suicidaires, voire un risque élevé de passage à l'acte. L'accès facile aux moyens de suicide augmente également ce risque. Les descriptions inappropriées du suicide relayées par les médias et la stigmatisation des sujets suicidants favorisent l'isolement et donc le risque de passage à l'acte.

II.3.b Facteurs de risque liés à la communauté et aux relations

Les facteurs liés à la communauté et aux relations incluent :

- la guerre
- les catastrophes naturelles
- la discrimination
- la violence
- le sentiment d'isolement
- le manque de soutien social
- les relations conflictuelles
- une situation socio-économique ou professionnelle difficile

II.3.c Facteurs de risque individuels

Les facteurs de risque individuels comprennent :

- les antécédents de tentative de suicide
- les troubles mentaux
- la consommation nocive en substances psychoactives
- les pertes financières
- la douleur chronique
- les antécédents familiaux de suicide

II.3.d Les facteurs protecteurs et les stratégies préventives

L'OMS envisage de porter des stratégies de prévention « universelles » pour aider la population à l'accès aux soins de santé :

- promouvoir la santé mentale
- réduire la consommation nocive d'alcool ou de drogues
- limiter l'accès aux moyens de suicide
- encourager les médias à appliquer des pratiques responsables de couverture du suicide

Ensuite, elle évoque les stratégies de prévention dites « sélectives » centrées sur les groupes plus vulnérables afin de les accompagner et leur proposer des services d'aide (lignes téléphoniques…). Ces stratégies sélectives vont former des sentinelles avec pour objectif d'accompagner les patients à risque. En dernier lieu, les stratégies dites « indiquées » s'adressent à une population suicidaire bien ciblée. Il s'agit d'un soutien communautaire, un suivi secondaire à une hospitalisation, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé. D'autres facteurs de protection sont également impliqués telles que les relations, les croyances personnelles et les stratégies d'adaptation positives. Également, le soutien familial ou amical est un facteur protecteur. Les croyances religieuses ou spirituelles peuvent avoir une valeur protectrice pour l'individu mais peuvent aussi contribuer à la stigmatisation associée au suicide.

II.3.e Facteurs de risque et de protection selon le Collège Universitaire de Psychiatrie

Le Collège National des Universitaires en Psychiatrie préfère quant à lui évoquer les facteurs de risque individuels, familiaux et liés aux évènements de vie. (10)

Parmi les facteurs de risque individuels, en plus des notions déjà évoquées auparavant, il ajoute l'estime de soi, la personnalité et la santé physique.

Les facteurs familiaux regroupent :

- les antécédents suicidaires familiaux
- la violence
- l'abus physique psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu

Pour les évènements de vie, il convient de rechercher un élément déclencheur qui va amener la personne en état de crise :

- la situation économique
- l'isolement social
- une séparation ou perte récente
- des difficultés dans le développement
- le suicide d'un proche
- des problèmes judiciaires
- des échecs ou des événements humiliants

Concernant les facteurs protecteurs, il met en évidence la résilience qui est « la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'évènements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse ».

II.4. Particularités du suicide chez la femme

II.4.a Moyens létaux utilisés

Les femmes utilisent généralement des moyens létaux moins violents que les hommes tels que l'intoxication médicamenteuse volontaire. (11-12)

II.4.b Répartition des diagnostics psychiatriques

En population générale, 87.3% des suicides sont associés à un diagnostic psychiatrique. Environ 43.2 % des suicides sont associés à un trouble de l'humeur et 25.7 % à une comorbidité addictologique. La dépression et le trouble lié à l'usage de l'alcool sont les problématiques les plus fréquemment rencontrées dans les décès par suicide. Les troubles de la personnalité semblent représenter 16.2% des diagnostics psychiatriques et les troubles psychotiques, incluant la schizophrénie, comptent pour 9.2% des suicides. (13)

Il existe des différences dans la répartition des diagnostics psychiatriques entre les hommes et les femmes. Le risque de présenter un trouble de l'humeur au moment du suicide est plus élevé chez la femme. A contrario, les troubles liés à l'usage de substances, les troubles de la

personnalité et les antécédents de troubles pédopsychiatriques sont plus fréquents chez l'homme. (13)

II.4.c Caractéristiques démographiques

Le suicide survient plus tardivement chez la femme que chez l'homme. L'âge moyen des femmes est en effet plus élevé selon plusieurs études. Il est estimé entre 34,5 et 50 ans chez les femmes contre 28,5 ans pour les hommes. (12-14)

Concernant le statut marital, la majorité des femmes qui se suicident sont, par ordre de fréquence, mariées (37 à 43%), célibataires (21 à 26,9%) ou veuves (20 à 36%). Elles vivent, pour la plupart, avec d'autres personnes. (14-15)

Sur le plan professionnel, la plupart des femmes qui décèdent par suicide ont un emploi (40%) ou sont femmes au foyer (16 %). (15)

Au moment du suicide, un plus grand nombre de femmes bénéficieraient d'un traitement psychotrope par rapport aux hommes. En Grèce, à Athènes, près de 32 % des femmes étaient traitées par antidépresseurs au moment de leur suicide et 24 % bénéficiaient d'un traitement antipsychotique. (15)

III. Période périnatale et troubles psychiatriques

III.1 Définitions de la période périnatale

La période périnatale s'étend du début de la grossesse à la fin de la première année suivant l'accouchement. Elle comprend la période anténatale qui se définit comme la période avant l'accouchement et le post-partum qui est la période qui suit l'accouchement. (OMS, 2012)

III.2 Vulnérabilité psychique en période périnatale, quelques théories psychopathologiques

La période périnatale est marquée par de profonds remaniements psychiques chez les femmes en général.

Dès l'Antiquité, la vulnérabilité de la femme pendant la grossesse est évoquée. Cependant, c'est au XIXème siècle qu'en France, les troubles psychiatriques périnataux font l'objet, pour la première fois de publications scientifiques. Louis-Victor Marcé, élève d'Esquirol, décrit en 1858, dans son *Traité de la folie des femmes enceintes*, le caractère spécial de la « folie puerpérale », en s'appuyant sur soixante-dix-neuf observations concernant des accouchées et des nourrices. Dans cet écrit, il s'interroge sur l'influence de la période périnatale concernant l'apparition de troubles psychiatriques chez la mère et les conséquences sur le développement de l'enfant.

En 1961, Paul-Claude Racamier, psychiatre et psychanalyste français, en travaillant sur les psychoses puerpérales, élabore le concept de « maternalité » (16) qu'il définit comme « l'ensemble des processus psychologiques qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité ». Ainsi, il souligne les mouvements et remaniements psychiques inhérents à la maternité qui peuvent être à l'origine d'une souffrance psychologique. L'accès à la maternité se composerait de plusieurs étapes successives. Tout d'abord, le temps de la grossesse, puis le vécu de l'accouchement et enfin le maillage du lien mère-enfant pendant la période postnatale.

Monique Bydlowski, psychiatre et psychanalyste française, parle en 1991 de « transparence psychique » pour qualifier l'état de susceptibilité particulière caractérisant la femme enceinte qui établit sans difficulté une corrélation entre la situation de gestation actuelle et les remémorations de son passé. La grossesse se caractériserait donc par une grande perméabilité aux interventions inconscientes. Ainsi, la femme enceinte va se tourner volontiers vers des thématiques autocentrées et inaccessibles pour la plupart des femmes, en dehors de cette période de son existence. (17)

Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique, décrit de son côté en 1956 un mouvement psychique spécifique à la femme qu'il nomme « préoccupation maternelle primaire » pendant lequel la mère se montre tout spécialement « capable de s'adapter aux tous premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité ». Cet état durerait pendant les semaines qui suivent la naissance et l'auteur le compare à un repli, à une dissociation, voire à un état schizoïde, une « maladie mentale normale » dont la mère va se remettre. (18)

III.3 Nosographie de la « psychiatrie périnatale »

III.3.a. Dépression périnatale

Les travaux sur les dépressions périnatales reconnaissent tous les conséquences sur l'altération de la qualité de vie et de la santé mentale des mères. De plus, les complications obstétricales et néonatales sont plus fréquentes. Nous retrouvons en effet des taux plus élevés de pré-éclampsie, de prématurité ou d'admission en néonatologie. (19)

La dépression périnatale est reconnue comme ayant des conséquences sur le lien mère-enfant, sur le développement de l'enfant dans les domaines affectifs, cognitifs et comportementaux. (20)

II.3.a.i Epidémiologie

La dépression prénatale toucherait 14.5 % des femmes gestantes selon une méta-analyse (21) et apparaîtrait dans les premiers mois de grossesse.

Le post-partum blues touche entre 30 et 80 % des accouchés.

O'hara et Swain, dans une méta-analyse de 59 études, estiment que la prévalence de la dépression du post-partum est de 12.8% en population générale. (22)

Il existe un aspect prédictif des dépressions prénatales sur les dépressions du postpartum : 65.5 % des femmes souffrant d'une dépression du post-partum présentaient déjà d'importants symptômes dépressifs pendant la grossesse (23)

Seulement 50 % des dépressions du post-partum seraient diagnostiquées. (26)

II.3.a.ii Clinique

Dépression prénatale

La dépression anténatale recouvre les critères diagnostiques habituels de l'épisode dépressif caractérisé. La symptomatologie est principalement d'allure dépressive et anxieuse.

Les symptômes sont souvent corrélés aux changements somatiques liés à la grossesse, ce qui peut retarder le diagnostic. (24)

Post-partum blues ou baby-blues

Le post-partum blues se caractérise par un ensemble de symptômes comprenant une labilité émotionnelle, des pleurs, une humeur exaltée ou dépressive et une irritabilité. Cette symptomatologie apparaît habituellement de façon transitoire entre le 2ème et le 5ème jour du post-partum. L'étiologie principale retenue est hormonale compte-tenu de la chute des œstrogènes et de la progestérone au moment de l'accouchement et de l'augmentation de la prolactine et du cortisol. On constate également la disparition des hormones foeto-placentaires. (25)

Le post-partum blues disparaît généralement rapidement et ne se manifeste souvent que pendant quelques jours. Il est cependant désormais reconnu que, s'il est associé à un environnement social défavorable, il peut conduire à l'émergence de symptômes anxieux et dépressifs.

Dépression du post-partum

La dépression post-natale est marquée par une symptomatologie anxieuse et dépressive. Les symptômes fréquemment retrouvés sont une asthénie, des crises de larmes, une anhédonie

marquée, une modification de l'appétit avec des variations pondérales, un sentiment d'incapacité concernant l'enfant pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de s'occuper du bébé et un sentiment de culpabilité. (26)

III.3.a.iii Facteurs de risque de la dépression du post-partum

Bien que toute femme puisse développer une dépression post-natale, les mères qui présentent certains facteurs de risque sont significativement plus susceptibles de développer un épisode dépressif caractérisé après l'accouchement. Parmi les facteurs de risque largement documentés dans la littérature internationale, les plus prédictifs de la dépression du post-partum sont la dépression et l'anxiété anténatale, ainsi que les antécédents dépressifs et psychopathologiques antérieurs à la grossesse. (27-28)

De plus, le stress lié aux événements de vie ainsi que le manque de soutien social peuvent avoir un effet important sur le développement des dépressions du post-natales (29).

III.3.b Troubles bipolaires et période périnatale

III.3.b.i Epidémiologie

Les épisodes de troubles de l'humeur pendant la période de la grossesse et le post-partum sont très fréquents dans l'ensemble du spectre du trouble de l'humeur. Ce risque d'épisode thymique est d'autant plus augmenté lorsqu'il s'agit d'un trouble bipolaire.

L'occurrence d'un épisode affectif majeur périnatal est d'environ 66 % en l'absence de traitement régulateur de l'humeur pendant la grossesse. En revanche, le risque de rechute diminue nettement (25 % des cas) en cas de poursuite du traitement pendant la période anténatale. (30)

III.3.b.ii Clinique

Pendant la grossesse, 23 % des femmes atteintes d'un trouble bipolaire présentent une décompensation thymique. Elles décrivent principalement des épisodes dépressifs et mixtes. Les récidives surviennent habituellement lors du premier trimestre de grossesse. (31-32)

La présence de symptômes dépressifs et/ou maniaques pendant la grossesse prédit d'un risque dix fois plus élevé de symptômes thymiques pendant la période post-natale. (33)

Le post-partum est une période de grande vulnérabilité pour les femmes atteintes d'un trouble bipolaire. En effet, le risque de présenter un épisode thymique significatif après l'accouchement est 3,5 fois plus élevé que pendant la grossesse. Les épisodes dépressifs caractérisés sont plus fréquents (2/3 des cas) que les manies ou les hypomanies (1/3 des cas). (31)

La plupart des épisodes postnataux se produisent au cours du premier mois après l'accouchement. La période critique se situe entre J10 et J19 du post-partum, la manie ou la psychose débutant plus tôt que la dépression.

La sévérité des épisodes dans le post-partum est plus importante. En effet les épisodes durent plus longtemps, sont pharmaco-résistants, associés à une déficience fonctionnelle importante ainsi qu'à une comorbidité addictive et suicidaire plus élevée. (34)

III.3.c La psychose puerpérale

La psychose puerpérale est une maladie psychiatrique grave. Elle se définit par l'apparition, dans les six premières semaines du post-partum, d'un des tableaux psychiatriques suivants (35) :

- Episode maniaque ou mixte associé ou non à des caractéristiques psychotiques
- Episode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques
- Episode délirant sans symptôme thymique associé

Cette entité n'existait pas dans les nosographies modernes jusqu'en 2016 où la classification internationale a reconnu la psychose puerpérale comme une maladie distincte dans la catégorie des maladies rares dans *Orphanet.* La psychose puerpérale n'est pas référencée dans le DSM. (36)

La psychose puerpérale est rare puisqu'elle touche une à deux femmes pour 1000 naissances. (36)

Un certain nombre d'études ont mis en évidence un lien entre les psychoses puerpérales et les troubles de l'humeur, l'incluant dans le spectre du trouble bipolaire. (35)

II.3.d La schizophrénie et la période périnatale

La schizophrénie est une pathologie mentale sévère et d'évolution chronique. Elle touche à part égale les hommes et les femmes.

Une étude décrit qu'environ 50 % des femmes atteintes de schizophrénie seraient enceintes à un moment donné de leur vie alors que la prévalence de la parentalité reste faible dans cette population. (38)

Peu de publications ont étudié le risque de décompensation pendant la période périnatale. De plus, les résultats semblent contradictoires. (39-40)

Ainsi, il semble nécessaire que l'étayage des professionnels de santé soit renforcé afin de prévenir le plus rapidement possible toute rechute éventuelle en détectant et en traitant les premiers symptômes pour éviter une décompensation sévère.

III.3.e Troubles anxieux et période périnatale

Une part d'anxiété non pathologique est fréquemment rencontrée pendant la grossesse, mais d'authentiques troubles anxieux peuvent émerger à cette période. En effet, la prévalence du trouble anxieux généralisé pourrait être de 8,5 % à 10,5 % pendant la grossesse, et de 4,4 % à 10,8 % en post-partum. (41)

III.3.f Etat de stress post-traumatique et période périnatale

La prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) durant la grossesse est de 3,3 % en population générale. (42)

En période postnatale, la prévalence est de 4 % en population générale, principalement en lien avec un événement traumatique pendant la naissance. (42)

Il existe des femmes à haut risque de présenter un ESPT en période périnatale. En effet, la prévalence d'ESPT chez les femmes ayant présenté des complications sévères pendant la grossesse ou pendant l'accouchement varie entre 15 et 18 %. Le risque augmente également en cas de césarienne en urgence ou de bébé mort-né. (42-45, 103, 104)

III.3.g Troubles liés à l'usage de substances et période périnatale

La consommation de toxiques est un véritable problème de santé publique chez la femme enceinte. En Californie, aux Etats-Unis, la prévalence du trouble lié à l'usage d'une substance est estimée à 5,16 % dans cette population. (46)

Les substances les plus consommées sont (46-48) :

- le tabac, avec une prévalence de femmes exposées en période périnatale qui varie entre 8 et 16 % selon les études

- l'alcool avec une prévalence de femmes exposées en période périnatale d'environ 8 %
- le cannabis
- la cocaïne
- les opiacés

Si ces consommations ont tendance à être réduites pendant la grossesse, elles augmentent fortement entre le 6ème et le 12ème mois du post-partum.

III.4 Complications obstétricales et néonatales

Les femmes atteintes d'un trouble psychiatrique sévère sont plus susceptibles de présenter une obésité ou des pathologies cardiovasculaires compte tenu des facteurs psycho-sociaux qui les entourent et des traitements psychotropes qui leur sont prescrits. Ainsi, pendant la grossesse, le diabète, l'hypertension artérielle et les pré-éclampsies sont plus fréquents chez ces femmes par rapport à la population générale. (52-54)

D'une manière générale, selon une étude de 2019, la survenue d'un épisode psychiatrique au cours de la grossesse est associée à un retard de croissance intra-utérin (OR 2,21 [1.44–3.38] ; $p = 0.003$) et à un nombre plus important d'hospitalisations en néonatologie (OR 1,54 [1.06–2.19], $p = 0.002$). Les résultats sont majorés lors de troubles sévères liés à l'usage de substances. (49-50)

Parmi les enfants hospitalisés en service de néonatologie, 40% auraient une mère présentant un trouble psychiatrique en période périnatale. (51)

III.5 Conséquences sur le développement de l'enfant

III.5.a Attachement insécure ou désorganisé

L'émergence, durant la période périnatale, d'un épisode psychiatrique sévère peut avoir des conséquences sur le développement des relations d'attachement de l'enfant.

La théorie de l'attachement est formulée pour la première fois en 1958 par John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique. (53)

Etre attaché à quelqu'un signifie que nous recherchons une proximité, physique ou psychique, de la part de la figure spécifique à laquelle nous sommes attachés. Nous recherchons cette proximité en cas de détresse ou d'alarme. Le but du comportement d'attachement est la réduction du stress afin de se sentir de nouveau en sécurité.

La mère, afin de favoriser le lien réciproque avec son enfant, active les capacités parentales de *caregiver*, de donneur de soins.

Si l'enfant fait l'expérience de relations de qualité, avec des réponses ajustées de la part des parents à ses besoins, alors il pourra développer un attachement sécure.

Une décompensation psychiatrique peut altérer les capacités de *caregiving* de la mère et donc influencer les intéractions précoces avec son enfant. Celui-ci fera alors l'expérience de réponses environnementales moins satisfaisantes à ses besoins de réconfort et il aura recours à des stratégies adaptatives pouvant être à l'origine d'un attachement insécure, évitant ou ambivalent, voire désorganisé. (54)

L'attachement insécure-évitant se traduit par une inhibition de la réponse émotionnelle de l'enfant compte-tenu de la tendance des caregivers à lui demander de ne pas faire appel à eux lorsqu'il est en état de stress. L'attitude de l'enfant montre qu'il n'est apparemment pas sensible à la séparation, ni au retour de sa figure d'attachement.

L'attachement insécure-ambivalent peut émerger lorsque les parents ont tendance à avoir des comportements imprévisibles, tantôt adaptés, tantôt indifférents, insitant l'enfant à augmenter l'intensité de ses signaux d'appel pour recruter une présence parentale. Lors de la séparation, la détresse est immédiate et intense.

Dans l'attachement désorganisé, l'enfant ne met pas en place de stratégie de défense identifiable de façon stable. Il peut présenter un mélange de stratégies sécures et insécures, ou bien des interruptions brusques de recherche de proximité ou de réconfort. Cela amène à des comportements contradictoires voire aberrants de proximité et de rejet.

III.5.b Développement psychomoteur de l'enfant

La majorité des publications ont étudié les répercussions de la dépression du post-partum sur l'enfant. Aucune conclusion n'a pu être apportée quant à l'association entre la dépression du post-partum et les quatre domaines du développement du nourrisson (physique, neuromoteur, langage et capacités cognitives). (105)

III.5.c Risque de trouble psychiatrique ultérieur

Les enfants dont les parents souffrent d'un trouble psychiatrique sévère ont un risque majoré de développer un trouble psychiatrique. (55-56)

Une méta-analyse des taux absolus et relatifs des troubles mentaux chez les descendants de parents atteints de schizophrénie, de trouble bipolaire ou de dépression met en évidence (55) :

- Un risque accru de trouble de l'humeur chez les enfants de parents atteints de schizophrénie (RR = 3.59; 95 % CI: 2.57–5.02)
- Un risque accru de schizophrénie chez les enfants de parents atteints de trouble bipolaire (RR = 6.42; 95 % CI: 2.20–18.78)
- Des résultats non significatifs concernant la descendance de parents atteints de dépression (RR = 1.71; 95 % CI: 0.19–15.16)

III.6 Evolutions des classifications des morts maternelles et de la durée de la période périnatale

Pendant de nombreuses années, les études sur la mortalité maternelle s'appuyaient sur la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM 9). La mort maternelle se définissait alors comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais

ni accidentelle ni fortuite. A cette époque, le suicide était considéré comme une mort accidentelle et n'était donc pas considéré comme une mort maternelle.

La dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) élargit l'évaluation causale des morts maternelles en prenant en compte les décès survenus de façon accidentelle ou fortuite. Les décès par suicide sont dès lors pris en compte dans la comptabilisation des morts maternelles. De plus, la CIM 10 introduit une nouvelle notion, celle de mort maternelle tardive, qui se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales, directes ou indirectes, survenue plus de 42 jours, mais moins d'un an après la fin de la grossesse.

Actuellement, les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

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

En 2012, l'OMS a émis de nouvelles recommandations concernant la classification des morts maternelles et notamment concernant les suicides. Il est maintenant recommandé de classer en mort maternelle directe tout suicide de femme survenant pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant sa fin, et en mort maternelle tardive tout suicide survenant entre 43 et 365 jours de la fin de la grossesse, indépendamment de la connaissance ou non d'un contexte psychiatrique particulier.

Compte-tenu de la fréquence des troubles psychiatriques chez la femme en général, de la vulnérabilité psychique en période périnatale et de l'évolution nosographique des morts maternelles ainsi que de la durée de la période périnatale, il convient de se questionner sur la prévalence des suicides maternels qui semble avoir été sous-estimée pendant de nombreuses années.

IV. Revue exhaustive de la littérature

IV.1. Objectifs et hypothèses

Le but de notre étude est de déterminer le taux de suicide maternel dans les pays développés, ainsi que le délai médian de survenue de celui-ci par rapport au terme de la grossesse, et de décrire, si elle existe, une typologie des femmes décédées par suicide en période périnatale afin, à terme, de mieux prévenir la survenue de ces événements.

Nous formulons pour ce travail deux hypothèses :

- La première serait que le suicide maternel dans les pays développés est une des causes les plus fréquentes de mortalité maternelle et qu'il survient plutôt après la 6ème semaine du post-partum.
- La seconde serait qu'il existe deux profils parmi ces femmes décédées par suicide en période périnatale. Le premier profil correspondrait au profil de patiente à risque suicidaire élevé non spécifique à la grossesse et au post-partum, incluant les troubles psychiatriques et/ou addictologiques préexistants. Le second profil correspondrait à une catégorie sans antécédents psychiatriques. Le suicide dans ce sous-groupe pourrait alors être attribué à une pathologie aiguë du péripartum qui pourrait être associé à des facteurs de risques spécifiques. Dans le premier cas le suicide pourrait survenir plus tardivement que dans le second cas.

IV.2. Méthode

IV.2.a. Recherche de la littérature

Dans cette revue exhaustive de la littérature, nous avons recherché de façon systématique, sur la base de données Medline/PubMed, des articles ayant été publiés entre le 1er janvier 1990 et le 15 juillet 2020 et répondant aux mots-clés suivants : (maternal and mortality and suicide) or (pregnancy related death and suicide) or (suicide and perinatal) or (suicide and pregnancy) or (suicide and antenatal) or (suicide and postnatal) or (suicide and peripartum) or (suicide and post-partum) NOT (review or meta-analysis or study protocol).

Nous avons également identifié les enquêtes confidentielles concernant la mortalité maternelle dans les pays suivants : Canada, Etats-Unis, Australie et Royaume-Uni.

IV.2.b. Sélection des articles

Nous avons inclus pour cette étude les articles ayant déterminé un taux de suicide maternel dans un pays développé, la fréquence des décès par suicide en période périnatale par rapport aux autres cause de morts maternelles ou ceux décrivant une typologie des femmes décédées par suicide en période périnatale.

Nous avons inclus les études expérimentales, quasi-expérimentales et observationnelles. Nous avons inclus uniquement les études publiées en anglais et en français.

Nous avons exclu les case-reports et les articles étudiant le suicide maternel dans les pays en voie de développement compte-tenu des différences culturelles et économiques importantes avec les pays développés.

Les données ont été classées comme : (1) d'intérêt, (2) doublon ou (3) sans intérêt, selon les critères décrits ci-dessus. Après la sélection, les textes entiers ont été récupérés et étudiés.

Nous avons également sélectionné des rapports d'enquête confidentielle sur la mortalité maternelle au Royaume-Uni et en Australie afin de compléter nos investigations.

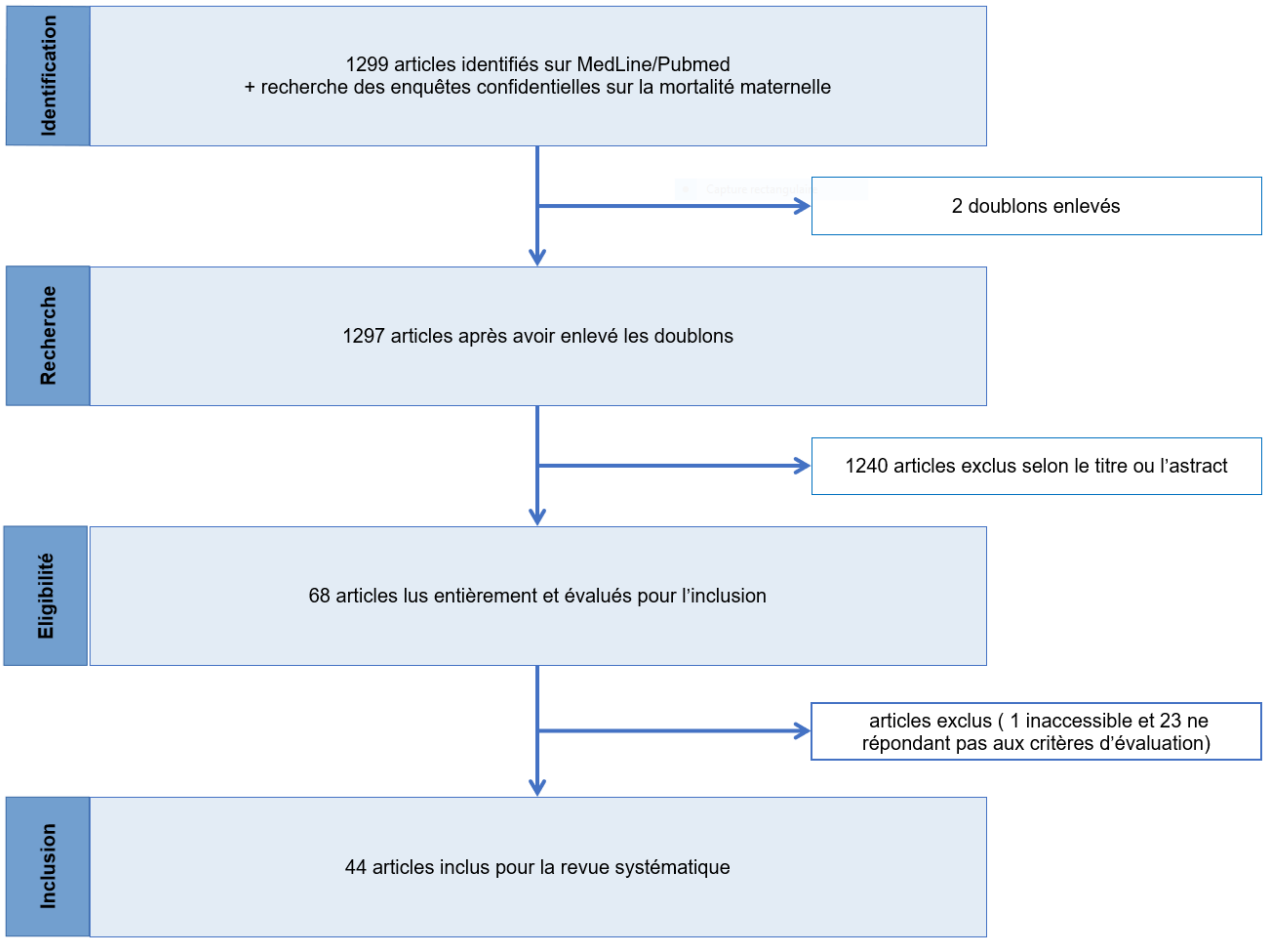
IV.3. Résultats

IV.3. a. Résultats de la revue systématique

La recherche exhaustive a identifiée 1299 articles au total. Soixante-huit articles étaient éligibles pour une évaluation plus approfondie. Parmi eux, un article n'était pas accessible et 23 ne répondaient pas aux critères d'évaluation.

La sélection finale comptait donc 44 articles ou rapports d'enquête confidentielle sur la mortalité maternelle.

Figure 1 Flowchart



IV.3. b. Les articles sélectionnés

1) *Maternal Mortality in the UK 2015-17: Surveillance and Epidemiology. (57)*

Auteur(s), revue, date : Kathryn Bunch and Marian Knight, 2019.

Objectifs :

- Déterminer le taux de mortalité maternelle en Grande-Bretagne entre 2015 et 2017.
- Identifier les causes, les facteurs de risque, l'adéquation des soins et l'évitabilité des morts maternelles.
- Comparer les résultats avec les anciens rapports depuis 2009

Méthode :

Les morts maternelles sont notifiées au “Mother and Babies : Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across UK” (MBRRACE-UK) ou au “Maternal Death Enquiry” (MDE) d’Irlande par les équipes ayant pris soins des femmes concernées ou par d’autres sources comme des médecins légistes ou des médias. De plus, les décès sont confirmés auprès de l’office national des statistiques et des archives nationales d’Ecosse (the Office for National Statistics and National Records of Scotland).

Par la suite, le dossier médical des femmes décédées est anonymisé pour l’enquête confidentielle. Les données anonymisées sont alors analysées pour déterminer la cause du décès. Les soins prodigués pour chaque femme sont ensuite évalués par un ou deux obstétriciens, sages-femmes, anatomo-pathologistes, anesthésistes ou par d’autres assesseurs spécialisés en psychiatrie, en médecine générale ou en réanimation. Chaque dossier est ainsi examiné par environ dix experts.

Les causes de mort maternelle sont classées selon la classification internationale des maladies maternelles (ICD-MM). Les suicides sont donc considérés comme des morts maternelles directes.

Echantillon :

- 236 femmes sont décédées en Grande-Bretagne, de 2015 à 2017, pendant leur grossesse ou dans les 42 jours suivant l’accouchement.
- 313 femmes sont décédées en Grande-Bretagne, de 2015 à 2017, entre la 6ème semaine du post-partum et un an après leur accouchement.
- En tout, 2 317 363 naissances vivantes ont été recensées sur la période étudiée

Principaux résultats :

Parmi les 236 décès maternels, pendant la grossesse et avant la 6ème semaine du post-partum, 27 sont considérés comme non liés à la grossesse. Ainsi, sur la période 2015-2017, 209 femmes sont décédées par causes obstétricales directes ou indirectes, avec un taux de mortalité maternelle estimé à 9,78 pour 100 000 naissances (IC 95 % 8,54-11,14).

Le taux de suicide maternel, pendant la grossesse et 42 jours après l’accouchement, sur la période 2015-2017, est estimé à 0.57 pour 100 000 naissances (CI 95 % 0.3-0,98).

Le suicide maternel, avant le 42ème jour du post-partum, représente la deuxième cause directe de mortalité maternelle en Grande-Bretagne sur cette période, derrière les pathologies thrombo-embolique dont le taux de mortalité est estimé à 1,49 pour 100 000 naissances (IC 95 % 1,03-2,08)

En prenant en compte les causes obstétricales directes et indirectes, le suicide représente la 6ème cause de mort maternelle en Grande-Bretagne, avant la 6ème semaine du post-partum.

Les causes de mortalité maternelle les plus fréquentes, pendant la grossesse et jusqu'au 42ème jour du post-partum sont :

- Les pathologies cardiaques avec un taux de mortalité estimé à 2.1 pour 100 000 naissances (IC 95 % 1.55-2,79)
- Les thromboses et les pathologies emboliques avec un taux de mortalité estimé à 1,39 pour 100 000 naissances (IC 95 % 1,03-2,08)
- Les pathologies neurologiques indirectes avec un taux de mortalité estimé à 1,18 pour 100 000 naissances (IC 95 % 0,78-1,72)
- Les autres causes indirectes (en dehors des pathologies cardiaques, des sepsis, des cancers et des pathologies neurologiques) avec un taux de mortalité estimé à 1,01 pour 100 000 naissances (IC 95 % 0,64-1,51)
- Le suicide maternel avec un taux de mortalité estimé 0.57 pour 100 000 naissances (CI 95 % 0.3-0,98)
- Les hémorragies avec un taux de mortalité estimé 0.48 pour 100 000 naissances (IC 95 % 0,24-0,86)

Entre la 6ème semaine du post-partum et l'année suivant l'accouchement, le taux de mortalité maternelle en Grande-Bretagne, sur la période étudiée, est de 13,7 pour 100 000 naissances (IC 95 % 12,3-15,3). Le suicide représente 18 % des décès maternels et devient ainsi la première cause de mortalité à partir du 43ème jour du post-partum. La deuxième cause est le trouble lié à l'usage de substance (12 % des décès).

2) *Surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14. (58)*

Auteur(s), revue, date : Marian Knight, Manisha Nair, Derek Tuffnell, Sara Kenyon, Judy Shakespeare, Pete Brocklehurst, Jennifer J Kurinczuk.

Objectifs :

- Déterminer le taux de mortalité maternelle en Grande-Bretagne entre 2012 et 2014.
- Identifier les causes, les facteurs de risque, l'adéquation des soins et l'évitabilité des morts maternelles.
- Comparer les résultats avec les anciens rapports depuis 2009

Méthode :

Il s'agit d'une étude épidémiologique.

Les morts maternelles sont notifiées au "Mother and Babies : Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across UK" (MBRRACE-UK) ou au "Maternal Death Enquiry" (MDE) d'Irlande par les équipes ayant pris soins des femmes concernées ou par d'autres sources comme des médecins légistes ou des médias. De plus, les décès sont confirmés auprès de l'office national des statistiques et des archives nationales d'Ecosse (the Office for National Statistics and National Records of Scotland).

Par la suite, le dossier médical des femmes décédées est anonymisé pour l'enquête confidentielle. Les données anonymisées sont alors analysées pour déterminer la cause du décès. Les soins prodigués pour chaque femme sont ensuite évalués par un ou deux obstétriciens, sages-femmes, anatomo-pathologistes, anesthésistes ou par d'autres assesseurs spécialisés en psychiatrie, en médecine générale ou en réanimation. Chaque dossier est ainsi examiné par environ dix experts.

Les causes de mort maternelle sont classées selon la classification internationale des maladies maternelles (ICD-MM). Les suicides sont donc considérés comme des morts maternelles directes.

Echantillon :

En tout, 241 femmes sont décédées en Grande-Bretagne, de 2012 à 2014, pendant leur grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement. En tout, 2 368 125 naissances vivantes sont recensées sur la période étudiées.

Principaux résultats :

Parmi les 241 décès maternels, 41 sont considérés comme non liés à la grossesse. Ainsi, sur la période 2012-2014, 200 femmes sont décédées par causes directes ou indirectes, avec un taux de mortalité maternelle estimé à 8.54 pour 100 000 naissances (IC 95 % 7.4-9.81).

Le taux de suicide maternel, pendant la grossesse et 42 jours après l'accouchement, sur la période 2012-2014, est estimé à 0.6 pour 100 000 naissances (CI 95 % 0.33-1).

De 2009 à 2014, 111 femmes sont décédées par suicide en Grande-Bretagne pendant la grossesse ou pendant l'année suivant l'accouchement. Vingt mères se sont suicidées avant la 6ème semaine du post-partum.

Le suicide maternel, avant le 42ème jour du post-partum, représente la sixième cause de mortalité maternelle en Grande-Bretagne.

Les causes de mortalité maternelle les plus fréquentes sont :

- Les pathologies cardiaques avec un taux de mortalité estimé à 2.18 pour 100 000 naissances (IC 95 % 1.62-2.86)
- Les autres causes indirectes (en dehors des pathologies cardiaques, des sepsis, des cancers et des pathologies neurologiques) avec un taux de mortalité estimé à 0.98 pour 100 000 naissances (IC 95 % 0.62-1.47)
- Les pathologies neurologiques indirectes avec un taux de mortalité estimé à 0.94 pour 100 000 naissances (IC 95 % 0.58-1.42)
- Les thromboses et les pathologies emboliques avec un taux de mortalité estimé à 0.85 pour 100 000 naissances (IC 95 % 0.52-1.32)
- Les embolies du liquide amniotiques avec un taux de mortalité estimé à 0.68 pour 100 000 naissances (IC 95 % 0.39-1.11)
- Le suicide maternel avec un taux de mortalité estimé 0.6 pour 100 000 naissances (CI 95% 0.33-1)

- Les hémorragies de la délivrance avec un taux de mortalité estimé 0.56 pour 100 000 naissances (IC 95 % 0.29-0.95)

3) *Lessons on maternal mental health, Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquirie into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13. (59)*

Auteur(s), revue, date : Roch Cantwell, Marian Knight, Margaret Oates and Judy Shakespeare on behalf of the MBRRACE-UK mental health chapter writing group. December 2015.

Objectif : décrire une typologie des suicides maternels (caractéristiques sociodémographiques, cliniques, accès aux soins)

Méthode : données issues de l'enquête confidentielle sur la mortalité maternelle en Grande Bretagne entre 2009 et 2013 (MBRRACE-UK).

Echantillon :

- 3 950 000 naissances vivantes ont été identifiées sur la période étudiée
- 101 femmes décédées par suicide pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum, entre 2009 et 2013, en Grande-Bretagne et en Irlande

Principaux résultats :

En prenant en compte les 101 suicides survenant pendant la grossesse et jusqu'à un an après l'accouchement, le taux de suicide maternel en Grande Bretagne est estimé à 2.3 pour 100 000 naissances (IC 95 % 1.9-2.8).

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui se suicident en période périnatale sont les suivantes :

- L'âge médian est de 29 ans
- La majorité des femmes sont caucasiennes (74 %) et sont nées en Grande- Bretagne ou en Irlande (72 %)
- Plus de la moitié sont multipares (53 %)
- Environ un quart de ces femmes sont connues des services sociaux

- Dans 17% des cas, nous retrouvons des antécédents de violences domestiques. Dans 51% des cas, les informations concernant des antécédents de violences conjugales ne sont pas accessibles.
- La plupart de ces femmes ont un emploi (57 %) et un conjoint (57 %)
- Les moyens létaux utilisés sont violents dans 82 % des cas, avec un taux de suicide violent calculé à 1.9 pour 100 000 naissances (IC 95 % 1.5-2.4). Sur les 83 femmes décédées par suicide violent, 46 sont mortes par pendaison (55 %).
- Le suicide survient dans 80 % des cas après la 6ème semaine du post-partum.

Pour 78 des femmes décédées par suicide, un diagnostic psychiatrique a pu être établi au moment du suicide :

- 45 femmes présentaient un trouble dépressif récurrent
- 14 femmes présentaient un épisode dépressif caractérisé isolé
- 22 femmes décrivaient des symptômes psychotiques
- 14 de ces femmes présentaient un trouble lié à l'usage de substances avec une prédominance de polytoxicomanie
- Plus de la moitié de ces femmes avaient un antécédent de trouble psychiatrique avant la grossesse (56 %).

Parmi les 57 femmes présentant un antécédent de trouble psychiatrique, il a été identifié que pour au moins 16 d'entre elles les informations médicales n'ont pas été communiquées aux services de maternité.

Quatre-vingt pourcent de ces femmes ont bénéficié de soins anténataux, quel qu'ils soient. Cependant, seulement un quart ont reçu des soins adaptés.

Un quart des femmes décédées par suicide ont sollicité des soins anténataux pour la première fois après la douzième semaine d'aménorrhée.

4) *Suicide in perinatal and non- perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. (60)*

Auteur(s), revue, date : Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM. Lancet Psychiatry. 2016.

Objectifs : comparer les tendances et les corrélations entre les femmes qui sont décédées par suicide en période périnatale (grossesse et jusqu'à un an du post-partum) et hors période périnatale et qui ont été en contact avec des services de psychiatrie.

Méthode :

Les données datant de 1997 à 2012 ont été combinées. Elles sont issues de plusieurs sources, à savoir l'enquête confidentielle sur la mortalité maternelle en Grande-Bretagne et l'enquête confidentielle sur le suicide et la santé mentale (The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health).

Deux groupes ont été créés, d'un côté le groupe « suicide maternel » et de l'autre le groupe « suicide hors période périnatale ».

Echantillon : 4785 suicides de femmes, âgées entre 16 et 50 ans et ayant eu un contact avec un service de psychiatrie un an avant leur décès, ont été identifiés sur la période étudiée, dont 98 suicides maternels (2 %).

Principaux résultats :

Parmi les 98 suicides maternels, 18 sont survenus pendant la grossesse et 80 sont survenus dans l'année suivant l'accouchement.

Les caractéristiques sociodémographiques du suicide maternel sont les suivantes :

- L'âge moyen est de 30,5 ans
- La majorité des femmes sont caucasiennes (87 %)
- La plupart des femmes sont mariées (64 %)
- La majorité des femmes vivent avec un autre adulte (69 %)
- Concernant la situation professionnelle de ces femmes, 33 % sont sans emploi, 11 % sont en arrêt longue maladie, 29 % sont femmes au foyer et 22 % ont un emploi

Les principaux diagnostics au moment du décès par suicide en période périnatale sont les suivants :

- Episode dépressif caractérisé (48 %)
- Trouble psychotique (13 %)

- Trouble de la personnalité (11 %)
- Trouble bipolaire (8 %)
- Trouble anxieux (7 %)
- Trouble lié à l'usage de l'alcool (4 %)
- Trouble lié à l'usage de drogues (5 %)

Toutes les femmes décédées par suicide en période périnatale présentaient au moins un diagnostic psychiatrique au moment du décès. Dans 39 % des cas, le diagnostic avait été posé depuis moins d'un an et dans 31 % des cas, le diagnostic avait été posé il y a plus de 5 ans.

Les femmes décédées par suicide en période périnatale présentaient :

- Des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (63 %)
- Des antécédents de trouble lié à l'usage d'alcool dans 28 % des cas
- Des antécédents de trouble lié à l'usage de drogues dans 32 % des cas
- Des antécédents de tentative de suicide dans la majorité des cas (72%) avec 24 % de tentative de suicide dans les trois mois précédents le décès

Les traitements dont bénéficiaient les femmes décédées par suicide en période périnatale sont les suivants :

- Psychotropes (61 %)
- Psychothérapies (11 %)
- Autres traitements non pharmacologiques (29 %)
- Dans 64 % des cas, ces femmes bénéficiaient d'au moins un des traitements cités

Concernant l'accès aux soins psychiatriques au moment du décès, les femmes en période périnatale étaient :

- Hospitalisées dans 14 % des cas
- Sorties d'hospitalisation il y a moins de 3 mois dans 19 % des cas
- En contact avec des soins psychiatriques il y a moins de 7 jours dans 58 % des cas
- En contact avec des soins psychiatriques entre 7 jours et 1 mois avant le décès dans 21 % des cas
- En contact avec des soins psychiatriques il y a plus d'un mois dans 19 % des cas
- Inobservantes dans 18 % des cas

Lors du dernier contact avec des soins psychiatriques, les femmes décédées par suicide en période périnatale présentaient pour la plupart des symptômes psychiatriques (58%), 13 % présentaient un risque suicidaire immédiat modéré à sévère et 30 % décrivaient un risque suicidaire à long terme modéré à sévère.

Les moyens létaux utilisés dans le suicide maternel sont violents (72%), avec 30 % de pendaisons, 26 % de sauts et 9 % de noyades. Dans 2 % des cas, le suicide est précédé d'un infanticide.

Comparées aux femmes décédées par suicide hors période périnatale, les femmes décédées par suicide en période périnatale sont de façon significative:

- Plus jeunes (OR -6,39 – IC 95 % -8,15/-4,92)
- Plus susceptibles d'être mariées (OR 4,46 – IC 95 % 2,93-6,8)
- Plus susceptibles de présenter une dépression (OR ajusté pour les données sociodémographiques 2,19 – IC 95 % 1,43-3,34)
- Plus susceptibles de bénéficier d'un diagnostic psychiatrique depuis moins d'un an (OR ajusté pour les données sociodémographiques 2,93 – IC 95 % 1,88-4,56)
- Moins susceptibles de présenter un trouble lié à de l'alcool (OR ajusté pour les données sociodémographiques 0,47 – IC 95 % 0,24-0,92)
- Moins susceptibles de bénéficier d'un traitement au moment du décès (OR 0,53 – IC 95 % 0,3-0,91)
- Plus susceptibles d'utilisé un moyen létal violent (OR ajusté pour les données sociodémographiques 1,69 – IC 95 % 1,07-2,67). En revanche, les résultats ne sont plus significatifs après ajustement pour les données démographiques et cliniques.
- Moins susceptibles de décéder par intoxication médicamenteuse volontaire par psychotropes (OR ajusté pour les données sociodémographiques et cliniques 0,31– IC 95 %0,11-0,86)

5) *Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. (61)*

Auteur(s), revue, date : Appleby L. BMJ. 1991 Jan 19.

Objectifs :

- Calculer le rapport de mortalité standardisé (Standardized Mortality Ratio – SMR) des femmes décédées par suicide pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum en Grande-Bretagne
- Identifier les caractéristiques du suicide postnatal

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective pour l'Angleterre et le Pays-de-Galle entre 1973 et 1984.

Le SMR est le rapport entre les décès observés dans une population et les décès attendus dans la population de référence, en fonction du sexe et de l'âge.

Echantillon : 15 497 356 naissances vivantes et 90 suicides maternels ont été identifiés

Principaux résultats :

Parmi les 90 suicides identifiés, 76 sont survenus dans l'année suivant l'accouchement et 14 pendant la grossesse.

Le SMR pour le suicide postnatal est calculé à 0,17 (IC 95 % 0,14-0,21), ce qui représente un sixième des décès attendus dans la population de référence, à savoir les femmes âgées entre 15 et 44 ans.

Concernant le suicide postnatal, la survenue moyenne décès est de 5,8 mois après l'accouchement, avec un pic au premier mois (25 % des suicides postnataux) et un autre au cinquième mois (15 % des suicides).

Certaines caractéristiques ressortent pour le suicide survenu en post-partum :

- Le SMR pour le suicide suite à la naissance d'un bébé mort-né est de 1,05. Il est six fois supérieur au taux de toutes les femmes décédées par suicide en période postnatale.
- 63 % des femmes présentent un antécédent psychiatrique ou une décompensation psychiatrique au moment du décès
- Les méthodes létales utilisées sont violentes dans la majorité des cas (56 %), avec un SMR pour les sauts d'une hauteur estimé à 2,5 (IC 95 % 1,3-4,6) et un SMR pour l'immolation à 4 (IC 95 % 1,8-7,8)
- Nous ne retrouvons pas de différence significative en fonction de l'âge

Le SMR pour le suicide pendant la grossesse est calculé à 0,05 (IC 95 % 0,29-0,084), représentant un vingtième du taux attendu. Il existe des différences significatives en fonction de l'âge avec un SMR pour les adolescentes enceintes estimé à 0,28. La moitié des femmes enceintes présentaient un antécédent psychiatrique.

6) *Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2010–2012. (62)*

Auteur(s), revue, date : Deneux-Tharaux C, Saucedo M. Gynecol Obstet Fertil Senol, 2017

Objectif : décrire, pour la période 2010–2012, la fréquence, les causes, les facteurs de risque, l'adéquation des soins et l'évitabilité des morts maternelles en France.

Méthode : données issues de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles pour 2010–2012.

Echantillon : pour la période 2010–2012, 256 décès maternels sont survenus en France pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum

Principaux résultats :

Pour la période 2010–2012, 256 décès maternels survenus en France (France entière, c'est-à-dire la métropole et les DOM, Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion) ont été identifiés par l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) (y compris les morts maternelles tardives au-delà de 42 jours et jusqu'à 1 an post-partum), soit 85 décès annuels en moyenne. Ces chiffres représentent un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 10,3 décès pour 100 000 naissances vivantes (IC 95 % 9,1–11,7), un niveau stable par rapport à la période 2007–2009.

Pour la période 2010–2012, 11 suicides ont été classés parmi les morts maternelles, 1 comme mort maternelle directe car survenu dans un contexte de dépression du post-partum, et 10 survenus dans un contexte de pathologie psychiatrique préexistante décompensée par la grossesse, et donc classés comme mort maternelles indirectes. Ces 11 suicides représentent donc 4 % des morts maternelles en 2010–2012 (versus 4 cas et 1,6 % en 2007–2009).

Les causes de mortalité maternelle se répartissent de la façon suivante :

- Les hémorragies obstétricales (11,3 %)
- Les thromboembolies veineuses (10,2 %)
- Les embolies amniotiques (9,4 %)
- Les AVC (8,2 %)
- Les pathologies cardiovasculaires (7,4 %)
- Les maladies infectieuses et parasitaires (6,3 %)
- Les complications hypertensives de la grossesse (4,7 %)
- Les suicides (4,3 %)
- Les sepsis puerpéraux (2,3 %)
- Les hémorragies du premier trimestre (2 %)

7) *Building U.S. Capacity to Review and Prevent Maternal Deaths. (63)*

Auteur(s), revue, date : Report from nine maternal mortality review committees. (2018).

Objectif : décrire la fréquence, les causes, les facteurs de risque, l'adéquation des soins et l'évitabilité des morts maternelles aux Etats-Unis.

Méthode : données issues de l'enquête de neuf comités d'experts sur la mortalité maternelle se trouvant au Colorado, Delaware, Georgie, Hawai, Illinois, Caroline du Nord, Ohio, Caroline du Sud et Utah.

L'année des décès maternels inclus pour cette analyse varie en fonction des comités :

- Colorado 2008—2012
- Delaware 2009—2015
- Georgia 2012—2014
- Hawaii 2015
- Illinois 2015
- North Carolina 2014—2015
- Ohio 2008—2015
- South Carolina 2014—2017
- Utah 2014

Echantillon : 2 479 761 naissances vivantes et 237 décès maternels en lien avec la grossesse, survenus pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum, sont identifiés.

Principaux résultats :

Les principales causes de décès maternels en lien avec la grossesse sont les suivants :

- Hémorragie (14 %)
- Pathologies cardiovasculaires et coronaires (14 %)
- Infections (10,7 %)
- Cardiomyopathie (10,7 %)
- Maladie thrombo-embolique (8,4 %)
- Prééclampsie et éclampsie (7,4 %)
- Troubles psychiatriques (7 %)

Les troubles psychiatriques comprennent la dépression, les troubles anxieux, les troubles bipolaires, les psychoses et les suicides. Ils incluent également les troubles liés à l'usage de substances.

Les troubles psychiatriques et les troubles liés à l'usage de substances contribuent respectivement à 12,9 % et 8,2% des décès maternels en lien avec la grossesse.

Le suicide représente 6,5% des décès maternels en lien avec la grossesse.

8) *Maternal Deaths From Suicide and Overdose in Colorado, 2004-2012. (64)*

Auteur(s), revue, date : Metz TD, Rovner P, Hoffman MC, Allshouse AA, Beckwith KM, Binswanger IA., Obstet Gynecol, 2017

Objectif : déterminer les caractéristiques démographiques et cliniques des morts maternelles par automutilation (surdosage médicamenteux accidentel ou suicide) dans le but d'identifier des stratégies de prévention.

Méthode :

- Cette étude s'intéresse à une série de cas de décès associés à la grossesse et dus à des automutilations (surdosage médicamenteux accidentel ou suicide) dans l'État du Colorado, Etats-Unis, entre 2004 et 2012.
- Les décès par automutilations ont été identifiés grâce à différentes sources, notamment les certificats de décès.

- Les certificats de naissances et de décès, ainsi que les dossiers médicaux ont été obtenus.
- Une analyse descriptive a été faite.
- Les données démographiques ont été décrites pour les femmes décédées et pour toutes les femmes ayant eu un enfant pendant la même période au Colorado.
- Les morts maternelles recensées sont survenues pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum.

Echantillon : 614 154 naissances vivantes et 211 décès maternels ont été identifiés.

Principaux résultats :

Parmi les 211 morts maternelles identifiées sur la période étudiée, 63 (30%) ont été classées en tant que décès par automutilation (surdosage médicamenteux accidentel ou suicide), représentant ainsi la 1ère cause de mortalité maternelle au Colorado.

Les autres causes fréquentes de mort maternelle sont les accidents de voiture (17 %), les pathologies non cardiovasculaires (17 %) et les pathologies cardiovasculaires (10 %).

Le taux de suicide maternel est estimé à 4.6 pour 100 000 naissances vivantes (IC 95 %3-6.6).

La majorité des suicides surviennent après l'accouchement.

Les caractéristiques démographiques concernant les femmes qui se suicident en période périnatale sont les suivantes :

- L'âge médian est de 27 ans
- Elles sont multipares dans 77 % des cas
- La majorité d'entre elles sont mariées ou ont un partenaire (60.7 %)
- Plus de la moitié des femmes sont sans emploi (53.6 %)
- Un quart de ces femmes présentent un antécédent de violences domestiques

Parmi les décès par automutilation, 54.2 % des femmes présentaient un antécédent psychiatrique.

La répartition des antécédents psychiatriques pour le suicide maternel est la suivante :

- Dépression (35.7 % des cas)

- Antécédent de tentative de suicide (18 % des cas)
- Anxiété (10.7 %)
- Trouble bipolaire (7.1 %)
- Schizophrénie (3.6 %)
- Aucune psychose du post-partum n'est recensée

9) *Pregnancy-associated homicide and suicide in 37 US states with enhanced pregnancy surveillance (65)*

Auteur(s), revue, date : Maeve E. Wallace, PhD; Donna Hoyert, PhD; Corrine Williams, ScD; Pauline Mendola, PhD, Am J Obstet Gynecol, 2016

Objectifs :

- Estimer les taux d'homicides et de suicides chez les femmes enceintes ou en période postnatale
- Comparer le risque de mort violente chez les femmes en période périnatale par rapport aux femmes en dehors de la période périnatale

Méthode :

- Utilisation de certificats de décès issus de 37 états surveillant la mortalité maternelle de 2005 à 2010
- Comparaison entre quatre groupes de femmes, âgées de 10 à 54 ans, répartis de la façon suivante : grossesse, début du post-partum (dans les 42 jours qui suivent l'accouchement), post-partum tardif (entre le 43ème jour du post-partum et jusqu'à un an après l'accouchement) et femmes en dehors de la période périnatale
- Ajustement des résultats en fonction du risque d'erreur dans le classement des décès

Echantillon : 364 994 décès de femmes entre 10 et 54 ans ont été recensés, dont 4549 sont survenus en période périnatale.

Principaux résultats :

263 suicides liés à la grossesse ont été identifiés.

Le suicide représente la troisième cause de mortalité en période postnale, derrière les causes naturelles et les causes accidentelles telles que les accidents de voiture, les chutes ou les surdosages médicamenteux involontaires.

Durant le post-partum précoce, les morts maternelles attribuées au suicide représentent 2.6% des cas. Le suicide survenu pendant le post-partum tardif représente quant à lui 7% des décès maternels.

Le taux de suicide maternel est estimé entre 1.6 et 4.5 pour 100 000 habitants, en fonction des degrés d'erreur de classification, tandis que le taux de suicide de femmes hors période périnatale varie entre 5.3 et 5.5 pour 100 000 habitants. Il apparaît donc que le risque suicidaire diminue en période périnatale.

Les caractéristiques démographiques concernant les femmes qui se suicident en période périnatale sont les suivantes :

- Plus de la moitié de ces femmes sont âgées de 20 à 30 ans (52.1 %)
- La majorité d'entre elles ne sont pas d'origine latine et sont caucasiennes (63.1 %)
- Concernant le niveau d'éducation, 50.2 % ont poursuivi des études supérieures
- La plupart de ces femmes ne sont pas mariées (58.2 %)

10) Pregnancy-Associated Deaths in Rural, Nonrural, and Metropolitan Areas of Georgia (66)

Auteur(s), revue, date : Marissa Platner, MD, Tammy L. Loucks, MPH, DrPH, Michael K. Lindsay, MD, MPH, and Jane E. Ellis, MD, PhD, Obstet Gynecol, 2016

Objectifs :

- Caractériser les décès associés à la grossesse dans l'Etat de Géorgie, Etats-Unis, entre 2010 et 2012
- Analyser la relation entre zone d'habitation et les taux de décès associés à la grossesse, ainsi que les taux de mortalité en lien avec la grossesse

Méthode :

Une cohorte de décès maternels associés à la grossesse a été étudiée puis classée en différentes catégories :

- Décès en lien direct avec la grossesse
- Décès résultant d'autres causes médicales
- Décès par suicide
- Décès par homicide
- Décès par accident de voiture

Les causes de décès ont ensuite été comparées en fonction de la zone d'habitation et des origines de la mère décédée

Echantillon : 262 morts associées à la grossesse ont été identifiées entre 2010 et 2012.

Principaux résultats :

Parmi les 262 décès maternels, 40.1 % sont liés la grossesse, 20.2% sont attribués à d'autres causes médicales, 7.6 % sont des suicides, 10 % sont en lien avec une intoxication médicamenteuse involontaire, 10% sont en lien avec un homicide et 12.2 % sont en lien avec un accident de voiture.

Les caractéristiques du suicide maternel sont les suivantes :

- L'âge médian est de 29 ans
- 80 % des femmes sont caucasiennes
- Les suicides surviennent de façon équitable entre les différentes zones géographiques, à savoir zone rurale, zone non rurale et Atlanta

11) *Improved Ascertainment of Pregnancy-Associated Suicides and Homicides in North Carolina. (67)*

Auteur(s), revue, date : Austin AE, Vladutiu CJ, Jones-Vessey KA, Norwood TS, Proescholdbell SK, Am J Prev Med, 2016.

Menard MK. Am J Prev Med. 2016.

Objectifs : quantifier l'amélioration du repérage des suicides maternels et des homicides en période périnatale en combinant les données issues du système de comptabilisation des morts violentes de Caroline du Nord (North Carolina Violent Deat Reporting System (NC-VDRS)) avec la surveillance habituelle des morts maternelles.

Méthode :

- Les suicides et les homicides ont été identifiés à partir de deux sources entre 2005 et 2011 : les dossiers habituels concernant la mortalité maternelle et le NC-VDRS.
- Les dossiers sur la mortalité maternelle en Caroline du Nord, Etats-Unis, incluent les informations concernant les mères décédées entre l'âge de 10 et 50 ans pendant la période périnatale (grossesse et jusqu'à un an du post-partum). Ces informations sont par la suite couplées avec les certificats de naissance. Les causes de décès sont confirmées après évaluation par des experts.
- Le NC-VDRS a pour but de collecter les morts violentes survenues en Caroline du Nord en combinant les certificats de décès, les comptes-rendus médicaux et les rapports d'investigation judiciaires.
- Après identification des cas, les suicides sont analysés afin de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques, les antédécédents psychiatriques, les moyens létaux utilisés et les antédécédents gynéco-obstétricaux.

Echantillon : au total, 881 820 naissances vivantes et 29 suicides maternels ont été identifiés sur la période étudiée.

Principaux résultats :

Vingt suicides maternels sont identifiés à partir des rapports habituels concernant la mortalité maternels. Neuf suicides supplémentaires sont mis en évidence après utilisation du NC-VDRS., deux pendant la grossesse et sept pendant le post-partum. Ainsi, le couplage des données avec le NC-VDRS permet d'augmenter de 30 % le nombre de suicides maternels à étudier.

Sept suicides maternels sont survenus pendant la grossesse et vingt-deux pendant la période postnatale.

Le taux de suicide maternel sur la période étudiée en Caroline du Nord est estimé à 3,3 pour 100 000 naissances vivantes. Si le NC-VDRS n'avait pas été utilisé pour cette étude, le taux de suicide maternel aurait été estimé à 2,3 pour 100 000 naissances vivantes.

Les caractéristiques sociodémographiques du suicide maternel en Caroline du Nord sont les suivantes :

- Le taux de suicide maternel chez les femmes âgées de 10 à 34 ans est de 2,5 pour 100 000 naissances vivantes
- Le taux de suicide maternel chez les femmes de plus de 35 ans est de 8,9 pour 100 000 naissances
- Les femmes caucasiennes présentent un taux de suicide maternel plus élevé que les femmes d'origine afro-américaine (4,5 pour 100 000 naissances contre 2,9 pour 100 000 naissances).
- Les femmes qui ne sont pas mariées présentent un taux de mortalité par suicide plus élevé que les femmes mariées (3,9 pour 100 000 naissances vivantes contre 2,9 pour 100 000 naissances vivantes)

Dans plus de la moitié des cas, les femmes décédées par suicide en période périnatale présentaient un trouble psychiatrique au moment de leur mort (55,2 %). Parmi elles, la quasi-totalité souffrait d'un épisode dépressif caractérisé en cours et bénéficiait d'un traitement psychotrope.

Le diagnostic principal mis en évidence chez les femmes enceintes est le trouble bipolaire (66,7 % des cas), tandis que celui des femmes décédées lors du post-partum est le trouble dépressif (55,6 % des cas). Nous retrouvons dans 13,8 % des cas un antécédent de tentative de suicide.

Les moyens létaux utilisés lors du suicide maternel sont violents (72,4 %). Lors de la grossesse, le moyen létal le plus utilisé est la pendaison/stangulation (42,9 %), tandis que la méthode la plus utilisée en période postnale est l'arme à feu (54,5 %).

Plus de la moitié des femmes enceintes victimes de suicide étaient au premier trimestre de grossesse (57,1 %). Après l'accouchement, la plupart des suicides sont survenus après le 3ème mois du post-partum (77,3 %).

12) Are Pregnant and Postpartum Women: At Increased Risk for Violent Death? Suicide and Homicide Findings from North Carolina. (68)

Auteur(s), revue, date : Ghazaleh Samandari, Sandra L Martin, Lawrence L. Kupper, Sharon Schiro, Tammy Norwood, Matt Avery. Matern Child Health Journal 2011.

Objectifs :

- Estimer les taux de suicide et d'homicide chez les femmes enceintes et jusqu'à un an du post-partum, ainsi que les taux de suicide et d'homicide chez les femmes, âgées entre 14 et 44 ans, qui se sont pas en période périnatale
- Comparer les taux de mort violente chez les femmes en période périnatale avec ceux des femmes hors période périnatale
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des femmes âgées entre 14 et 44 ans décédées par mort violente

Méthode : tous les suicides et homicides de femmes, âgées entre 14 et 44 ans, survenus en Caroline du Nord, Etats-Unis, entre 2004 et 2006, ont été identifiés grâce au système de surveillance des morts violentes de Caroline du Nord (North Carolina Violent Deat Reporting System (NC-VDRS))

Echantillon : 355 372 naissances vivantes et 348 suicides de femmes âgées entre 14 et 44 ans ont été identifiés sur la période étudiée.

Principaux résultats :

Parmi les 348 suicides féminins identifiés, 5 sont survenus pendant la grossesse (1.4 %), 13 pendant la période postnatale (3.7 %) et 330 hors période périnatale.

Les caractéristiques sociodémographiques des différents groupes étudiés sont les suivantes :

- Les femmes en période périnatale tendent à être plus jeunes (61 % sont âgées entre 14-29 ans) que les femmes hors période périnatale (33 % sont âgées entre 14-29 ans). Elles ont significativement plus de risque de se trouver dans le plus jeune groupe d'âge (14-29 ans) que les femmes hors période périnatale ($p = 0.019$).
- La majorité des femmes décédées par suicide pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum sont caucasiennes (83 %), sans différence significative avec le groupe hors période périnatale
- Dans le groupe du suicide en période périnatale, une proportion significativement supérieure de femmes ne sont pas mariées (61 %) par rapport au groupe du suicide hors période périnatale (33 %) ($p = 0.02$).
- Nous retrouvons une plus grande proportion de personnes avec un faible niveau d'éducation parmi les femmes enceintes (60 %), contrairement aux autres groupes, sans différence significative mise en évidence.

Le taux de suicide maternel est estimé à 2.77 pour 100 000 femmes-années. Il est inférieur à celui des femmes hors période périnatale qui est estimé à 6.53 pour 100 000 femmes-années.

Le taux de suicide maternel représente 43 % du taux de suicide des femmes ne se trouvant pas en période périnatale (RR 0.43 – IC 95% 0.26-0.68).

Après stratification par l'âge, les taux de suicide maternel pour les jeunes (14-29 ans) et pour les plus âgées (30-44 ans) sont significativement inférieurs à ceux des femmes hors période périnatale (RR des 14-29 ans = 0.52 – IC 95 % 0.32–0.86 ; RR des 30-44 ans = 0.43 – IC 95 % 0.26–0.69).

Après stratification en fonction des origines, les femmes caucasiennes et non caucasiennes se trouvant en période périnatale ont significativement moins de risque de commettre un suicide par rapport aux femmes caucasiennes ou non caucasiennes hors période périnatale (RR caucasiennes 0.49 – IC 95 % = 0.29–0.84 ; RR non caucasiennes 0.41 – IC 95 % 0.26–0.66).

Le taux d'homicide maternel est estimé à 2.93 pour 100 000 femmes-années.

13) *Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. (69)*

Auteur(s), revue, date : Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Obstet Gynecol. 2011 Nov

Objectifs :

- Calculer les taux de suicide et d'homicide pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum à partir des données de plusieurs états des Etats-Unis
- Décrire les caractéristiques démographiques des femmes décédées par mort violente en période périnatale

Méthode :

Les suicides et les homicides maternels, survenus entre 2003 et 2007, ont été identifiés grâce au système de surveillance nationale des morts violentes (National Violent Death Reporting System (NVDRS))

Seize états des Etats-Unis ont participé à l'étude : la Caroline du Sud, la Géorgie, la Caroline du Nord, le Virginie, le New Jersey, le Maryland, l'Alaska, le Massachussetts, l'Oregon, le Colorado, l'Oklahoma, le Those Island, le Wisconsin, Le Kentucky, le Nouveau Mexique et l'Utah

La population de référence se compose de toutes les mères vivantes, âgées entre 15 et 54 ans, ayant donné naissance à un enfant entre 2003 et 2007 dans les seize états participants

Echantillon :

- 4 785 275 naissances vivantes
- 294 morts violentes survenues en période périnatale ont été identifiées, dont 94 suicides maternels

Principaux résultats :

Le taux mortalité associé aux morts violentes est calculé à 4.9 pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux de suicide maternel est estimé à 2 pour 100 000 naissances vivantes et celui des homicides est estimé à 2.9 pour 100 000 naissances vivantes.

Parmi les 94 suicides maternels, 43 sont survenus pendant la grossesse (45.7 %) et 51 pendant le post-partum (54.3 %).

Les femmes âgées de plus de 40 ans représentent 17 % des suicides maternels bien qu'elles ne soient à l'origine de 2,8 % des naissances vivantes ($p<0,01$).

La majorité des femmes qui se suicident ne sont pas mariées (58,8 %).

14) *Mental health, substance use and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. (70)*

Auteur(s), revue, date : Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL. Gen Hosp Psychiatry. 2012 Mar-Apr.

Objectifs : étudier le suicide chez les femmes enceintes et jusqu'à un an du post-partum, ainsi que le suicide chez les femmes, âgées entre 15 et 54 ans, qui ne sont pas en période périnatale, dans plusieurs états des Etats-Unis.

Méthode :

Les suicides féminins, survenus entre 2003 et 2007, ont été identifiés grâce au système de surveillance nationale des morts violentes (National Violent Death Reporting System (NVDRS))

Seize états des Etats-Unis ont participé à l'étude : la Caroline du Sud, la Géorgie, la Caroline du Nord, le Virginie, le New Jersey, le Maryland, l'Alaska, le Massachussetts, l'Oregon, le Colorado, l'Oklahoma, le Those Island, le Wisconsin, Le Kentucky, le Nouveau Mexique et l'Utah

Trois groupes sont comparés :

- Les suicides survenus pendant la grossesse
- Les suicides survenus pendant le post-partum, dans la première année suivant l'accouchement
- Les suicides survenus hors période périnatale, donc hors grossesse et hors post-partum

Echantillon : 2083 suicides féminins ont été identifiés sur la période étudiée, dont 113 suicides survenus en période périnatale.

Principaux résultats :

Parmi les 2083 suicides féminins identifiés, 48 (2 %) sont survenus pendant la grossesse et 65 (3 %) sont survenus pendant le post-partum.

Les caractéristiques sociodémographiques du suicide féminin sont les suivantes :

- Concernant les origines, il n'y a pas de variation entre les groupes étudiés avec une majorité de femmes décédées par suicide d'origine caucasienne (>80 %)
- Les femmes décédées par suicide en période périnatale sont plus susceptibles d'être d'origine hispanique (10 %) par rapport aux femmes hors période périnatale (4 %) ($p<0,0005$)
- Dans les trois groupes étudiés, la majorité des femmes ne sont pas mariées, sans différence significative mise en évidence

- L'âge moyen diffère significativement entre les femmes enceintes (31 ans ± 11) et en post-partum (32 ans ± 11) comparées aux femmes hors période périnatale (40 ans ± 11) ($p < 0,00005$)

Les caractéristiques cliniques du suicide féminin sont les suivantes :

- La majorité des femmes ont un trouble psychiatrique connu avant leur décès (56 %), sans différence significative entre les groupes
- Presque la totalité de ces femmes souffrent d'un trouble dépressif (95 %). Il n'y a pas de différence significative entre les femmes hors période périnatale et les femmes enceintes. En revanche, l'odd ratio est plus élevé pour le groupe des femmes en période postnatale (OR 1.94 - IC 95 %: 1.16–3.24 ; OR ajusté 2.13 – IC 95 % : 1.21–3.73).
- 9 % des femmes présentent un trouble anxieux, sans différence significative entre les groupes
- 5 % des femmes souffrent d'une schizophrénie, sans différence significative entre les groupes
- 32 % présentent un antécédent de tentative de suicide, sans différence significative entre les groupes

L'usage de substance est également étudié, sans différence significative entre les groupes sauf pour les benzodiazépines :

- 28 % des femmes ont un trouble lié à l'usage de l'alcool connu au moment de leur décès
- 54 % des femmes ont des analyses toxicologiques positives lors de l'autopsie avec dans un quart des cas la présence de benzodiazépines, dans 31 % des cas la présence d'opioïdes, dans 9 % des cas la présence de cocaïne, dans 6 % des cas la présence d'amphétamines, dans 5 % des cas la présence de barbituriques et dans 5 % des cas la présence de cannabis. Près d'un quart des femmes (23 %), ont un taux d'alcool dans le sang supérieur à 0,08 %.
- Seule la présence de benzodiazépines diffère significativement chez les femmes hors période périnatale, qui sont plus susceptibles d'être testées positivement par rapport aux groupes se trouvant en période périnatale ($p=0,032$)

Les circonstances pouvant précipiter le suicide sont : l'existence d'un décès chez un proche dans les cinq années précédant le suicide, la présence de problèmes financiers, le diagnostic d'une pathologie somatique, l'existence de difficultés concernant les études ou le travail et l'implication dans une procédure judiciaire. Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant ces données entre les groupes étudiés.

En revanche, les antécédents de violences conjugales sont associés à un risque accru de suicide chez les femmes en période périnatale, lorsque celles-ci sont comparées aux femmes décédées par suicide hors période périnatale, avec :

- Pendant la grossesse, OR 3.31 (IC 95 % 1.86–5.90), OR ajusté 2.57 (IC 95 %1.38–4.79)
- Pendant le post-partum, OR 2.72 (IC 95 % 1.65–4.47), OR ajusté 1.82 (IC 95 % 1.06–3.14)

Pour toutes les femmes incluses dans cette étude, le principal moyen létal utilisé est l'intoxication médicamenteuse volontaire ou l'empoisonnement, suivi par l'utilisation d'une arme à feu, l'asphyxie et la phlébotomie. Les méthodes diffèrent de façon significative avec l'utilisation préférentielle des armes à feu chez les femmes enceintes (31%) et le choix de l'asphyxie chez les femmes en période postnatale (46%).

15) Violent maternal deaths in North Carolina. (71)

Auteur(s), revue, date : Parsons LH, Harper MA. ObstetGynecol. 1999 Dec.

Objectifs : décrire les morts maternelles violentes (homicides, suicides ou accidents en lien avec l'usage d'une substance), dans l'année suivant l'accouchement, en Caroline du Nord, Etats-Unis, entre 1992 et 1994.

Méthode : les données sont issues des registres de décès et ont été couplées avec les rapports de police, certaines informations issues de journaux et les données contenues dans les dossiers médicaux.

Echantillon : 41 morts maternelles violentes ont été étudiées

Principaux résultats :

En tout, l'étude recense 167 morts maternelles avec 62 décès en lien avec une cause externe (38 %). Parmi ces 62 décès, 41 sont considérés comme des morts violentes, représentant ainsi un quart des morts maternelles entre 1992 et 1994.

Au sein de ces morts violentes, 22 sont des homicides, 5 sont des suicides et 6 sont des surdosages involontaires en cocaïne.

Le suicide maternel représente 3% des morts maternelles sur la période étudiée.

Les caractéristiques du suicide maternel sont les suivantes :

- L'âge moyen est de 23,6 ans
- La majorité des femmes ne sont pas mariées (60 %)
- Toutes sont caucasiennes
- Trois des cinq suicides font suite à une dépression du post-partum connue au moment du décès (60 %)
- Deux des femmes présentaient un trouble lié à l'usage d'une substance connu (40 %)
- Deux des femmes présentaient des antécédents de violence conjugale (40 %)
- Quatre des femmes sont décédées par arme à feu (80 %)

16) Unnatural pregnancy deaths in Las Vegas: A descriptive study. (72)

Auteur(s), revue, date : Paul ABM, Simms L, Paul AE, Yorke J, Saroya T, Schmidseder C, Mahesan AA, Mahesan AM. J Forensic Leg Med. 2018 Oct

Objectifs :

- Identifier les décès qui ne sont pas liés à une pathologie somatique chez les femmes enceintes et jusqu'à 42 jours du post-partum à Las Vegas, Etats-unis.
- Etudier les facteurs de risque liés à ces décès

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective dont les cas ont été identifiés à partir des dossiers d'autopsie des médecins légistes du Comté de Clark, Etat du Nevada, entre 2000 et 2015

Tous les décès survenus pendant la grossesse et dans les 42 premiers jours du post-partum ont été inclus

Les décès qui ne sont pas liés à une cause somatique sont les suicides, les homicides, les intoxications involontaires, les accidents de transport et les noyades

Echantillon : 67 décès associés à la grossesse ont été identifiés sur la période étudiée, dont 37 décès qui ne sont pas en lien avec une pathologie somatique.

Principaux résultats :

Les causes de décès qui ne sont pas en lien avec une pathologie somatique sont les suivantes :

- Le suicide (35 % des cas)
- Les homicides (27 %)
- Les accidents de transport (24 %)
- Les intoxications involontaires (11 %)
- Les noyades accidentelles (3 %)

Les moyens létaux utilisés lors des suicides maternels sont les suivants :

- L'intoxication médicamenteuse volontaire dans 61.5% des cas
- La pendaison dans 15.2 % des cas
- Les armes à feu dans 15.2 % des cas
- La noyade dans 7 % des cas

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui se suicident en période périnatale sont les suivantes :

- La majorité de ces femmes sont caucasiennes (61.5 %)
- La plupart de ces femmes sont âgées entre 21 et 30 ans (53.8 %)
- La grande majorité n'a jamais bénéficié de soins prénataux (84,6 %)

Les caractéristiques cliniques de ces femmes qui se suicident sont les suivantes :

- La majorité des suicides se déroulent lors du premier trimestre de grossesse (46.1 %)

- Les analyses toxicologiques effectuées lors de l'autopsie mettent en évidence des résultats positifs dans 84.6 % des cas, avec dans 76.9 % des cas des analyses positives pour des drogues illégales.
- Des antécédents de trouble psychiatrique sont retrouvés pour la totalité de l'échantillon
- Nous retrouvons dans 76.9 % des cas un trouble lié à l'usage d'une substance, dans 38.4% des cas un trouble dépressif et dans 23 % des cas un trouble bipolaire
- Il existe dans 46 % des cas un surpoids ou une obésité

17) Lower risk of suicide during pregnancy. (73)

Auteur(s), revue, date : Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, Iqbal MI. Am J Psychiatry. 1997 Jan.

Objectifs : déterminer le risque de suicide pendant la grossesse en calculant le rapport de mortalité standardisé (Standardized Mortality Ratio – SMR).

Méthode :

Les rapports d'autopsie des femmes résidant à New-York, Etats-Unis, âgées entre 10 et 44 ans, décédées par suicide entre 1990-1993, ont été étudiés pour connaître l'existence de grossesses possibles

Les données ont ensuite été comparées en fonction de l'âge et de l'origine aux femmes décédées par suicide hors grossesse

Echantillon :

- 507 956 naissances vivantes sur la période étudiée
- 315 suicides chez des femmes âgées entre 10-44 ans ont été identifiés, parmi eux, 6 femmes étaient enceintes.

Principaux résultats :

Les femmes décédées par suicide pendant leur grossesse étaient âgées de 21 à 36 ans. Trois femmes étaient caucasiennes et trois étaient afro-américaines. Toutes les grossesses se situaient au-delà de la 34ème semaine d'aménorrhée.

Le taux de suicide chez les femmes de 10-44 ans est estimé à 3,85 pour 100 000 personnes-années.

Le SMR associé à la grossesse est calculé à 0,33 (IC 95 % 0,12-0,72), représentant un tiers du risque suicidaire chez les femmes du même groupe d'âge qui ne sont pas enceintes.

18) *Pregnancy-Associated Deaths in Virginia Due to Homicides, Suicides, and Accidental Overdoses Compared With Natural Causes. (74)*

Auteur(s), revue, date : Bronson J, Reviere R. Violence Against Women. 2017 Nov.

Objectifs : déterminer la fréquence des morts maternelles violentes (homicides, suicides et surdosage involontaires) en Virginie, Etats-Unis, entre 1999 et 2005.

Méthode : les données combinées sont issues du bureau de médecine légale (Office of the Chief Medical Examiner – OCME) et du département de surveillance de la mortalité maternelle.

Echantillon :

- 309 décès maternels associés à la grossesse sont survenus en Virginie entre 1999 et 2005
- 642 376 naissances vivantes

Principaux résultats :

Les principales causes de mortalité maternelles sont les suivantes :

- Les homicides (14,8 % des décès)
- Les pathologies cardiaques (11,3 % des décès)
- Les cancers (9 % des décès)
- Les surdosages involontaires (6,8 % des décès)
- Les suicides (6,5 % des décès)
- Les embolies pulmonaires (5,5 % des décès)
- Les troubles du système nerveux central (5 % des décès)

En tout, 20 suicides maternels ont été recensés. Les caractéristiques sont les suivantes :

- La majorité des femmes sont mariées (60 %)

- La majorité des femmes ont accouché par voie basse (75 %)
- Une grande part sont décédées après la 6ème semaine du post-partum (85 %)
- 90 % des femmes sont caucasiennes
- 16 % des femmes présentent un antécédent connu de violences domestiques concernant leur partenaire actuel

Les caractéristiques du suicide maternel sont équivalentes à celle des femmes décédées par surdosage involontaire.

19) Injury-related maternal mortality. (75)

Auteur(s), revue, date : Ray JG, Zipursky J, Park AL. Am J Obstet Gynecol. 2018 Sep

Objectifs : déterminer la mortalité maternelle liée aux dommages corporels (homicides, accidents de la voie publique, suicides, intoxications médicamenteuses involontaires) pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum.

Méthode :

- L'étude inclut les naissances vivantes et les enfants mort-nés entre 1990 et 2015 à Ontario, Canada
- Les données sont couplées à partir des dossiers de maternité et des données statistiques incluant les certificats de décès
- L'incidence des décès liés aux dommages corporels et celle des décès non liés aux dommages corporels sont comparées

Echantillon : 760 morts maternelles sont identifiées sur la période étudiée.

Principaux résultats :

Parmi les 760 morts maternelles, 720 sont survenues suite à la naissance d'un enfant vivant et 40 sont survenues suite à la naissance d'un bébé mort-né.

Le taux de mortalité maternelle est estimé à 23,9 pour 100 000 accouchements (IC 95 % 21,1-24,5).

Le taux d'incidence de morts maternelles survenues avant le 42ème jour du post-partum est de 12,3 pour 1 million de personnes-semaine (IC 95 % 10,7-14).

Le taux d'incidence de morts maternelles survenues après le 42ème jour du post-partum est de 3,6 pour 1 million de personnes-semaine (IC 95 % 3,3-3,9).

Les décès en lien avec un dommage corporel représentent 4,1 % des morts maternelles avant le 14ème jour du post-partum et 35 à 48 % des morts maternelles après le 28ème jour du post-partum.

Avant la 6ème semaine du post-partum, les causes de décès en lien à un dommage corporel sont les suivantes :

- 36 % sont des accidents de la voie publique (AVP)
- 36 % sont des intoxications involontaires
- 14 % sont des homicides
- 11 % sont des suicides

Après la 6ème semaine du post-partum, les causes de décès en lien à un dommage corporel sont les suivantes :

- 32 % sont des AVP
- 24 % sont des suicides
- 24 % sont des intoxications involontaires
- 14 % sont des homicides

20) Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population- based study. (76)

Auteur(s), revue, date : Grigoriadis S, Wilton AS, Kurdyak PA, Rhodes AE, Vonder Porten EH, Levitt A, Cheung A, Vigod SN. CMAJ. 2017 Aug 28.

Objectifs :

- Déterminer le taux de suicide périnatal
- Identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques
- Identifier les structures de soins utilisées dans les 30 jours à un an avant le décès

Méthode :

- Il s'agit d'une étude rétrospective des décès par suicide pendant la période périnatale (grossesse et jusqu'à un an du post-partum) à Ontario pendant 15 ans (1994-2008)
- Les données couplées ont été issues de différentes sources, à savoir les certificats de décès de femmes âgées de 18 à 45 ans décédées par suicide à Ontario, les registres administratifs de santé et le registre des personnes vivant à Ontario
- Trois groupes ont été créés, le premier est constitué de femmes décédées par suicide en période périnatale (groupe « suicide maternel »), le deuxième par des femmes décédées par suicide hors période périnatale (groupe « suicide hors période périnatale) et le dernier par des femmes vivantes se trouvant en période périnatale (groupe contrôle) (ratio 1 pour 5)

Echantillon : 1648 suicides de femmes âgées de 18 à 45 ans ont été identifiés à Ontario sur la période étudiée, dont 51 suicides maternels. 4 600 000 naissances vivantes ont été identifiées.

Principaux résultats :

Le taux de suicide maternel est estimé à 2,58 pour 100 000 naissances vivantes.

Vingt suicides maternels sont survenus pendant la grossesse et 31 pendant l'année suivant l'accouchement.

La proportion de décès maternels attribuables au suicide est de 5,3 % (4,4 % pendant la grossesse et 6 % pendant le post-partum).

Pendant la grossesse, les suicides maternels surviennent principalement au dernier trimestre.

En période postnatale, les suicides maternels se produisent en moyenne à 7,5 mois du post-partum.

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes décédées par suicide en période périnatale sont les suivantes :

- L'âge moyen est de 28,4 ans, ces femmes semblent donc être plus jeunes que les femmes décédées par suicide hors période périnatale (34 ans)

- Elles sont pour la plupart mariées ou en couple (53 %), contrairement au groupe « suicide hors période périnatale » dans lequel la moitié des femmes sont célibataires ou divorcées
- Elles vivent dans 65 % des cas dans des zones urbaines (> 100 000 habitants)
- Les moyens létaux utilisés sont violents chez les femmes décédées par suicide en période périnatale avec dans 33,3 % des cas des pendaisons et dans 20 % des cas des sauts. Dans le groupe « suicide hors période périnatale », la majorité des femmes décèdent suite à une intoxication médicamenteuse volontaire.

Les caractéristiques cliniques concernant les femmes décédées par suicide pendant la période périnatale sont les suivantes :

- Aucune admission dans un service de psychiatrie n'a été recensée dans les trois années précédant le geste auto-agressif.
- Concernant les antécédents psychiatriques, nous retrouvons dans 74,5 % des cas des troubles anxieux, dans 51 % des cas des troubles de l'humeur, dans 37 % des cas des troubles liés à l'usage de substances, dans 27,5 % des cas des troubles de l'adaptation, dans 23,5 % des cas des troubles de la personnalité et dans 15,7 % des cas des troubles des conduites alimentaires. Nous ne retrouvons pas de trouble psychotique.
- Dans 66 % des cas, les femmes qui se suicident présentent au moins deux comorbidités psychiatriques.
- 13,7 % de ces femmes ne présentaient aucun antécédent psychiatrique.
- 24 % de ces femmes avaient déjà fait une tentative de suicide par le passé, dont la moitié dans l'année précédant le suicide.
- La distribution des diagnostics psychiatriques est quasi équivalente entre les deux groupes suicide.

Les résultats concernant l'accès aux soins sont les suivants :

- Le groupe « suicide maternel »est plus susceptible d'avoir un contact avec des soins de santé mentale que le groupe contrôle (OR 8,3 – IC 95 % 4,34-17,6)
- Le groupe « suicide maternel » consulte plus volontiers pour des raisons autres que psychiatriques
- Le groupe « suicide maternel » est moins susceptible de consulter un psychiatre dans l'année précédant le suicide que le groupe « suicide hors période périnatale »

- Le groupe « suicide maternel » est moins susceptible de consulter un pédiatre que le groupe contrôle dans l'année précédant le geste auto-agressif (OR 0,19, IC 95 % 0,06-0,56) ou 30 jours avant le suicide (OR 0,24 – IC 95 % 0,1-0,58)

21) Database autopsy: An efficient and effective confidential en-quiry into maternal deaths in Canada. (77)

Auteur(s), revue, date : Amélie Boutin PhD , Arlin Cherian MPH , Jessica Liauw MD, MHSc ,Susie Dzakpasu PhD ,Heather Scott MD ,Michiel Van den Hof MD ,Jocelynn Cook PhD ,Jennifer Blake MD , K.S. Joseph MD, PhD , for the Canadian Perinatal Surveillance System(Public Health Agency of Canada), Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (2020).

Objectifs :

- Déterminer les causes des cas de mortalité maternelle, au Canada, entre 2013 et 2017
- Calculer la fréquence de mortalité maternelle selon les causes

Méthode :

Les données de la base de données sur les congés des patients pour les exercices financiers de 2013 à 2017 ont été utilisées afin de déterminer le nombre de femmes qui sont mortes pendant la grossesse ou dans l'année suivant la fin de la grossesse dans un hôpital canadien (excluant le Québec). Une séquence narrative a été constituée d'après la ou les hospitalisations pendant et après la grossesse. Cette séquence a été examinée afin d'attribuer la cause sous-jacente du décès (d'après le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé). La mortalité maternelle (c.-à-d. pendant la grossesse ou dans les 42jours suivant la fin de la grossesse) a été examinée séparément de la mortalité maternelle tardive (c.-à-d. plus de 42jours à un an après la fin de la grossesse).

Le suicide est considéré comme une cause directe de mort maternelle.

Echantillon : 1 147 803 naissances vivantes et 214 décès ont été identifiés

Principaux résultats :

Parmi les 214 décès, 85 sont survenus pendant la grossesse ou avant le 42ème jour du post-partum, 120 sont survenus tardivement et 9 sont survenus pendant une période indéterminée.

Le taux de mortalité maternelle, incluant les morts maternelles précoces et tardives, est calculé à 11,2 pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité des causes directes est estimé à 4,2 pour 100 000 naissances vivantes, tandis que celui des causes indirectes est de 6,6 pour 100 000 naissances vivantes.

Neuf suicides sont survenus tardivement, représentant la première cause directe de mortalité tardive (56 % des décès tardifs).

Les principales causes de mortalité maternelle sont les suivantes, par ordre de fréquence :

- Tumeur maligne
- Pathologies du système circulatoire
- Suicide
- Sepsis
- Troubles hypertensifs en lien avec la grossesse
- Hémorragie de la délivrance

22) *Maternal Mortality and Morbidity Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Cause-specific mortality during and after pregnancy and the definition of maternal death. (78)*

Auteur(s), revue, date : Turner LA, Kramer MS, Liu S; Chronic Dis Can. 2002.

Objectifs : calculer le rapport de mortalité standardisé (Standardized Mortality Ratio - SMR), par cause indirectement liée à la grossesse, à partir de données de femmes connues pour avoir été enceintes et de décès de femmes du même âge qui n'ont pas été enceintes à la même période.

Méthode :

- Les données couplées sont issues des registres de naissances et de décès des femmes en âge de procréer entre 1988 et 1992 au Canada
- Le SMR est le rapport entre les décès observés dans une population et les décès attendus dans la population de référence, en fonction du sexe et de l'âge

- Deux périodes ont été étudiées séparément, la première entre la 20ème semaine de gestation et le 42ème jour du post-partum, la seconde entre le 43ème jour du post-partum et le 225ème jour du post-partum

Echantillon : 438 décès maternels ont été identifiés sur la période étudiée

Principaux résultats :

Les femmes qui sont connues pour avoir été enceintes ont environ 50% de risque en moins de décéder par rapport à la population de référence, sur les deux périodes de six mois étudiées.

Entre la 20ème semaine de gestation et le 42ème jour du post-partum, le SMR est calculé à 0,4 (IC 95 % 0,3-0,5). Les causes indirectes de décès se répartissent de la façon suivante :

- Les maladies du sang (SMR 0,9 – IC 95 % 0,1-3,1)
- Les pathologies congénitales du système circulatoire (SMR 0,9 – IC 95 % 0,2-2,5)
- Les pathologies du système circulatoire (SMR 0,9 – IC 95 % 0,6– 1,2) avec une nette augmentation du risque de mortalité concernant les anomalies des artères, des artérioles et des capillaires (SMR 3,5 – IC 95 % 1,3 – 7,7)
- Les maladies infectieuses (SMR 0,7– IC 95 % 1,3 – 7,7)
- Les maladies neurologiques (SMR 0,5 – IC 95 % 0,2– 0,9)
- Les décès en lien avec des dommages corporels (SMR 0,2 – IC 95 % 0,1 – 0,2) avec une nette diminution du risque suicidaire (SMR 0,1 – IC 95 % 0,02-0,2)
- Les pathologies du système digestif (SMR 0,2 – IC 95 % 0,02 – 0,6)
- Les pathologies respiratoires (SMR 0,1 – IC 95 % 0,002 – 0,4)

Entre le 42ème jour du post-partum et le 225ème jour du post-partum, le SMR est calculé à 0,5 (IC 95 % 0,5-0,6). Les causes indirectes de décès se répartissent de la façon suivante :

- Les pathologies du système circulatoire (SMR 1 – IC 95 % 0,7-1,4)
- Les pathologies congénitales du système circulatoire (SMR 0,9 – IC 95 % 0,3-2)
- Les décès en lien avec des dommages corporels (SMR 0,7 – IC 95 % 0,1 – 0,2) avec une diminution du risque suicidaire (SMR 0,7 – IC 95 % 0,5-1)
- Les pathologies respiratoires (SMR 0,6 – IC 95 % 0,2 – 1,1)
- Les maladies du sang (SMR 0,4 – IC 95 % 0,01-2,3)
- Les cancers (SMR 0,4 – IC 95 % 0,3-0,5)

- Les maladies infectieuses (SMR 0,3 – IC 95 % 0,1-0,8)

23) Maternal deaths in Australia 2012–2014. (79)

Auteur(s), revue, date : Australian Institute of Health and Welfare 2017.

Objectifs :

- Déterminer le taux de mortalité maternelle jusqu'au 42ème jour du post-partum en Australie entre 2012 et 2014.
- Identifier les causes, les facteurs de risque, l'adéquation des soins et l'évitabilité des morts maternelles.
- Comparer les résultats avec les anciens rapports depuis 2006

Méthode : les données sont issues de la collecte nationale de données sur la mortalité maternelle en Australie the National Maternal Mortality Data Collection (NMMDC).

Echantillon :

- 920 095 naissances vivantes
- 63 morts maternelles ont été identifiées entre 2012 et 2014

Principaux résultats :

Le taux de mortalité maternelle entre 2012 et 2014 est calculé à 6,8 pour 100 000 naissances vivantes. Comparé aux années précédentes, le taux est stable avec une mortalité maternelle, entre 2009 et 2011, estimée à 7,2 pour 100 000 naissances vivantes et, entre 2006 et 2008, estimée à 6,9 pour 100 000 naissances vivantes.

Les causes de mortalité maternelle en Australie se répartissent de la manière suivante entre 2012 et 2014 :

- Les hémorragies non-obstétricales avec un taux de mortalité estimé à 1,1 pour 100 000 naissances vivantes
- Les pathologies cardiaques avec un taux de mortalité estimé à 1,1 pour 100 000 naissances vivantes

- Les maladies thromboemboliques avec un taux de mortalité estimé à 0,8 pour 100 000 naissances vivantes
- Les hémorragies de la délivrance avec un taux de mortalité estimé à 0,7 pour 100 000 naissances vivantes
- Au même rang, le suicide et les sepsis avec des taux de mortalité estimés à 0,5 pour 100 000 naissances vivantes
- Les troubles hypertensifs avec un taux de mortalité estimé à 0,4 pour 100 000 naissances vivantes
- Les embolies du liquide amniotique avec un taux de mortalité estimé à 0,3 pour 100 000 naissances vivantes

Ainsi, le suicide maternel, survenu avant la sixième semaine du post-partum, est la quatrième cause la plus fréquente de mortalité maternelle en Australie. Il représente 7,9 % des décès chez les mères.

Le taux de suicide maternel est estimé à 0,5 pour 100 000 naissances vivantes depuis 2006. Il est inférieur à celui des femmes âgées entre 15-45 ans, sur la période 2006-2010, qui est calculé à 6 pour 100 000 naissances vivantes.

24) Maternal deaths in NSW (2000-2006) from nonmedical causes (suicide and trauma) in the first year following birth. (80)

Auteur(s), revue, date : Thornton C, Schmied V, Dennis CL, Barnett B, Dahlen HG. Biomed Res Int. 2013.

Objectifs : déterminer les taux et les causes non-médicales de mortalité maternelle pendant la première année suivant l'accouchement en Nouvelle Galle du Sud (New South Wales, NSW), en Australie.

Méthode :

- Les données combinées, entre 2000 et 2007, sont issues des certificats de naissance, des dossiers d'admission des hôpitaux et des certificats de décès.
- La population de référence comporte toutes les mères vivantes ayant donné naissance à un enfant pendant la période étudiée.

Echantillon : 552901 naissances vivantes et 129 morts maternelles ont été identifiées pendant la période étudiée.

Principaux résultats :

Le taux de mortalité maternelle précoce (< ou = 42ème jour du post-partum) est estimé à 6,7 pour 100 000 accouchements.

Le taux de mortalité maternelle tardive (> 42ème jour du post-partum) est estimé à 16,6 pour 100 000 accouchements.

Quarante-huit décès maternels (37 %) sont dus à des causes non-médicales ou traumatiques, quatre sont survenus pendant le post-partum précoce et 44 pendant le post-partum tardif.

Parmi ces 48 décès, 31 % sont des suicides, 31 % sont des accidents (chutes et empoisonnements), 29 % des accidents de transport et 8 % sont des homicides.

Concernant les suicides maternels, 73 % de ces femmes présentent un antécédent connu de trouble mental (40 %) ou addictologique (33 %) avant leur décès.

La majorité des femmes décédées par suicide ont utilisé des moyens létaux violents (73%).

Près de la moitié des suicides surviennent entre le 10ème et le 12ème mois du post-partum (46 %) et près du tiers surviennent entre le 4ème et le 6ème mois du post-partum (33 %).

25) *Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. (81)*

Auteur(s), revue, date : Austin MP, Kildea S, Sullivan E. Med J Aust. 2007 Apr 2.

Objectifs : décrire le suicide maternel en Australie entre 1994 et 2002

Méthode : les données sont issues des enquêtes confidentielles sur la mortalité maternelle en Australie entre 1994 et 2002.

Echantillon : 26 suicides maternels sont identifiés sur la période étudiée.

Principaux résultats :

Parmi les 26 suicides maternels identifiés, 17 sont survenus pendant la grossesse (65 %), dont 13 avant la vingtième semaine d'aménorrhée. Neuf suicides sont survenus après l'accouchement (35 %), dont 6 avant le quarante-deuxième jour du post-partum.

La majorité des moyens létaux utilisés sont violents (65 % des décès par suicide), avec dans près de 40 % des cas des pendaisons.

Au moment de leur décès, la moitié des femmes présentaient une décompensation sur le plan psychiatrique avec :

- Un trouble anxieux et/ou un épisode dépressif caractérisé dans 35 % des cas
- Un épisode maniaque ou hypomaniaque dans 7,5 % des cas
- Un tableau de schizophrénie dans 4 % des cas
- Un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques dans 4 % des cas

La grande majorité des femmes décédées par suicide présentaient un antécédent psychiatrique connu ou un trouble psychiatrique au moment du décès (73 %). Parmi elles, moins de la moitié (47 %) étaient en contact avec des services de psychiatrie pendant la grossesse ou la période postnatale.

Près d'un quart de la population étudiée a été hospitalisée pour un motif psychiatrique pendant la grossesse. Un tiers (31 %) a été en contact avec des soins psychiatriques périnataux.

En tout, 35 % des femmes décédées par suicide ont bénéficié d'un traitement pendant la période périnatale. Les femmes, ayant eu un traitement psychotrope pendant la grossesse, l'ont toutes interrompu pour diverses raisons (inquiétudes concernant le développement fœtal, effets indésirable, inobservance médicamenteuse connue).

26) Maternal deaths in New South Wales, Australia: a data linkage project. (82)

Auteur(s), revue, date : Cliffe S, Black D, Bryant J, Sullivan E. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008 Jun

Objectifs : améliorer l'identification des morts maternelles en couplant les données de différentes sources et déterminer le nombre de décès maternels (pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum) en Nouvelle Galle du Sud, en Australie, entre 1994 et 2001.

Méthode : les données issues du registre des données des sages-femmes de la Nouvelle Galle du Sud (New South Wales Midwives Data Collection) ont été couplées avec les registres de décès d'Australie.

Echantillon :

- 697 311 naissances vivantes
- 173 morts maternelles ont été identifiées entre 1994 et 2001

Principaux résultats :

Parmi les 173 décès maternels, 56,1% sont survenus avant le 42ème jour du post-partum et 43,9% sont survenus en post-partum tardif.

Les principales causes de mortalité maternelle sont les suivantes :

- Le suicide (19 % des cas)
- Les pathologies cardiaques (17 % des cas)
- Les accidents et les décès violents (14 % des cas)
- Les hémorragies (7,5 % des cas)
- L'hypertension (3,5 % des cas)

27) Maternal deaths in the Nordic countries. (83)

Auteur(s), revue, date : SepVangen S, Bødker B, Ellingsen L, Saltvedt S, Gissler M, Geirsson RT, Nyfløt LT. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017.

Objectifs :

- Identifier les morts maternelles dans cinq pays nordiques (Finlande, Danemark, Islande, Norvège et Suède)
- Identifier les causes de décès maternels selon les critères de classification internationale
- Identifier les domaines nécessitant des améliorations afin de prévenir au mieux les morts maternelles

Méthode :

- Les données ont été collectées entre 2005 et 2013

- Les données ont été couplées à partir de différents registres et de dossiers hospitaliers
- Chaque cas est ensuite étudié afin de déterminer la cause du décès et le niveau de soins prodigués
- Les morts maternelles sont définies comme les décès survenus lors de la grossesse et jusqu'au 42ème jour du post-partum
- Les suicides sont classés dans les morts maternelles indirectes

Echantillon : 1 561 698 naissances vivantes et 168 morts maternelles ont été identifiées sur la période étudiée.

Principaux résultats :

Le taux de mortalité maternelle dans les pays nordiques est estimé à 7,2 pour 100 000 naissances vivantes (IC 95 % 5,9-8,5)

Parmi les 168 décès identifiés, 54 % sont considérés comme des morts maternelles directes et 46 % comme des morts maternelles indirectes.

Les principales causes de mort maternelle dans les pays nordiques sont les suivantes :

- Les pathologies cardiovasculaires (17 % des cas)
- Les pré-éclampsies (15 % des cas)
- Les suicides (12 % des cas)
- Les pathologies thrombo-emboliques (12 % des cas)
- Les sepsis (8 % des cas)

Dans 60 % des suicides maternels, le moyen létal utilisé est violent avec des décès par arme à feu, par pendaison, par immolation, par accident de la voie publique volontaire ou par noyade.

Les femmes qui se sont suicidées présentaient dans 65 % des cas un antécédent de trouble psychiatrique et dans 50 % des cas une comorbidité sur le plan addictologique.

En Finlande, 60 % des suicides maternels sont survenus après un avortement.

28) *Maternal suicide - Register based study of all suicides occurring after delivery in Sweden 1974-2009. (84)*

Auteur(s), revue, date : Lysell H, Dahlin M, Viktorin A, Ljungberg E, D'Onofrio BM, Dickman P, Runeson B. PLoS One. 2018

Objectifs :

- Etudier l'association entre accouchement récent et risque suicidaire chez les mères âgées de 18 à 40 ans en Suède
- Etudier l'association entre le suicide maternel et les troubles psychiatriques
- Etudier l'association entre suicide maternel et évènements en lien avec l'accouchement (césarienne, multiparité, bébé mort-né)

Méthode :

- Il s'agit d'une étude de cas-témoins dont les données combinées sont issues de différents registres suédois.
- La cohorte est constituée de toutes les femmes ayant eu un enfant en Suède entre 1974 et 2009.
- Pour le premier objectif, les cas témoins sont les femmes issues de la cohorte et décédées par suicide avant l'âge de 40 ans. Dix cas contrôles ont été attribués au hasard pour chaque cas témoin.
- Pour les autres objectifs, les cas témoins sont les femmes décédées par suicide dans l'année suivant l'accouchement. Les cas contrôles sont les mères issues de la cohorte qui ne se sont pas suicidées. Cent cas contrôles sont attribués au hasard pour chaque cas témoin.

Echantillon :

- La cohorte comprend 1 848 941 mères ayant donné naissance à un enfant entre 1974 et 2009 en Suède
- 1786 suicides ont été identifiés parmi les femmes âgées de 18-40 ans ayant donné naissance à un enfant entre 1974-2009
- 145 suicides sont survenus pendant la première année du post-partum

Principaux résultats :

Le risque suicidaire diminue significativement de 18 % dans la première année du post-partum par rapport aux mères qui se suicident hors période périnatale (RR ajusté 0.82 – IC 95% 0.68-0.99). Aucune différence significative n'est retrouvée pour les accouchements survenus six mois ou quarante-deux jours avant le suicide.

Comparées aux mères vivantes, les mères décédées par suicide dans la première année du post-partum sont significativement :

- Plus susceptibles d'avoir un faible niveau d'éducation (RR ajusté 5.14 – IC 95 % 3.45-7.64).
- Plus susceptibles de présenter un trouble psychiatrique (RR 124.85 - IC 95 % 76.03-205),
- Plus susceptible de présenter un trouble de l'humeur (RR ajusté 134 - IC 95 % 45.93-390.61), un trouble psychotique (RR ajusté 83.69 – IC 95% 36.99-189.31) ou un trouble lié à l'usage d'une substance (RR ajusté 16.87 – IC 95% 3.54-80.34).
- Plus susceptibles de présenter un antécédent de tentative de suicide (RR ajusté 47.56 – IC 95 % 18.24-124.02).
- Nous ne retrouvons pas de différences significatives entre les femmes décédées par suicide dans la première année du post-partum et les mères vivantes concernant les césariennes, les grossesses multiples, la multiparité ou les bébés mort-nés.

29) Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. (85)

Auteur(s), revue, date : Esscher A, Essén B, Innala E, Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, Högberg U.Br J Psychiatry. 2016

Objectifs : décrire les femmes décédées par suicide pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum.

Méthode :

Les suicides maternels, survenus entre 1980 et 2007 en Suède, ont été identifiés partir de données combinées issues des certificats de décès, des certificats de naissance et du registre national des patients.

La population de référence est constitué par toutes les femmes ayant donné naissance à un en Suède sur la période étudiée

Echantillon : 2 800 000 naissances vivantes et 103 suicides maternels ont été identifiés sur la période étudiée.

Principaux résultats :

Sur la période 1980-2007, le taux de suicide maternel est estimé à 3,7 pour 100 000 naissances vivantes en Suède. La proportion de décès maternels attribués au suicide est de 18 %.

Comparées aux femmes nées en Suèdes, celles nées dans un pays à faible revenu présente un risque significativement plus élevé de suicide en période périnatale (OR 3,1 – IC 95 % 1,3-7,7). Le taux de suicide maternel pour les femmes nées dans un pays à faible revenu est de 10,8 pour 100 000 naissances vivantes.

Nous ne retrouvons pas de différences significatives entre les femmes nées en Suède et celles nées dans d'autres pays à haut revenu ou à revenu moyen concernant le risque de suicide maternel.

Parmi les 103 suicides maternels, 3 sont survenus pendant le dernier trimestre de la grossesse, 51 sont survenus dans les six premiers mois du post-partum et 49 sont survenus entre le 6ème mois et le 12ème mois du post-partum.

Les caractéristiques sociodémographiques du suicide maternel sont les suivantes :

- La majorité des femmes sont âgées entre 20 et 35 ans (80 %)
- Dans 20 % des cas, ces femmes sont âgées de plus de 35 ans
- 53 % des femmes sont multipares
- 74 % cohabitent avec un autre adulte
- La plupart de ces femmes ont un emploi ou sont étudiantes (55 %)
- Aucune différence significative concernant les facteurs sociodémographiques n'a été mise en évidence entre les femmes décédées avant et après le 6ème mois du post-partum.

Pour le suicide maternel, les moyens létaux utilisés sont violents dans 87 % des cas avant le 6ème mois du post-partum et dans 55 % des cas après le 6ème mois du post-partum.

Près de la moitié des femmes décédées par suicide en période périnatale présentaient un antécédent de trouble psychiatrique avant la grossesse (46 %). Parmi elles, près de 80 % ont été hospitalisée au moins une fois dans un service de psychiatrie.

Les troubles psychiatriques antérieurs à la grossesse sont distribués de la façon suivante :

- Antécédent de tentative de suicide dans 35 % des cas
- Antécédent de trouble anxieux dans 23 % des cas,
- Antécédent de trouble lié à l'usage d'une substance dans 17 % des cas
- Antécédent de trouble bipolaire dans 8 % des cas
- Antécédent de trouble psychotique dans 10 % des cas

Pendant la grossesse, 6 femmes présentent un tableau inaugural d'allure psychiatrique. Parmi les femmes présentant un trouble psychiatrique (antécédent et tableau inaugural), plus de la moitié sont suivies en consultation sur le plan psychiatrique et 20% d'entre elles sont traitées par un traitement psychotrope.

Dans la première année du post-partum, 51 % des femmes qui se sont suicidées présentaient un trouble psychiatrique. La répartition des diagnostics est la suivante :

- 17 % de trouble psychotique
- 13% de tentative de suicide
- 12% de trouble anxieux
- 11% de trouble bipolaire
- 9% d'autres troubles de l'humeur
- 2% de trouble lié à l'usage d'une substance

Au total, 74 % des femmes décédées par suicide en période périnatale ont eu un contact avec la psychiatrie pendant la grossesse ou après l'accouchement.

Près de la moitié des femmes ont présenté des complications pendant leur grossesse (pré-éclampsie, RCIU, diabète etc) et pendant leur accouchement (accouchement induit, détresse fœtale, hémorragie de la délivrance etc..).

30) Maternal mortality in Sweden, 1980-1988. (86)

Auteur(s), revue, date : Högberg U, Innala E, Sandström A. Obstet Gynecol. 1994 Aug.

Objectifs : étudier la mortalité maternelle en Suède, entre 1980 et 1988

Méthode :

Toutes les morts maternelles survenues en Suède entre 1980-1988 ont été recherchées en utilisant les registres hospitaliers des naissances et les registres nationaux des naissances et des décès

Les dossiers médicaux, ainsi que les comptes-rendus d'autopsie, ont été réquisitionnés

Echantillon : 878 392 naissances vivantes et 207 morts maternelles ont été identifiées.

Principaux résultats :

Parmi les 207 décès maternels identifiés, 64 sont survenus pendant la grossesse ou avant le 42ème jour du post-partum, dont 3 suicides, et 143 se sont déroulés au-delà du 42ème jour du post-partum, dont 28 suicides.

Le taux de mortalité maternelle en post-partum précoce est calculé à 8,1 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité augmente à 26,2 lorsque toutes les morts maternelles jusqu'à un an de l'accouchement sont prises en compte.

Concernant les causes de mortalité jusqu'au 42ème jour du post-partum, les plus fréquentes sont les maladies thrombo-emboliques (28% des décès), les AVC (17 % des décès) et les hémorragies (10 % des décès). Le suicide représente quant à lui 4,7% des morts maternelles.

Les causes les plus fréquentes de décès après le 42ème jour sont les cancers (21,7%), les suicides (19,5 %), les accidents (18,8 %) puis les AVC (12 %).

La grande majorité des moyens létaux utilisés lors des suicides sont violents (87 % des cas).

31) *Decreasing mortality during pregnancy and for a year after while mortality after termination of pregnancy remains high: a population-based register study of pregnancy-associated deaths in Finland 2001-2012. (87)*

Auteur(s), revue, date : Karalis E, Ulander VM, Tapper AM, Gissler M. BJOG. 2017 Jun

Objectifs :

- Etudier la mortalité des femmes en âge de procréer et la mortalité maternelle (grossesse et jusqu'à un an de post-partum), en Finlande, de 2001 à 2012
- Comparer les résultats avec ceux de l'étude de 1987-2000

Méthode :

- Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective
- Les données ont été combinées à partir de différents registres (certificats de naissance, certificats de décès des femmes âgées entre 15 et 49 ans, registre des interruptions volontaires de grossesse, dossiers médicaux)
- Les résultats concernant la grossesse ou le post-partum, les fausses couches ou les grossesses ectopiques et les avortements ont été étudiés séparément
- Les décès sont classés en deux grandes catégories : les causes médicales et les causes externes qui incluent le suicide

Echantillon :

- 701 540 naissances vivantes
- 10 427 décès de femmes âgées en 15 et 49 ans ont été identifiés, dont 268 morts maternelles

Principaux résultats :

Parmi les 268 décès maternels, 51,5 % sont survenus pendant la grossesse ou le post-partum, 16 % sont survenus après une fausse couche ou une grossesse ectopique et 32,5 % sont survenus après un avortement.

Le taux de mortalité des femmes en âge de procréer est estimé à 48,1 pour 100 000 personnes-année.

Le taux de mortalité maternelle sur la période étudiée est de 28,4 pour 100 000 grossesses, tandis que celui de la période 1987-2000 était de 37,8 pour 100 000 grossesses. Le taux de mortalité maternelle a donc diminué de façon significative de 25 % (OR 0,75 – IC 95 % 0,65-0,88).

Le taux de suicide maternel, en prenant en compte tous les groupes étudiés (grossesse, post-partum, avortement et fausse-couche), est estimé à 7,1 pour 100 000 grossesses pour la période étudiée. Le risque de suicide diminue de 30 % et de façon significative par rapport à la précédente étude de 1987-2000 (OR 0,7 – IC 95 % 0,52-0,94).

Le taux de suicide maternel pendant la grossesse et le post-partum est estimé à 3,3 pour 100 000 grossesses. Le risque de suicide a significativement diminué de 43 % par rapport à la précédente étude (OR 0,57 – IC 95% 0,35-0,94).

Les taux de suicide maternel suite à un avortement et suite à une fausse couche sont respectivement de 21,9 pour 100 000 grossesses et de 11,4 pour 100 000 grossesses. Le risque suicidaire diminue de façon non significative pour ces deux groupes.

Le taux de suicide chez les femmes en âge de procréer est quant à lui estimé à 10,2 pour 100 000 personnes-années, avec une diminution significative du risque suicidaire de 15 % par rapport à la précédente étude (OR 0,85 – IC 95 % 0,79-0,91).

32) Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. (88)

Auteur(s), revue, date : Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Eur J Public Health. 2005 Oct.

Objectifs :

- Etudier les morts maternelles en lien avec des causes externes (suicide, accidents, homicides…).
- Calculer séparément les taux de mortalité maternelle après une grossesse/une naissance vivante, une fausse couche spontanée/une grossesse ectopique et un avortement induit.
- Comparer ces taux de mortalité avec ceux des femmes en âge de procréer, hors période périnatale.

Méthode : les données concernant les décès en lien avec une cause externe parmi les femmes, âgées de 15 à 49 ans, en Finlande, entre 1987 et 2000, ont été couplées avec trois registres nationaux, à savoir le registre des naissances, le registre des avortements et le registre des données hospitalières.

Echantillon :

- 5299 décès de femmes en lien avec des causes externes ont été identifiés
- Parmi eux, 212 décès sont survenus en période périnatale (jusqu'à un an après le terme de la grossesse)
- 112 suicides maternels sont recensés dans cette étude
- 865 988 naissances vivantes, 156 789 avortements induits et 118 490 fausses couches

Principaux résultats :

Parmi les 212 morts maternelles en lien avec une cause externe, une grande part fait suite à un suicide (53 %), 36 % font suite à un accident et 11% font suite à un homicide.

Ainsi, le taux de mortalité maternelle en lien avec des causes externes est calculé à 19,1 pour 100 000 grossesses. Il est significativement inférieur à celui des femmes hors période périnatale qui est estimé à 24,2 pour 100 000 personnes-années.

Le taux de mortalité maternelle suite à un accident est de 7,3 pour 100 000 grossesses. Le taux d'homicide maternel est quant à lui calculé à 2 pour 100 000 grossesses.

Le taux de suicide maternel est estimé dans cette étude à 9,9 pour 100 000 grossesses, sans différence significative avec celui des femmes du même âge, hors période périnatale, qui est calculé à 11,8 pour 100 000 personnes-années.

Parmi les 112 suicides maternels recensés, 38 % sont survenus pendant la grossesse ou suite à une naissance vivante, 17 % sont survenus après une fausse couche ou une grossesse ectopique et 45 % se sont déroulés suite à un avortement induit.

Dans les cas de décès lors de la grossesse ou suite à une naissance vivante, la mortalité par suicide est significativement diminuée avec un taux de suicide calculé à 5,5 pour 100 000 grossesses ($p < 0,001$).

Le taux de suicide maternel suite à une fausse couche spontanée est de 16,6 pour 100 000 grossesses, sans différence significative retrouvée. Cependant, il existe une augmentation significative du risque de suicide chez les femmes âgées de 15 à 24 ans (24,3 pour 100 000 grossesses), comparées aux femmes du même âge, hors période périnatale (6,7 pour 100 000 personnes-années).

Concernant les avortements induits, le taux de mortalité par suicide est significativement augmenté, par rapport à celui des femmes hors période périnatale, avec un taux de suicide estimé à 33,8 pour 100 000 grossesses ($p < 0,001$).

33) Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. (89)

Auteur(s), revue, date : Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. BMJ. 1996 Dec 7

Objectifs : déterminer les taux de suicide associé à la grossesse en fonction du type de grossesse (naissance vivante, avortement induit et fausse-couche spontanée) pendant la première année du post-partum.

Méthode : les informations sur les femmes en âge de procréer et décédées par suicide, entre 1987 et 1994 en Finlande, ont été couplées avec les registres de naissances, d'avortements et hospitaliers.

Echantillon :

- 514 223 naissances vivantes
- 1347 suicides de femmes en âge de procréer ont été identifiés, dont 73 suicides maternels

Principaux résultats :

Pour les 73 suicides maternels, seuls 11 % des certificats de décès indiquaient l'existence d'une grossesse dans l'année précédant le suicide.

Les suicides maternels sont survenus dans 42 % des cas après une naissance vivante, dans 29 % des cas après un avortement et dans 19 % des cas après une fausse couche spontanée.

Le suicide maternel représente 5,4 % des suicides de femmes en âge de procréer.

Le taux de suicide maternel est calculé à 10,9 pour 100 000 grossesses terminées. Le risque suicidaire le plus élevé concerne la tranche d'âge 35-39 ans (23,5 pour 100 000 grossesses), tandis que le risque suicidaire le plus faible concerne la tranche d'âge 30-34 ans.

Le taux de suicide associé à une naissance vivante est estimé à 5,9 pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux de suicide associé à un avortement est de 34,7 pour 100 000 avortements et celui associé à une fausse couche spontané est calculé à 18,1.

Ainsi, les femmes ayant donné naissance à un enfant vivant sont moins susceptibles de décéder par suicide par rapport à la population de référence (OR 0,52 – IC 95 % 0,19-0,41). Seule la tranche d'âge 15-19 ans présente un risque suicidaire accru (OR 2,87– IC 95 % 1,02-8,04).

En revanche, le risque de suicide est augmenté après un avortement (OR 3,08 – IC 95 % 1,57-6,03). Les résultats concernant les fausses-couches ne sont pas significatifs (OR 1,61 – IC 95 % 0,7-3,38).

Après 35 ans, le risque de suicide est nettement augmenté suite à un avortement par rapport à la population de référence (OR 4,84 – IC 95 % 2,79-8,41).

Les suicides maternels semblent survenir principalement lors des deux premiers mois après le terme de la grossesse (27 % des cas). Cependant, la répartition des décès se fait de façon égale entre les six premiers mois suivant le terme et entre le 6ème et le 12ème mois suivant le terme.

34) Maternal deaths in Denmark 2002-2006. (90)

Auteur(s), revue, date : Bødker B, Hvidman L, Weber T, Møller M, Aarre A, Nielsen KM, Sørensen JL. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009.

Objectifs : décrire les morts maternelles survenues pendant la grossesse et jusqu'au 42ème jour du post-partum au Danemark, entre 2002 et 2006.

Méthode : les données sont issues de différents registres dannois (registres de décès, d'assurance maladie et hospitaliers). Le suicide est considéré comme une coïncidence, il n'est donc pas pris en compte pour le calcul du taux de mortalité maternelle.

Echantillon : 323 683 naissances vivantes et 36 morts maternelles ont été identifiées

Principaux résultats :

En tout, 137 morts maternelles sont survenues jusqu'à un an après le terme de la grossesse. Seuls 36 décès ont eu lieu avant le 42ème jour du post-partum. Pour vingt-six d'entre eux, une cause obstétricale directe ou indirecte a été attribuée au décès.

Le taux de mortalité au Danemark est estimé à 8 pour 100 000 naissances vivantes.

Les principales causes de mortalité maternelles mises en évidence sont les suivantes :

- Les pathologies cardiovasculaires, classées dans les causes indirectes (19 %)
- Au même rang, les pathologies thromboembiques (cause directe), les troubles hypertensifs (cause directe) et les accidents de transport (coincidence) représentent chacuns 11 % des décès
- Au même rang, les infections au streptocoque A (cause directe), les AVC (cause indirecte) et les suicides (coincidence) représentent chacun 8 % des décès
- Au même rang, le diabète (cause indirecte) et les cancers (coincidence) représentent chacun 5 % des décès

Trois suicides maternels sont survenus avant le 42ème jour du post-partum. S'ils avaient été inclus dans le calcul du taux de mortalité maternel, celui-ci aurait été de 9 pour 100 000 naissances vivantes.

En tout, 20 suicides sont survenus jusqu'à un an après le terme de la grossesse : 3 avant la 6ème semaine du post-partum, 3 en post-partum tardif et 14 suite à une fausse-couche spontanée ou suite à un avortement induit.

L'âge médian pour le suicide maternel est de 20 ans contre 32 ans pour les autres causes.

35) Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission (106)

Auteur(s), revue, date : Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Br J Psychiatry, 1998.

Objectif : déterminer le risque de suicide pour les femmes hospitalisées pour raison psychiatrique dans la première année du post-partum en calculant le rapport de mortalité standardisé (Standardized Mortality Ratio – SMR).

Méthode : les données couplées sont issues de différentes sources, à savoir les registres hospitaliers de psychiatrie du Danemark, les registres de naissances et des causes de décès entre 1973 et 1993.

Echantillon : 1567 femmes ont été hospitalisées en psychiatrie.

Principaux résultats :

Au total, 14 suicides maternels sont survenus dans l'année suivant l'accouchement.

Le SMR associé au suicide est estimé à 72,16 (IC 95 % 39,45- 12,108).

36) Maternal deaths in Iceland over 25 years. (91)

Auteur(s), revue, date : Birgisdottir H, Bjarnadottir RI, Kristjansdottir K, Geirsson RT. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 Jan

Objectifs : étudier les morts maternelles survenues pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum en Islande

Méthode :

- Les données couplées sont issues des certificats de décès survenus entre 1985 et 2009 chez des femmes âgées entre 15 et 49 ans, avec les registres de naissances et les dossiers d'admission hospitaliers
- Les dossiers médicaux et les certificats de décès ont été analysés

Echantillon :

- 33 décès maternels ont été identifiés en Islande entre 1985 et 2009
- 107 871 naissances vivantes

Principaux résultats :

Pour 107 871 accouchements, la mortalité maternelle pour la période étudiée est estimée à 24,5 pour 100 000 naissances vivantes. Le ratio de morts maternelles survenues avant le 42ème jour du post-partum est de 5,5 pour 100 000 naissances vivantes. (IC 95 % 1,1-10,1).

Le taux de mortalité maternelle liée à une cause directe est de 4,6 pour 100 000 naissances vivantes. Le ratio lié aux causes indirectes est identique. Celui lié à une coïncidence est de 17,6 pour 100 000 naissances vivantes.

Cinq suicides maternels ont été recensés sur la période étudiée. Un suicide a été classé dans le groupe « cause obstétricale indirecte » compte-tenu des antécédents psychiatriques et addictologiques de la femme décédée. Les quatre autres suicides sont considérés comme des coïncidences. Si ces derniers avaient été comptabilisés parmi les causes indirectes, la mortalité maternelle en lien avec des causes indirectes s'élèverait à 8,2 pour 100 000 naissances.

Les accidents de voitures sont à l'origine du plus grand nombre de décès maternels sur la période étudiée avec six cas. Le suicide est la seconde cause la plus fréquente, devant les pathologies cardiaques, les pré-éclampsies et les choriocarcinomes gestationnels.

Tous les suicides identifiés sont survenus après le 42ème jour du post-partum.

Aucun trouble psychiatrique n'a été diagnostiqué pour les quatre suicides de la catégorie « coïncidences ».

37) Regional maternal mortality working group. Maternal suicide in Italy. (92)

Auteur(s), revue, date : Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, Vichi M, Loghi M, Donati S; Arch Womens Ment Health. 2020 Apr.

Objectifs :

- Estimer le taux de suicide maternel en Italie
- Décrire les caractéristiques des femmes décédées par suicide pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum, suite à un avortement ou suite à une fausse couche

Méthode :

- Les suicides maternels sont identifiés à partir de données combinées issues des certificats de décès et des bases de données administratives des hôpitaux de dix régions italiennes, entre 2006 et 2012
- Les données sociodémographiques des femmes décédées par suicide en période périnatale ont été comparées à celles de la population de référence, à savoir les mères âgées de 15 à 49 ans ayant accouché entre 2006 et 2012 et les femmes du même âge ayant fait une fausse couche ou ayant bénéficié d'un avortement induit sur la période étudiée.

Echantillon : 2 881 825 naissances vivantes et 67 suicides maternels ont été identifiés sur la période étudiée.

Principaux résultats :

Le taux de suicide maternel dans les régions étudiées est estimé à 2,3 pour 100 000 naissances vivantes. Les dix régions incluses dans l'étude représentent 77 % des naissances vivantes du pays.

Le suicide représente 12% des décès maternels entre 2006 et 2012.

Le taux de suicide maternel est de 1,18 pour 100 000 naissances vivantes après l'accouchement (IC 95 % 0,82-1,65), de 2,77 après un avortement (IC 95 % 1,64-4,37) et de 2,9 après une fausse couche (IC 95 % 1,45-5,19).

Quatre suicides sont survenus pendant la grossesse (5,9 %), 34 dans l'année suivant l'accouchement (50,7 %), 18 après un avortement (26,8 %) et 11 après une fausse couche (16,3 %).

Concernant le suicide maternel en période postnatale, 74 % des décès surviennent après le 43ème jour du post-partum.

Les moyens létaux utilisés sont violents pour la plupart (89 %), principalement par pendaison (37 %) ou par saut (21 %).

Comparées aux populations de référence, les femmes âgées de plus de 40 ans sont plus représentées chez les femmes décédées par suicide pendant la grossesse, le post-partum (29 % contre 5.8 %) ou suite à une fausse couche (45.5 % contre 18.6 %).

Le taux de suicide maternel après une naissance vivante est plus important chez les femmes de plus de 40 ans (4.17 pour 100 000 naissances, IC 95 % 1.68-8.59) par rapport aux femmes plus jeunes, âgées entre 25 et 39 ans (0.97 pour 100 000 naissances vivantes, IC 95 % 0.62-1.46).

Le taux de suicide après un avortement chez les femmes âgées de moins de 25 ans (3.37 pour 100 000 avortements induits, IC 95 % 1.24-7.33) tend à être supérieur à celui des femmes du même âge en population générale (1.22 pour 100 000 femmes, IC 95 % 1.05-1.41).

Concernant l'accès aux soins psychiatriques, seules les données pour 57 femmes étaient disponibles (85 %). Parmi ces 57 femmes, trente-quatre (60 %) présentaient un antécédent de trouble psychiatrique avant leur suicide. Plus d'un quart de ces femmes (28 %) ont été admises à l'hôpital pour un trouble psychiatrique, principalement l'année précédant la grossesse (21 %). Six femmes (11 %) présentaient un antécédent de tentative de suicide.

Dix-neuf de ces femmes (33%) bénéficiaient d'un diagnostic. Les principaux diagnostics sont des troubles de l'humeur avec :

- Trouble bipolaire pour 31 % des diagnostics
- Trouble dépressif pour 26 % des diagnostics

Concernant la prescription de psychotropes, 60 % des femmes bénéficiaient d'un tel traitement, avec en premier lieu la prescription d'antidépresseurs (70 % des prescriptions) puis, à moindre importance, la prescription d'anxiolytiques (10 %) et d'antipsychotiques (6 %).

38) Pregnancy-related and maternal deaths in Hamburg, Germany: an autopsy study from 1984 - 2018. (93)

Auteur(s), revue, date : Edler C, Sperhake JP, Püschel K, Schröder AS. Forensic Sci Med Pathol. 2019 Dec.

Objectifs : déterminer les causes mortalité maternelle, pendant la grossesse et jusqu'à un an de l'accouchement, à partir des rapports d'autopsie.

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective des autopsies réalisées au département de médecine légale d'Hambourg, Allemagne, de 1984 à 2018.

Echantillon : 57 morts maternelles ont été identifiées.

Principaux résultats :

Les principales causes de mortalité maternelle sont les suivantes :

- Les pathologies cardiaques (21 % des décès)
- Les suicides (16 % des décès)
- Au même rang, les maladies thrombo-emboliques et les infections (14 % des décès)
- Les hémorragies (12 % des décès)

En tout, neuf suicides maternels ont été identifiés. Près de la moitié des femmes ont utilisé des moyens létaux violents (saut d'une hauteur ou pendaison), deux femmes sont décédées suite à une intoxication médicamenteuse volontaire et deux autres sont mortes suite à un surdosage volontaire en héroïne. L'âge moyen est de 29 ans.

La grande majorité des suicides sont survenus pendant la grossesse (8 cas), le plus souvent pendant le 2ème trimestre (55 %).

39) *Suicide during pregnancy and the first postpartum year in Austria: Findings from 2004 to 2017. (94)*

Auteur(s), revue, date : Knasmüller P, Kotal A, König D, Vyssoki B, Kapusta N, Blüml V. Maternal Psychiatry Res. 2019 Nov

Objectifs : décrire la population de femmes autrichiennes qui sont décédées par suicide pendant leur grossesse ou dans la première année du post-partum entre 2004 et 2017.

Méthode : toutes les données sont issues du bureau national des statistiques entre 2004 et 2017

Echantillon :

- 1 121 962 naissances vivantes
- 10 suicides maternels ont été identifiés sur la période étudiée

Principaux résultats :

Le taux de suicide maternel est estimé à 0,89 pour 100 000 naissances vivantes sur la période étudiée. En Autriche, le taux de suicide chez les femmes âgées de 15 à 44 ans est de 4,54 pour 100 000 habitantes.

Soixante-sept pourcent des certificats de décès n'indiquaient aucune information concernant l'existence ou non d'une grossesse dans l'année précédant le décès.

Les moyens létaux utilisés sont violents. La moitié des suicidées se sont pendues, 20 % se sont noyées et 10 % sont décédées suite à un saut.

40) Maternal mortality in St. Petersburg, Russian Federation. (95)

Auteur(s), revue, date : Gurina NA, Vangen S, Forsén L, Sundby J. Bull World Health Organ. 2006 Apr;

Objectifs : étudier la mortalité maternelle et ses causes à Saint-Pétersbourg (Fédération de Russie) jusqu'au 42ème jour du post-partum.

Méthode : des données ont été réunies sur tous les décès liés à la grossesse survenus à Saint-Pétersbourg entre 1992 et 2003 à partir de plusieurs sources d'information. Un groupe de recherche indépendant a examiné et classé tous les cas sur la base de la CIM-10 et des enquêtes confidentielles sur les décès maternels du Royaume-Uni. Les tendances des taux de décès, toutes causes confondues et par causes (nombre de décès pour 100 000 naissances), ont été analysées pour quatre intervalles de 3 ans, en utilisant le test du chi-carré.

Echantillon :

- 416 042 naissances vivantes
- 179 morts maternelles ont été identifiées sur la période étudiée

Principaux résultats :

Le taux de mortalité maternelle à Saint-Pétersbourg est estimé à 43 pour 100 000 naissances vivantes entre 1992 et 2003. La comparaison entre le premier triennum (1992-1994) et le dernier triennum (2001-2003) montre une diminution significative du taux de mortalité maternelle, de 62,8 à 33,5 pour 100 000 naissances vivantes.

Les principales causes de décès maternels jusqu'au 42ème jour du post-partum sont les suivantes :

- Sepsis avec un taux de mortalité estimé à 11,3 pour 100 000 naissances vivantes

- Hémorragie avec un taux de mortalité estimé à 9,1 pour 100 000 naissances vivantes
- Eclampsie/pré-éclampsie avec un taux de mortalité estimé à 4,8 pour 100 000 naissances vivantes
- Maladies infectieuses avec un taux de mortalité estimé à 3,6 pour 100 000 naissances vivantes
- Embolie pulmonaire et pathologies cardiaques avec des taux de mortalité estimé à 2,9 pour 100 000 naissances vivantes
- Suicide avec un taux de mortalité estimé à 2,2 pour 100 000 naissances vivantes
- Pathologies du système circulatoire avec un taux de mortalité estimé à 1,7 pour 100 000 naissances vivantes
- Anesthésie avec un taux de mortalité estimé à 0,96 pour 100 000 naissances vivantes

Ainsi le taux de suicide maternel est estimé à 2,2 pour 100 000 naissances vivantes. Les taux de décès par suicide ont augmenté au cours de la période étudiée.

41) The tip of the iceberg: postpartum suicidality in Israel. (96)

Auteur(s), revue, date : Glasser S, Levinson D, Gordon ES, Braun T, Haklai Z, Goldberger N Isr J. Health Policy Res. 2018

Objectifs : Présenter et analyser les données disponibles concernant les taux, les variations et les caractéristiques des femmes présentant des idées suicidaires, ayant tenté de se suicider ou étant décédées par suicide pendant la période postnatale (jusqu'à un an après l'accouchement), en Israël, entre 2006 et 2015.

Méthode :

Les données concernant les suicides aboutis des femmes âgées entre 18 et 44 ans sont issues de la base de données nationale des causes de décès

Ces données ont ensuite été combinées avec le registre national des naissances afin d'identifier les morts maternelles survenues dans l'année suivant l'accouchement, entre 2006 et 2015

Echantillon :

- 1 647 899 naissances vivantes
- 193 décès maternels, survenus dans l'année suivant l'accouchement, ont été identifiés sur la période étudiée

Principaux résultats :

Sept suicides maternels ont été identifiés sur la période étudiée, en Israël, représentant 3.6% des décès maternels en période postnatale.

Le taux de suicide en post-partum est estimé à 0.43 pour 100 000 naissances vivantes.

Les principales causes de décès dans la première année du post-partum sont, par ordre de fréquence, les suivantes :

- Causes obstétricales (31.6 %)
- Cancers (20.7 %)
- Accidents de transport (7.3 %)
- Agressions (4.7 %)
- Suicides (3.6 %)
- Pathologies cardiaques (2.6 %)
- Maladies vasculaires cérébrales (2.1 %)

42) *Do stillbirth, miscarriage, and termination of pregnancy increase risks of attempted and completed suicide within a year? A population-based nested case-control study. (97)*

Auteur(s), revue, date: Weng SC, Chang JC, Yeh MK, Wang SM, Lee CS, Chen YH., BJOG. 2018 Jul

Objectifs : évaluer le risque de tentative suicide et de suicide abouti chez les femmes ayant expérimenté la naissance d'un bébé mort-né, une fausse-couche ou un avortement dans l'année suivant ces évènements

Méthode :

- Etude de cas témoins entre 2001 et 2011 à Taïwan
- Données couplées issues de trois sources : la base données de l'assurance maladie, le registre des naissances et le registre des décès

- Pour chaque cas témoin, dix cas contrôles ont été attribués au hasard en fonction de l'âge et de l'année de naissance

Echantillon :

- 350 suicides maternels et 485 tentatives de suicide ont été identifiés sur la période étudiée
- Pour chaque suicide ou tentative de suicide, dix cas contrôles ont été sélectionnés au hasard et attribués en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant.

Principaux résultats :

Comparé au groupe contrôle, le risque de suicide abouti en période périnatale est significativement augmenté en cas :

- De bébé mort-né (OR 5,2 – IC 95 % (1,77-15,32))
- De fausse couche (OR 3,81– IC 95 % (2,81-5,15))
- D'avortement (OR 3,12 – IC 95 % (1,77-5,5))
- De trouble de l'humeur (OR 12,12 – IC 95 % (15,66-25,94))
- De schizophrénie (OR 41,72– IC 95 % (9,9-175,85))
- De trouble lié à l'usage d'une substance (OR 7,13– IC 95 % (1,53-33,31))
- De trouble anxieux (OR 8,33 – IC 95 % (4,18-16,1))
- D'antécédent de tentative de suicide (OR 7,39 – IC 95 % (1,5-42,08))

43) *Factors influencing attempted and completed suicide in postnatal women: A population-based study in Taiwan. (98)*

Auteur(s), revue, date: Weng SC, Chang JC, Yeh MK, Wang SM, Chen YH. Sci Rep. 2016

Objectifs : étudier les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide et aux suicides aboutis chez les femmes en période postnatale

Méthode :

- Il s'agit d'une étude de cas-témoins dont les données ont été collectées entre 2000 et 2012

- Les données sont issues de différentes sources dont le registre des certificats de décès, le registre des certificats de naissances, la base de données de l'assurance maladie.
- La cohorte se compose de toutes les femmes ayant été enceintes à Taïwan pendant la période étudiées
- Les cas témoins sont les femmes ayant fait une tentative de suicide ou décédées par suicide en période postnatale (jusqu'à un an après l'accouchement)
- Dix cas contrôles sont attribués au hasard pour chaque cas témoin en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant
- Les données concernant les suicides aboutis et les tentatives de suicide sont traitées séparément

Echantillon : 95 suicides aboutis et 139 tentatives de suicide survenus pendant l'année suivant l'accouchement ont été recensés sur la période étudiée.

Principaux résultats :

Comparées aux cas contrôles, les femmes décédées par suicide en période périnatale sont de façon significative :

- Plus susceptibles de n'avoir jamais été mariées (OR 2.51 – IC 95 % 1.1-5.75)
- Plus susceptibles d'avoir eu un enfant ayant un petit poids à la naissance (< 2500 g) (OR 2.89 – IC 95 % 1.3-6.39)
- Plus susceptibles d'avoir un antécédent de trouble anxieux (OR 10.71 – IC 95 % 2.4-47.75)
- Plus susceptibles de présenter un antécédent de trouble de l'humeur (OR 5.85 – IC 95 % 1.85-18.38)
- Plus susceptibles de présenter une dépression du post-partum (OR 21.72 – IC 95 % 8.08-58.37)
- Nous ne retrouvons pas de différences significatives entre les femmes décédées par suicide et les mères en vie concernant le mode d'accouchement (par voie basse ou césarienne) et la prééclampsie.

Les moyens létaux utilisés dans les suicides aboutis sont les suivants :

- Moyens létaux violents (53 % des cas) par pendaison (21 %), noyade (9 %) et sauts (23 %)
- Intoxication médicamenteuse volontaire (38 %)

44) Maternal deaths from suicide in Singapore. (99)

Auteur(s), revue, date : Chen YH, Lau G. Singapore Med J. 2008 Sep

Objectifs : étudier le suicide maternel à Singapour entre 2000 et 2004.

Méthode : les suicides maternels de 2000 à 2004 sont identifiés grâce au couplage de données issues des rapports d'autopsie des femmes qui se sont suicidées entre 15 et 45 ans et des registres de naissance.

Echantillon : 589 suicides de femmes âgées entre 15 et 45 ans ont été identifiés sur la période étudiée avec seulement un suicide survenu en période périnatale.

Principaux résultats :

Seul un suicide maternel a été identifié sur le période étudiée. Il s'agit d'une femme âgée de 17 ans, en situation monoparentale et présentant un lupus érythémateux.

A noter que le taux de suicide féminin à Singapour est plus élevé (6,4 pour 100 000 en 2000) que ceux de Grande-Bretagne (5,8 pour 100 000) et d'Australie (5 pour 100 000). La prévalence de la dépression du post-partum est équivalente dans ces trois pays.

Quarante morts maternelles sont recensées entre 2000 et 2004. Les causes de décès sont réparties de la façon suivante:

- Embolie du liquide amniotique (22 %)
- Pathologies cardiovasculaires (20 %)
- Embolie pulmonaire (15 %)
- Autres troubles respiratoires (12,5 %)
- Suicide (2,5 %)
- Autres causes dont hémorragie de la délivrance, sepsis, cancers (27 %)

IV.3. c. Synthèse des résultats

IV.3.c.i le taux de suicide maternel dans les pays développés

1) Taux de suicide pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum

Quatorze articles inclus dans la revue de la littérature ont calculé le taux de suicide maternel pendant la grossesse et jusqu'à un an du post-partum.

Les taux de suicide maternel varient entre 0,43 à 4,6 pour 100 000 naissances vivantes selon les études. (Tableau 2)

Le taux de suicide maternel le plus faible est retrouvé en Israël, tandis que celui le plus élevé est mis en évidence dans une étude du Colarado, Etas-Unis.

En Finlande, la mortalité par suicide a été calculée pour 100 000 grossesses. Les taux de suicide maternel entre 1987 et 2012 varient entre 7,1 et 10,9 pour 100 000 grossesses terminées.

Tableau 2 Taux de mortalité par suicide pendant la période périnatale pour 100 000 naissances vivantes :

Etudes	Etat	Années d'étude	Taux de suicide maternel pour 100 000 naissances vivantes	Nombre de naissances vivantes sur la période étudiée
***Metz TD et Al, 2017* (64)**	Colorado, Etats-Unis	2004-2012	4.6	614 154
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède	1980-2007	3.7	2 800 000
***Austin AE et Al., 2016* (67)**	Caroline du Nord, Etat-Unis	2005-2011	3.3	881 820
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada	1994-2008	2.58	4 600 000
***Lega I, et Al, 2020* (92)**	Italie	2006-2012	2.3	2 881 825
***Roch Cantwell, Marian Knight, Margaret Oates and Judy Shakespeare, 2015* (59)**	Royaume-Uni	2009-2013	2.3	3 950 000
***Gurina et Al, 2006* (95)**	Saint-Péterbourg, Russie	1992-2003	2.2	416 042
***Palladino et Al., 2011* (69)**	Etats-Unis	2003-2007	2	4 785 275
***Knasmüller et Al, 2017* (94)**	Autriche	2004-2017	0.89	1 121 962
***Glasser S. et al, 2018* (96)**	Israël	2006-2015	0.43	1 647 899
Karalis et Al, 2017 (87)	Finlande	2001-2012	3,3*	701 540
Gissler et al, 2005 (88)	Finlande	1987-2000	5,5*	865 988
Gissler et al, 1996 (89)	Finlande	1987-1994	5,9*	514 223

** Taux de mortalité pour 100 000 grossesses*

2) Taux de suicide pendant la grossesse et jusqu'au 42ème jour du post-partum

Trois enquêtes confidentielles ont calculé ce taux, deux au Royaume-Uni et une en Australie.

Le taux de suicide pendant la grossesse et jusqu'au 42ème jour du post-partum varie entre 0,5 et 0,6 pour 100 000 naissances vivantes selon les études. (Tableau 3)

Tableau 3 Taux de suicide pendant la grossesse et jusqu'au 42ème jour du postpartum pour 100 000 naissances vivantes :

Etudes	Etats	Dates	Taux de suicide maternel pour 100 000 naissances vivantes	Nombre de naissances vivantes sur la période étudiée
***Australian Institute of Health and Welfare, 2017* (79)**	Australie	2012-2014	0.5	920 095
***Marian Knight et Al., 2019* (57)**	Royaume-Uni	2015-2017	0.57	2 317 363
***Marian Knight et Al., 2016* (58)**	Royaume-Uni	2012-2014	0.6	2 368 125

3) Taux de suicide au cours d'une grossesse ou associé à une naissance vivante

En Italie, entre 2006 et 2012, le taux de suicide après un accouchement est estimé à 1,18 pour 100 000 accouchements, le taux de suicide maternel global étant calculé à 2,3 pour 100 000 naissances vivantes. (92)

En Finlande, les taux varient entre 3,3 et 5,5 pour 100 000 grossesses entre 1987 et 2012. (Tableau 4)

4) Taux de suicide associé à un avortement induit

En Italie, entre 2006 et 2012, le taux de suicide associé à un avortement induit est calculé à 2,77 pour 100 000 avortements. (92)

En Finlande, les taux varient entre 33,8 et 34,7 pour 100 000 grossesses entre 1987 et 2012. (Tableau 4)

5) Taux de suicide associé à une fausse couche spontanée ou à une grossesse ectopique

En Italie, entre 2006 et 2012, le taux de suicide associé à une fausse couche est calculé à 2,77 pour 100 000 fausses couches. (92)

En Finlande, les taux varient entre 11,4 et 16,6 pour 100 000 grossesses entre 1987 et 2012. (Tableau 4)

Tableau 4 Taux de suicide maternel en Finlande en fonction du statut de la grossesse pour 100 000 grossesses

Etudes	Pays	Dates	Taux de suicide au cours d'une grossesse ou associé à une naissance vivante pour 100 000 grossesses terminées	Taux de suicide associé à un avortement induit pour 100 000 grossesses terminées	Taux de suicide associé à fausse couche ou à une grossesse ectopique pour 100 000 grossesses terminées	Nombre de grossesses terminées sur la période étudiée
***Karalis et Al, 2017* (87)**	Finlande	2001-2012	3,3	21,9	11,4	701 540
***Gissler et al, 2005* (88)**	Finlande	1987-2000	5,5	33,8	16,6	1 141 267
***Gissler et al, 1996* (89)**	Finlande	1987-1994	5,9	34,7	18,1	696 672

La mortalité par suicide pendant la grossesse ou suite à une naissance vivante semble donc être plus faible par rapport à la mortalité par suicide suite à un avortement induit ou suite à une fausse couche spontanée.

IV.3.c.ii la fréquence du suicide maternel par rapport aux autres causes de mortalité maternelle

Concernant cette partie, les résultats sont hétérogènes compte-tenu des différences de classification des morts maternelles et du suicide, ainsi que des méthodes mises en place entre les études.

Les causes de mortalité maternelle ne sont pas répertoriées de façon identique dans les différentes études.

Le suicide, quant à lui, est parfois classé en cause directement liée à la grossesse, indirectement liée à la grossesse ou bien considéré comme une cause externe à la grossesse.

La fréquence des décès est parfois estimée en pourcentage relatif parmi les causes de mortalité ou en fonction du taux de mortalité pour 100 000 naissances vivantes.

1) La fréquence du suicide maternel sur toute la période périnatale

Sept articles ont étudié cette question.

Le suicide se place dans les huit premières causes de mortalité maternelle. (Tableau 5)

La proportion des morts maternelles attribuées au suicide varie entre 4 et 19 %.

Tableau 5 Fréquence du suicide maternel sur toute la période périnatale, comparée aux autres causes de mortalité maternelle

Etudes	Etat	Dates	Classement des causes	Nombre de naissances vivantes sur la période étudiée
***Cliffe S. et Al, 2008* (82)**	Australie	1994-2001	1- **Le suicide (19 % des cas)** 2- Les pathologies cardiaques (17 % des cas) 3- Les accidents et les décès violents (14 % des cas) 4- Les hémorragies (7,5 % des cas) 5- L'hypertension (3,5 % des cas)	697 311
***Edler C. et Al, 2019* (93)**	Allemagne (Hambourg)	1984-2008	1- Les pathologies cardiaques (21% des décès) 2- **Les suicides (16 % des décès)** 3- Au même rang, les maladies thrombo-emboliques et les infections (14 % des décès) 4- Les hémorragies (12 % des décès)	42000 autopsies
***Birgisdottir H et Al, 2016* (91)**	Islande	1985–2009	1- Accidents de transport (20 %) 2- **Suicide (13 %)** 3- Pathologies cardiovasculaires 4- Prééclampsies 5- Choriocarcinomes	107 871
***Boutin A. et Al, 2020* (77)**	Canada	2013 - 2017	1- Tumeur maligne 2- Pathologies du système circulatoire 3- **Suicide** 4- Sepsis 5- Troubles hypertensifs en lien avec la grossesse 6- Hémorragie de la délivrance	1 147 803
***Bronson J. et Al, 2017* (74)**	Virgine, Etats-Unis	1999-2005	1- Les homicides (14,8 % des décès) 2- Les pathologies cardiaques (11,3 % des décès) 3- Les cancers (9 % des décès) 4- Les surdosages involontaires (6,8 % des décès) 5- **Les suicides (6,5 % des décès)** 6- Les embolies pulmonaires (5,5 % des décès) 7- Les troubles du système nerveux central (5 % des décès)	642 376

***Gurina et Al, 2006* (95)**	Russie (Saint-Péterbourg)	1992-2003	1- Sepsis avec un taux de mortalité estimé à 11,3 pour 100 000 naissances vivantes 2- Hémorragie avec un taux de mortalité estimé à 9,1 pour 100 000 naissances vivantes 3- Eclampsie/pré-éclampsie avec un taux de mortalité estimé à 4,8 pour 100 000 naissances vivantes 4- Maladies infectieuses avec un taux de mortalité estimé à 3,6 pour 100 000 naissances vivantes 5- Embolie pulmonaire et pathologies cardiaques avec des taux de mortalité estimé à 2,9 pour 100 000 naissances vivantes 6- **Suicide avec un taux de mortalité estimé à 2,2 pour 100 000 naissances vivantes** 7- Pathologies du système circulatoire avec un taux de mortalité estimé à 1,7 pour 100 000 naissances vivantes 8- Anesthésie avec un taux de mortalité estimé à 0,96 pour 100 000 naissances vivantes	416 042
***Deneux C. et Al, 2017* (63)**	France	2010-2012	1- Les hémorragies obstétricales (11,3 %) 2- Les thromboembolies veineuses (10,2%) 3- Les embolies amniotiques (9,4 %) 4- Les AVC (8,2 %) 5- Les pathologies cardiovasculaires (7,4 %) 6- Les maladies infectieuses et parasitaires (6,3 %) 7- Les complications hypertensives de la grossesse (4,7 %) 8- **Les suicides (4,3%)** 9- Les sepsis puerpéraux (2,3 %) 10- Les hémorragies du premier trimestre (2 %)	2 479 761

2) Fréquence du suicide maternel pendant la grossesse et jusqu'au 42ème jour du post-partum

Cinq articles ont étudié cette question.

Pendant cette période, le suicide se place entre la 3ème et la 6ème cause la plus fréquente de mortalité maternelle. (Tableau 6)

Tableau 6 Fréquence du suicide maternel pendant la grossesse et jusqu'au 42ème jour du post-partum, comparée aux autres causes de mortalité maternelle

Etudes	Etat	Dates	Classement des causes	Nombre de naissances vivantes sur la période étudiée
***SepVangen S, 2017* (83)**	Finlande Danemark Islande Norvège Suède	2005-2013	1. Les pathologies cardiovasculaires (17 % des cas) 2. Les pré-éclampsies (15 % des cas) **3. Les suicides (12 % des cas)** 4. Les pathologies thrombo-emboliques (12 % des cas) 5. Les sepsis (8 % des cas)	1 561 698
***Bødker B et Al, 2009* (90)**	Danemark	2002-2006	1. Les pathologies cardiovasculaires, classées (19%) 2. Au même rang, les pathologies thromboembiques, les troubles hypertensifs et les accidents de transport (11 % des décès) **3.** Au même rang, les infections au streptocoque A, les AVC et **les suicides (8 %)** 4. Au même rang, le diabète et les cancers (5 % des décès) 6.	323,683
***Marian Knight et Al., 2019* (57)**	Royaume-Uni	2015-2017	1. Les pathologies cardiaques (taux de mortalité à 2.1 pour 100 000 naissances) 2. Les thromboses et les pathologies emboliques (taux de mortalité à 1,39 pour 100 000 naissances) 3. Les pathologies neurologiques indirectes (taux de mortalité à 1,18 pour 100 000 naissances) 4. Les autres causes indirectes (en dehors des pathologies cardiaques, des sepsis, des cancers et des pathologies neurologiques) (taux de mortalité à 1,01 pour 100 000 naissances) **5. Le suicide maternel (taux de mortalité estimé 0.57 pour 100 000 naissances)** 6. Les hémorragies (taux de mortalité 0.48 pour 100 000 naissances)	2 317 363

Australian Institute of Health and Welfare, 2017 **(79)**	Australie	2012-2014	1. Les hémorragies non-obstétricales (taux de mortalité à 1,1 pour 100 000 naissances vivantes) 2. Les pathologies cardiaques (taux de mortalité à 1,1 pour 100 000 naissances vivantes) 3. Les maladies thromboemboliques (taux de mortalité à 0,8 pour 100 000 naissances vivantes) 4. Les hémorragies de la délivrance (taux de mortalité à 0,7 pour 100 000 naissances vivantes) 5. Au même rang, **le suicide** et les sepsis (**taux de mortalité à 0,5 pour 100 000** naissances vivantes) 6. Les troubles hypertensifs (taux de mortalité à 0,4 pour 100 000 naissances vivantes) 7. Les embolies du liquide amniotique (taux de mortalité à 0,3 pour 100 000 naissances vivantes)	920 095
Marian Knight et Al, 2016 **(58)**	Royaume-Uni	2012-2014	1. Les pathologies cardiaques (taux de mortalité à 2.18 pour 100 000 naissances) 2. Les autres causes indirectes (en dehors des pathologies cardiaques, des sepsis, des cancers et des pathologies neurologiques) (mortalité à 0.98 pour 100 000 naissances) 3. Les pathologies neurologiques indirectes (taux de mortalité à 0.94 pour 100 000 naissances) 4. Les thromboses et les pathologies (taux de mortalité à 0.85 pour 100 000 naissances) 5. Les embolies du liquide amniotiques (taux de mortalité à 0.68 pour 100 000 naissances) **6. Le suicide maternel (taux de mortalité 0.6 pour 100 000 naissances)** Les hémorragies de la délivrance (taux de mortalité 0.56 pour 100 000 naissances)	2 368 125

3) Fréquence du suicide maternel du 43ème jour au 365ème jour du post-partum

Deux articles ont étudié cette question.

Pendant cette période, le suicide se classe dans les deux premières causes de mortalité maternelle. (Tableau 7)

La proportion des morts maternelles attribuées au suicide varie entre 18 et 19.5 %.

Tableau 7 Fréquence du suicide maternel du 42ème au 365ème jour du post-partum, comparée aux autres causes de mortalité maternelle

Etudes	Etat	Dates	Classement des causes	Nombre de naissances vivantes sur la période étudiée
***Marian Knight et Al., 2019* (57)**	Royaume-Uni	2015-2017	**1- Suicide (18 %)** 2- troubles liés à l'usage de substances (12 %) 3- Pathologies cardiaques (10 %) et autres causes indirectes (10 %) 4- Pathologies neurologiques Tumeurs malignes (6 %)	2 317 363
***Högberg U et Al., 1994* (86)**	Suède	1980-1988	1- cancers (21,7 %) **2- les suicides (19,5 %)** 3- les accidents (18,8 %) 4- les AVC (12 %)	878 392

IV.3.c.iii. La fréquence du suicide maternel par rapport à la fréquence du suicide chez les femmes hors période périnatale de la même tranche d'âge

Cinq études ont répondu à cette question. (Tableau 8)

Pendant la grossesse, le risque suicidaire semble diminuer de 67 à 95 % par rapport aux femmes hors période périnatale, soit d'un facteur compris entre 3 et 20. (61, 73, 88)

Pendant le post-partum, le risque suicidaire semble également diminuer d'un facteur compris entre 1,22 et 5,89 par rapport au risque de suicide des femmes hors période périnatale. (61, 84, 88)

Concernant la globalité de la période périnatale, les résultats sont discordants avec, d'un côté, une étude qui estime que le risque de suicide diminue de 43% par rapport à celui de population de référence (68), et de l'autre, une étude qui ne met pas en évidence de différence significative entre les deux groupes comparés (88).

Par rapport aux femmes hors période périnatale, le risque suicidaire augmente significativement après un avortement induit. (88)

Tableau 8 Risque de suicide maternel par rapport au risque de suicide chez les femmes hors période périnatale de la même tranche d'âge

Etudes	Etats	Dates	Risque suicidaire en période périnatale par rapport à la population de référence		Nombre de naissances vivantes sur la période étudiée
***Appleby L, 1991* (61)**	Angleterre Pays De Galles	1973-1984	Diminution du risque de 95% pendant la grossesse (SMR 0,05 (IC 95 % 0,29-0,084))		15 497 356
			Diminution du risque de 83 % pendant le post-partum (SMR à 0,17 - IC 95 % 0,14-0,21)		
***Ghazaleh Samandari et Al, 2011* (68)**	Caroline du Nord, Etats-Unis	2004-2006	Diminution du risque de 43 % sur toute la période périnatale (RR 0.43 – IC 95 % 0.26-0.68)		355 372
***Marzuk PM, 1997* (73)**	New-York City Etats-Unis	1990-1993	Diminution du risque de 67 % pendant la grossesse (SMR 0.33 - IC 95 % 0,12-0,72)		507 956
***Lysell H et Al, 2018* (84)**	Suède	1974-2009	Diminution du risque suicidaire de 18% en période postnatale (RR ajusté 0.82 – IC 95 % 0.68-0.99)		1 848 941
***Gissler M et Al, 2005* (88)**	Finlande	1987-2000	Sur toute la période périnatale	Pas de différence significative	865 988 (156 789 avortements induits et 118 490 fausses couches spontanées)
			Associé à la grossesse ou suite à une naissance vivante	Diminution du risque (p<0.001)	
			Associé à une fausse couche spontanée	Pas de différence significative	
			Associé à un avortement induit	Augmentation du risque (p<0.001)	

IV.3.c.iv. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes décédées par suicide en période périnatale

En tout, 14 études ont répondu à cette question.

1) Description des caractéristiques sociodémographiques du suicide maternel

Age

Trois études ont calculé l'âge moyen des femmes décédées par suicide en période périnatale. Il est compris entre 28,4 et 31 ans. (60, 70,76, 93)

Deux études ont comparé les taux de suicide maternel en fonction de l'âge. (67, 92)

Le taux de suicide maternel semble augmenter après 35 ans :

- En Caroline du Nord, Etats-Unis, le taux de suicide dans la tranche d'âge 10-34 ans est de 2,5 pour 100 000 naissances vivantes, tandis que celui pour les femmes âgées de plus de 35 ans est de 8,9 pour 100 000 naissances vivantes (67)
- En Italie, le taux de suicide maternel après une naissance vivante est plus important chez les femmes de plus de 40 ans (4.17 pour 100 000 naissances, IC 95 % 1.68-8.59) par rapport aux femmes plus jeunes, âgées entre 25 et 39 ans (0.97 pour 100 000 naissances vivantes, IC 95% 0.62-1.46) (92)

Origines

Concernant les origines, entre 61 % et 90 % des femmes sont caucasiennes selon les études. (59, 60, 65, 66, 68-70, 72, 74)

Statut marital

Les résultats sont hétérogènes concernant le statut marital. Dans quatre études, la majorité des femmes décédées par suicide sont en couple ou mariées, tandis que dans cinq études elles sont principalement célibataires ou non mariées. (59, 60, 64, 65, 68-70, 72, 76)

Statut professionnel

Nous ne retrouvons pas de profil spécifique concernant le statut professionnel. (59, 60, 64, 85)

Grossesses antérieures

La majorité (53 %) des femmes décédées par suicide sont multipares. (59,85)

Violences domestiques

Des antécédents de violences domestiques sont retrouvées dans 16 à 25 % des cas (59, 64, 67, 74)

Tableau 9 Données sociodémographiques des femmes décédées par suicide en période périnatale

Etudes*	Pays et dates	Age	Origines	Statut marital	Statut professionnel	Nombre de suicides maternels
***Metz TD et Al, 2017* (64)**	Colorado, Etats-Unis 2004-2012	Age médian 27 ans	Non connu	En couple (60,7 %)	Sans emploi (53,6 %)	28
***Roch Cantwell et Al. 2015* (59)**	Royaume-Uni 2009-2013	Age médian 29 ans	Caucasiennes (74 %)	En couple (57 %)	Emploi (57 %)	101
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	Age moyen 28,4 ans	Non connu	En couple (53 %)	Non connu	51
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	Age moyen 30,5 ans	Caucasiennes (87 %)	Mariées (64 %)	Sans emploi (33%) Emploi (22%)	98
***Gold KJ et Al, 2012* (70)**	Etats-Unis 2003-2007	Age moyen 31 ans	Caucasiennes (>80 %)	Non mariées (60 %)	Non connu	113
***Ghazaleh Samandari et Al, 2011* (68)**	Caroline du Nord, Etats-Unis 2004-2006	14-29 ans (61%)	Caucasiennes (83 %)	Jamais mariées (61 %)	Non connu	18
***Palladino et Al., 2011* (69)**	Etats-Unis 2003-2007	15-29 ans (52,1%)	Caucasiennes (74,5 %)	Non mariées (58,8 %)	Non connu	94
***Paul ABM, 2018* (72)**	Nevada, Etats-Unis 2000-2015	20-30 ans (53,8%)	Caucasiennes (61,5 %)	Célibataire (53,8 %)	Non connu	13
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède 1980-2007	20-35 ans (80%)	Non connu	Non connu	Emploi ou étude (55 %)	103
***Lega I, et Al, 2020* (92)**	Italie 2006-2012	25-39 ans (60%)	Non connu	Non connu	Non connu	67
***Maeve E et Al, 2016* (65)**	Etats-Unis, 2005-2010	Non connu	Caucasiennes (61 %)	Non mariées (58, 2 %)	Non connu	263
***Bronson J. et Al, 2017* (74)**	Virgine, Etats-Unis 1999-2005	Non connu	Caucasiennes (90 %)	mariées (60 %)	Non connu	20

*Les études incluant moins de 10 suicides maternels ne sont pas représentées dans ce tableau

2) Comparaison entre les caractéristiques sociodémographiques des femmes décédées par suicide en période périnatale et les caractéristiques des femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge

Age

Les femmes décédées par suicide en période périnatale tendent à être plus jeunes que les femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge. (Tableau 10)

Tableau 10 Comparaison des données concernant l'âge entre les femmes décédées par suicide en période périnatale et les femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge

Etudes	Pays et dates	Données concernant l'âge des femmes décédées par suicide en période périnatale par rapport à la population de référence
***Ghazaleh Samandari et Al, 2011* (68)**	Caroline du Nord, Etats-Unis 2004-2006	Augmentation significative du risque suicidaire chez les femmes en période périnatale dans la tranche d'âge 14-29 ans ($p < 0.019$)
***Gold KJ et Al, 2012* (70)**	Etats-Unis 2003-2007	Age moyen significativement inférieur chez les femmes enceintes (31 ans ± 11) et en post-partum (32 ans ± 11) comparées aux femmes hors période périnatale (40 ans ± 11) ($p < 0,00005$)
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	Age moyen significativement inférieur chez les femmes décédées par suicide en période périnatale (28,4 ans) comparées aux femmes hors période périnatale (34 ans) ($p < 0.001$)

Origines

Tableau 11 Comparaison des données concernant les origines entre les femmes décédées par suicide en période périnatale et les femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge

Etudes	Pays et dates	Données concernant les origines des femmes décédées par suicide en période périnatale par rapport à la population de référence
***Ghazaleh Samandari et Al, 2011* (68)**	Caroline du Nord, Etats-Unis 2004-2006	La majorité des femmes sont caucasiennes, sans différence significative entre les groupes ($p = 0.721$)
***Gold KJ et Al, 2012* (70)**	Etats-Unis 2003-2007	La majorité des femmes sont caucasiennes, sans différence significative entre les groupes ($p=0.266$)

Nous ne retrouvons pas de différence entre les femmes décédées par suicide en période périnatale et hors période périnatale. (Tableau 11)

Statut marital

Les résultats sont hétérogènes concernant le statut marital, ne permettant pas d'identifier de différence entre les femmes décédées par suicide en période périnatale et hors période périnatale. (Tableau 12)

Tableau 12 Comparaison des données concernant le statut marital entre les femmes décédées par suicide en période périnatale et les femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge

Etudes	Pays et dates	Données concernant le statut marital des femmes décédées par suicide en période périnatale par rapport à la population de référence
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	Le risque suicidaire augmente significativement chez les femmes en période périnatale qui sont mariées par rapport aux femmes hors période périnatale (OR 4,46 – IC 95 % 2,93-6,8)
***Ghazaleh Samandari et Al, 2011* (68)**	Caroline du Nord, Etats-Unis 2004-2006	Le risque suicidaire augmente significativement chez les femmes en période périnatale qui ne sont pas mariées par rapport au groupe de référence (p = 0.02)
***Gold KJ et Al, 2012* (70)**	Etats-Unis 2003-2007	La majorité des femmes ne sont pas mariées, sans différence significative entre les groupes (p=0.933)
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	Le risque suicidaire augmente significativement chez les femmes en période périnatale qui sont mariées par rapport au groupe de référence (p = 0.02)

IV.3.c.v. Les moyens létaux utilisés

1) Description des moyens létaux utilisés dans le suicide maternel

Treize publications ont répondu à cette question.

Les moyens létaux utilisés lors du suicide maternel sont violents dans la majorité des cas. (Tableau 13)

Tableau 13 Moyens létaux utilisés dans le suicide maternel

Etudes	Pays et dates	Moyens létaux violents	Nombre de suicides maternels
***Lega I, et Al, 2020* (92)**	Italie 2006-2012	89 % (pendaison 37 %, saut d'une hauteur 21 %)	67
***Högberg U et Al., 1994* (86)**	Suède 1980-1988	87 %	31
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède 1980-2007	87 % avant le 6ème mois du post-partum 55 % après le 6ème du mois post-partum	103
***Roch Cantwell et Al. 2015* (59)**	Royaume-Uni 2009-2013	82 % (pendaison 45 %, saut d'une hauteur 15 %)	101
***Knasmüller P et Al, 2019* (94)**	Autriche, 2004-2017	Au moins 80 % (pendaison 50 %, saut 20 %, noyade 10 %)	10
***Thornton C et Al, 2013* (80)**	Nouvelle Galle du Sud, Australie 2000-2007	73%	15
***Austin AE et Al., 2016* (67)**	Caroline du Nord, Etat-Unis 2005-2011	72,4 % (arme à feu 48,3 %, pendaison/suffocation 24,1%)	29
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	72 % (pendaison 30 %, saut d'une hauteur 24 %, noyade 9 %)	98
***Austin MP et Al, 2007* (81)**	Australie, 1994-2002	65 % (Pendaison 40 %)	26
***Weng SC et Al, 2016* (98)**	Taïwan, 2000-2012	53 % (saut 23%, pendaison/suffocation 21 %, noyade 9%)	95
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	53 % (pendaison 33 %, saut d'une hauteur 20 %)	51
***Edler C. et Al, 2019* (93)**	Allemagne (Hambourg) 1984-2008	50 %	9
***Paul ABM, 2018* (72)**	Nevada, Etats-Unis 2000-2015	30,4 %	13

2) Comparaison des moyens létaux utilisés chez les femmes décédées par suicide en période périnatale par rapport aux moyens létaux utilisés chez les femmes hors période périnatale de la même tranche d'âge

Deux études ont répondu à cette question.

Tableau 14 Risque d'utiliser des moyens létaux violents chez les femmes décédées par suicide en période périnatale par rapport aux femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge

Etudes	Pays et dates	Risque d'utiliser des moyens létaux violents chez les femmes décédées par suicide en période périnatale par rapport au groupe de référence
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	Augmentation significative du risque d'utiliser des moyens létaux violents en période périnatale ($p < 0,0010$)
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	Augmentation significative du risque d'utiliser des moyens létaux violents en période périnatale ($p = 0,036$)

Les femmes décédées par suicide en période périnatale sont significativement plus susceptibles d'utiliser des moyens létaux violents, comparées aux femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge. (Tableau 14)

IV.3.c.vi. La période de survenue du suicide maternel

Treize publications ont répondu à cette question.

Le suicide maternel semble survenir principalement après la 6ème du post-partum. (Tableau 15)

Tableau 15 La période de survenue du suicide maternel

Etudes	Pays et dates	Suicide maternel survenu avant la 6ème semaine du post-partum	Suicide maternel survenu après la 6ème semaine du post-partum	Nombre de suicides maternels
***Birgisdottir H et Al, 2016* (91)**	Islande 1985–2009	0	100 %	5
***Högberg U et Al., 1994* (86)**	Suède 1980-1988	10 %	90 %	31
***Thornton C et Al, 2013* (80)**	Nouvelle Galle du Sud, Australie 2000-2007	14 %*	86 %	15
***Lega I, et Al, 2020* (92)**	Italie 2006-2012	16 %	84 %	67
***Bronson J. et Al, 2017* (74)**	Virgine, Etats-Unis 1999-2005	15 %	85 %	20
***Roch Cantwell et Al. 2015* (59)**	Royaume-Uni 2009-2013	20 %	80 %	101
***Appleby L, 1991* (61)**	Angleterre Pays De Galles 1973-1984	25 %	75 %	75
Gissler et al, 1996 (89)	Finlande 1987-1994	25 %	75 %	73
***Metz TD et Al, 2017* (64)**	Colorado, Etats-Unis 2004-2012	38 %	62 %	28
***Austin AE et Al., 2016* (67)**	Caroline du Nord, Etat-Unis 2005-2011	34,5 %	58 %	29
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	47 %	53 %	51
***Austin MP et Al, 2007* (81)**	Australie, 1994-2002	88 %	22 %	26
***Edler C. et Al, 2019* (93)**	Allemagne (Hambourg) 1984-2008	100 %	0 %	9

*de l'accouchement à J42 du post-partum

IV.3.c.vii. Caractéristiques cliniques du suicide maternel

1) Les antécédents psychiatriques

Huit publications ont répondu à cette question.

Selon quatre articles, la majorité des femmes décédées par suicide en période périnatale présentaient un antécédent psychiatrique et/ou addictologique connu avant la grossesse (59, 60, 76, 83)

Selon trois études, la proportion de femmes décédées par suicide en période périnatale présentant un antécédent psychiatrique et/ou addictologique connu avant la grossesse est moindre, variant entre 25 et 40 %. (81, 85, 92)

La répartition des antécédents psychiatrique est peu claire. Le diagnostic le plus fréquent semble être le trouble anxieux, suivi par le trouble lié à l'usage d'une substance et le trouble bipolaire. (76, 84)

Tableau 16 Antécédents psychiatriques et/ou addictologiques connus avant ou pendant la grossesse

Etudes	**Pays et dates**	**Antécédents psychiatriques et/ou addictologiques connus avant ou pendant la grossesse (%)**	**Distribution des antécédents psychiatriques et/ou addictologiques connus avant ou pendant la grossesse**	**Nombre de suicides maternels**
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	86.3 %	1. Troubles anxieux (74,5 %) 2. Troubles de l'humeur (51 %) 3. Troubles liés à l'usage de substances (37 %) 4. Troubles de l'adaptation (27,5 %) 5. Troubles de la personnalité (23,5 %) 6. Troubles des conduites alimentaires (15,7 %) 7. Tentative de suicide (12 % entre 1 et 3 ans avant le décès)	51
***SepVangen S, 2017* (83)**	Finlande Danemark Islande Norvège Suède 2005-2013	Troubles psychiatriques : 65 % Troubles addictologiques : 50%	Non connu	20
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	60 %	Non connu	98
***Roch Cantwell et Al. 2015* (59)**	Royaume-Uni 2009-2013	56 %	Non connu	101
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède 1980-2007	46 %	1. Trouble anxieux (23 %) 2. Trouble lié à l'usage d'une substance (17 %) 3. Trouble bipolaire 8 % 4. Trouble psychotique (10 %)	103
***Lega I, et Al, 2020* (92)**	Italie 2006-2012	31 %	Non connu	67
***Austin MP et Al, 2007* (81)**	Australie, 1994-2002	23 %	Non connu	26

2) Les antécédents de tentative de suicide

Les résultats concernant les antécédents de tentative de suicide chez les femmes décédées par suicide en période périnatale sont hétérogènes, variant entre 11 et 74 % des cas.

La proportion des tentatives de suicide antérieures à la grossesse varie entre 12 et 35 % selon les études. (76, 84)

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les femmes décédées par suicide en période périnatale et celles décédées hors période périnatale concernant les antécédents de tentative de suicide. (70, 76)

Tableau 17 Antécédents de tentative de suicide chez les femmes décédées par suicide en période périnatale

Etudes	**Pays et dates**	**Antécédents de tentative de suicide (TS) chez les femmes décédées par suicide en période périnatale**	**Nombre de suicides maternels**
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	74 % avec 24 % de TS dans les 3 mois précédant le décès	98
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède 1980-2007	35 % de TS antérieures à la grossesse 13 % de TS pendant le post-partum	103
***Gold KJ et Al, 2012* (70)**	Etats-Unis 2003-2007	32 %	113
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	24 % dont la moitié dans l'année précédant le décès	51
***Lysell H et Al, 2018* (84)**	Suède 1974-2009	20.7 %	145
***Metz TD et Al, 2017* (64)**	Colorado, Etats-Unis 2004-2012	18 %	28
***Austin AE et Al., 2016* (67)**	Caroline du Nord, Etat-Unis 2005-2011	13.8 %	29
***Lega I, et Al, 2020* (92)**	Italie 2006-2012	11 %	67

Nous retrouvons un risque de suicide abouti en période périnatale significativement augmenté en cas d'antécédent de tentative de suicide. (Tableau 18)

Tableau 18 Risque de suicide abouti en période périnatale en cas d'antécédent de tentative de suicide

Etudes	**Pays et dates**	**Risque d'antécédent de tentative de suicide chez les mères décédées par suicide en période périnatale par rapport aux mères vivantes**	**Nombre de suicides maternels**
***Lysell H et Al, 2018* (84)**	Suède 1974-2009	Augmenté RR 47.56 (IC 95 % - 18.24-124.02)	145
***Weng SC et Al, 2018* (97)**	Taïwan 2001-2011	Augmenté RR 7.39 (IC 95 % 1.3-42.08)	350

3) Diagnostics psychiatriques au moment du décès

Neuf études ont répondu à cette question.

La dépression est le diagnostic le plus fréquent au moment du suicide maternel. (Tableau 19)

Comparées aux femmes décédées par suicide hors période périnatale, les femmes décédées par suicide en période périnatale sont de façon significative (60) :

- Plus susceptibles de présenter une dépression (OR ajusté pour les données sociodémographiques 2,19 – IC 95 % 1,43-3,34)
- Plus susceptibles de bénéficier d'un diagnostic psychiatrique depuis moins d'un an (OR ajusté pour les données sociodémographiques 2,93 – IC 95 % 1,88-4,56)
- Moins susceptibles de présenter un trouble lié à de l'alcool (OR ajusté pour les données sociodémographiques 0,47 – IC 95 % 0,24-0,92)

Tableau 19 Diagnostics psychiatriques au moment du décès par suicide en période périnatale

Etudes	Pays et dates	Femmes présentant un trouble psychiatrique au moment du décès (%)	Distribution des diagnostics psychiatriques et/ou addictologiques au moment du décès	Nombre de suicides maternels
***Paul ABM, 2018* (72)**	Nevada, Etats-Unis 2000-2015	100 %	1- Trouble lié à l'usage d'une substance (76.9%) 2- Trouble dépressif (38.4%) 3- Trouble bipolaire (23 %)	13
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	98 %	1- Episode dépressif caractérisé (48 %) 2- Trouble psychotique (13 %) 3- Trouble de la personnalité (11 %) 4- Trouble bipolaire (8 %) 5- Trouble anxieux (7 %) 6- Trouble lié à l'usage de l'alcool (4 %) 7- Trouble lié à l'usage de drogues (5 %)	98
***Roch Cantwell et Al. 2015* (59)**	Royaume-Uni 2009-2013	77 %	1- Trouble dépressif récurrent (57.5 %) 2- Episode dépressif caractérisé isolé et trouble lié à l'usage d'une substance (18 %)	101
***Thornton C et Al, 2013* (80)**	Nouvelle Galle du Sud, Australie 2000-2007	73 %	1- Trouble mental (40 %) 2- Trouble lié à l'usage d'une substance (33 %)	15
***Metz TD et Al, 2017* (64)**	Colorado, Etats-Unis 2004-2012	60,7 %	1- Dépression (35.7%) 2- Anxiété (10.7 %) 3- Trouble bipolaire (7.1%) 4- Schizophrénie (3.6%)	28
***Gold KJ et Al, 2012* (70)**	Etats-Unis 2003-2007	56 %	1- Dépression 2- Trouble anxieux 3- Schizophrénie	113
***Austin AE et Al., 2016* (67)**	Caroline du Nord, Etat-Unis 2005-2011	55.2 %	- Trouble bipolaire lors de la grossesse (66.7 %) - Dépression lors du post-partum (55.6 %)	29
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède 1980-2007	51 %	1- 17 % de trouble psychotique 2- 12 % de trouble anxieux 3- 11 % de trouble bipolaire 4- 9 % d'autres troubles de l'humeur 5- 2 % de trouble lié à l'usage d'une substance	103
***Austin MP et Al, 2007* (81)**	Australie, 1994-2002	50 %	1- Trouble anxieux et/ou épisode dépressif caractérisé (35 %) 2- Episode maniaque ou hypomaniaque (7,5 %) 3- Tableau de schizophrénie (4 %) 4- Episode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques (4 %)	26

IV.3.c.viii. Traitements psychotropes et accès aux soins

1) Les traitements psychotropes

Cinq études ont répondu à cette question.

Selon les études, la prescription de psychotropes varie entre 20 et 61 % pour les femmes décédées par suicide en période périnatale. (Tableau 20)

Comparées aux femmes décédées par suicide hors période périnatale, les femmes décédées par suicide en période périnatale sont moins susceptibles de bénéficier d'un traitement psychotrope au moment de leur décès (OR 0,53 – IC 95 % 0,3-0,91). (60)

Selon une étude (92), la distribution des traitements psychotropes est la suivante :

- Antidépresseurs (70 %)
- Anxiolytiques (10 %)
- Antipsychotiques (6 %)

Tableau 20 Les femmes décédées par suicide en période périnatale ayant bénéficié d'un traitement psychotrope en période périnatale

Etudes	Pays et dates	Proportion de femmes bénéficiant d'un traitement psychotrope en période périnatale	Nombre de suicides maternels
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	61 %	98
***Lega I, et Al, 2020* (92)**	Italie 2006-2012	60 %	67
***Austin AE et Al., 2016* (67)**	Caroline du Nord, Etat-Unis 2005-2011	48.3 %	29
***Austin MP et Al, 2007* (81)**	Australie, 1994-2002	35 %	26
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède 1980-2007	20 %	103

2) *L'accès aux soins psychiatriques*

Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie

Les résultats sont hétérogènes concernant les hospitalisations en psychiatrie antérieure à la grossesse, variant de 0 à 63 % selon les études. (Tableau 21)

Tableau 21 Hospitalisations en psychiatrie antérieures à la grossesse chez les femmes décédées par suicide en période périnatale

Etudes	Pays et dates	Hospitalisations en psychiatrie avant la grossesse	Nombre de suicides maternels
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	63 %	98
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède 1980-2007	42 %	103
***Lega I, et Al, 2020* (92)**	Italie 2006-2012	28 %, principalement dans l'année précédant la grossesse (21%)	67
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	Aucune dans les trois ans précédant le décès	51

Accès aux soins psychiatriques en période périnatale

Au moins la moitié des femmes décédées par suicide en période périnatale ont consulté pour des motifs de santé mentale en période périnatale. (Tableau 22)

Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant l'accès aux soins psychiatriques en général, entre le suicide maternel et les femmes décédées par suicide hors période périnatale. En revanche, les femmes victimes de suicide en période périnatale semblent moins susceptibles d'avoir consulté un médecin psychiatre par rapport aux femmes décédées par suicide hors période périnatale. (76)

Tableau 22 Accès aux soins psychiatriques en période périnatale chez les femmes décédées par suicide lors de la période périnatale par rapport aux femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge

Etudes	Pays et dates	Accès aux soins psychiatriques en période périnatale chez les femmes décédées par suicide lors de la période périnatale	Accès aux soins psychiatriques en période périnatale par rapport aux femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge	Nombre de suicides maternels
***Khalifeh H, 2015* (60)**	Royaume-Uni 1997-2012	99 % Dernier contact : - < 7 jours avant le décès : 58 % - 7 jour-1mois : 21 % - > 1 mois : 19 %	Pas de différence significative	98
***Esscher A. et Al, 2016* (85)**	Suède 1980-2007	74 %	Non connu	103
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	Dans l'année avant le décès : 70.6 %	Pas de différence significative	51
		Dans les 30 jours précédant le décès : 39.2 %	Pas de différence significative	
		Consultation avec un psychiatre dans l'année précédant le décès : 15.7% %	Moins susceptibles de consulter un psychiatre OR 0.37 (IC 95 % 0.17–0.79)	
***Austin MP et Al, 2007* (81)**	Australie, 1994-2002	- 47 % en contact avec la psychiatrie - 1/3 en contact avec des psychiatriques périnataux	Non connu	26

Accès aux soins périnataux

Trois études ont répondu à cette question.

Tableau 23 Accès aux soins périnataux chez les femmes décédées par suicide en période périnatale par rapport aux mères vivantes

Etudes	Pays et dates	Accès aux soins périnataux (soins obstétricaux, soins primaires, autres)		Accès aux soins périnataux des femmes décédées par suicide par rapport aux mères vivantes	Nombre de suicides maternels
***Roch Cantwell et Al. 2015* (59)**	Royaume-Uni 2009-2013	- 80 % - 1er contact après la 12ème semaine d'aménorrhée : 25 %		Non connu	101
***Grigoriadis et Al. 2017* (76)**	Ontario, Canada 1994-2008	Soins primaires	< 1 an avant le décès : 88.2 %	Pas de différence significative	51
			< 30 jours avant le décès : 29.4 %		
		Soins obstétricaux	< 1 an avant le décès : 86.3 %	Pas de différence significative	
			< 30 jours avant le décès : 40 %		
		Consultations pédiatriques	< 1 an avant le décès : 77.4 %	Moins susceptibles de consulter (OR 0,19, IC 95 % 0,06-0,56)	
			< 30 jours avant le décès : 64.5 %	Moins susceptibles de consulter (OR 0,24 – IC 95 % 0,1-0,58)	
***Paul ABM, 2018* (72)**	Nevada, Etats-Unis 2000-2015	15.3 %		Non connu	13

L'accès aux soins périnataux varie entre 15.3 et 80 % selon les études. (Tableau 23)

Concernant l'accès aux soins primaires et aux soins obstétricaux, il n'y a pas de différence significative entre les mères décédées par suicide et les mères vivantes. (Tableau 23)

Les femmes décédées par suicide en période périnatale sont moins susceptibles de consulter un pédiatre que les mères vivantes. (76)

IV.3.c.ix. Risque suicidaire en fonction des évènements obstétricaux ou néonataux

1) Risque suicidaire et avortement induit

Nous avons vu précédemment que la mortalité par suicide suite à un avortement induit est supérieure à la mortalité par suicide pendant la grossesse ou suite à une naissance vivante. (Tableau 4)

Comparées aux mères vivantes, le risque de suicide abouti en période périnatale est significativement augmenté en cas d'avortement induit (OR 3.12 – IC 95 % 1.77-5.5). (97)

2) Risque suicidaire et fausse couche spontanée

Nous avons vu précédemment que la mortalité par suicide suite à une fausse couche spontanée est supérieure à la mortalité par suicide pendant la grossesse ou suite à une naissance vivante. (Tableau 4)

Comparées aux mères vivantes, le risque de suicide abouti en période périnatale est significativement augmenté en cas de fausse couche spontanée (OR 3.81 – IC 95 % 2.81-5.15). (97)

3) Risque suicidaire et enfant mort-né

Les deux études répondant à cette question présentent des résultats discordants.

La première publication (84) ne met pas en évidence de différence significative entre les femmes décédées par suicide dans la première année du post-partum et les mères vivantes concernant les bébés morts-nés.

La seconde étude (97) met en évidence un risque de suicide abouti en période périnatale significativement augmenté en cas de bébé mort-né (OR 5,2 – IC 95 % 1,77-15,32).

4) Risque suicidaire et césarienne

Nous ne retrouvons de différence significative entre les femmes décédées par suicide dans la première année du post-partum et les mères vivantes concernant les césariennes. (84)

IV.4.Discussion

IV.4.i.Profil spécifique du suicide maternel

La revue exhaustive de la littérature a mis en exergue certaines spécificités du suicide maternel.

Bien qu'il reste un événement rare, le suicide maternel est une cause fréquente de mortalité maternelle dans les pays développés, principalement après la sixième semaine du post-partum. La mortalité par suicide en période périnatale varie entre 0,43 et 4,6 pour 100 000 naissances vivantes selon les études.

Les avortements induits et les fausses couches spontanées sont des facteurs de risque de suicide maternel.

Le suicide maternel survient principalement après la sixième semaine du post-partum.

Comparées aux femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge, le suicide maternel semble plus rare.

Les moyens létaux utilisés sont violents dans la majorité des cas.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques, les femmes décédées par suicide en période périnatale sont plus jeunes que les femmes victimes de suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge. Elles sont pour la plupart caucasiennes. Aucun profil spécifique concernant le statut marital et le statut professionnel ne ressort. La recherche de violences domestiques semble intéressante, jusqu'à 25 % des femmes décédées par suicide en sont victimes.

Environ la moitié des femmes décédées par suicide en période périnatale présentaient un antécédent psychiatrique avant la grossesse. La distribution des diagnostics psychiatriques est peu claire.

Les antécédents de tentative de suicide augmentent le risque de suicide abouti en période périnatale.

Entre 50 % et 100 % des femmes présentent un trouble psychiatrique au moment de leur décès. Le diagnostic principal est l'épisode dépressif caractérisé isolé ou récurrent.

Au moins la moitié des femmes décédées par suicide en période périnatale ont consulté pour des motifs de santé mentale en période périnatale. De 20 à 60 % des femmes ont bénéficié d'un traitement psychotrope, principalement des antidépresseurs.

Concernant l'accès aux soins périnataux (soins obstétricaux, soins primaires), nous ne retrouvons pas de différence avec les mères vivantes. En revanche, il semble que le premier contact se fasse de façon plus tardive, après la 12ème semaine d'aménorrhée, chez un quart des femmes décédées par suicide en période périnatale.

IV.4.ii Forces

Aucune thèse de médecine ou publication ne semble avoir étudié à partir d'une revue systématique de la littérature le suicide maternel dans les pays développés.

IV.4.iii.Limites

Les données recueillies pour la revue systématique de littérature présente de nombreuses limites compte-tenu du faible nombre de suicides maternels identifiés et des différences de méthodes utilisées selon les études.

Nous avons illustré ci-dessous « l'étude parfaite » afin de répondre au mieux à toutes nos questions.

Selon nous, les morts maternelles doivent être notifiées à un comité par les équipes ayant pris soins des femmes concernées ou par d'autres sources comme des médecins légistes. L'identification des décès maternels peut également être améliorée en couplant les données de plusieurs sources telles que les registres de naissances, les registres de décès des femmes en âge de procréer ou les données administratives de santé. Les certificats de décès devraient tous informer de l'existence ou non d'une grossesse dans l'année précédant le décès. En effet, les

données européennes suggèrent une sous-estimation des morts maternelles sur les certificats de décès de 26 à 56 %. (101,102)

Les dossiers des morts maternelles ainsi identifiées devraient ensuite être analysées par des experts afin d'en identifier la cause. Pour les décès suspects de suicide (morts violentes ou accidents), la participation d'un médecin psychiatre nous semble indispensable pour améliorer la précision du parcours de soins et des diagnostics psychiatriques.

Une autopsie psychologique auprès des familles des femmes décédées par suicide (en période périnatale et hors période périnatale) nous semble intéressante afin de déterminer le parcours psychiatrique, social et médical des femmes et d'en déterminer les facteurs de risque et les évènements précipitants.

Tous les suicides survenus en période périnatale devraient être considérés systématiquement comme des décès en lien avec la grossesse. Ils devraient également être classés dans le même groupe de décès maternel afin d'avoir une vision claire de la proportion de suicide parmi les morts maternelles. (100)

Il nous semble intéressant de comparer le suicide maternel :

- Aux autres causes de mortalité maternelle
- Au suicide de femmes hors période périnatale de la même tranche d'âge
- Aux mères qui ne sont pas décédées en période périnatale

Ainsi, il sera possible de répondre aux objectifs suivants :

- Déterminer le taux de suicide maternel pour 100 000 naissances vivantes ou grossesses
- Comparer les taux de suicide maternel en fonction du statut de la grossesse (naissance vivante, avortement induit, fausse-couche spontanée)
- Comparer la fréquence du suicide par rapport aux autres causes de mortalité maternelle en utilisant les taux de suicide maternel pour 100 000 naissances vivantes
- Déterminer la période de survenue du décès par suicide
- Comparer le suicide maternel avec les femmes décédées par suicide hors période périnatale de la même tranche d'âge (fréquence du suicide, caractéristiques

sociodémographiques, distribution des antécédents psychiatriques et des diagnostics psychiatriques au moment du décès, moyens létaux utilisés, accès aux soins psychiatriques)

- Comparer les femmes décédées par suicide en période périnatale avec les mères qui ne sont pas décédées pendant la période périnatale (caractéristiques sociodémographiques, accès aux soins périnataux, complications obstétricales et néonatales)

Aucune publication incluse dans la revue systématique de littérature ne répond aux critères de « l'étude parfaite », soulignant les limites des données de notre étude.

IV.4.iv. Parcours de soins pendant la grossesse en France

En France, le parcours de soins pendant la grossesse répond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, l'objectif étant d'identifier les situations à risque, quelles qu'elles soient. Cette démarche de dépistage et de prévention peut commencer dès la consultation pré-conceptionnelle. (HAS, 2016)

Le parcours de soins se compose de huit consultations prénatales systématiques et d'une préparation à la naissance et à la parentalité.

En plus du suivi médical de grossesse régulier, il existe des consultations postnatales :

- Huit jours après l'accouchement, par une sage-femme
- Une visite obligatoire 6 à 8 semaines en post-partum, afin de s'assurer du bon déroulement des suites de couche.

La consultation pré-conceptuelle

Il s'agit d'une consultation initiale au cours de laquelle la femme ou le couple exprime son désir de concevoir un enfant. Elle est donc l'occasion de rechercher les facteurs de risque et de commencer à instaurer un climat de confiance avec la future mère. Elle peut être menée par une sage-femme ou un médecin (gynécologue, médecin généraliste) et peut permettre de repérer des facteurs de vulnérabilité dans un premier temps.

Préparation à la naissance et à la parentalité

La Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) s'oriente vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de

naissance. Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile.

La PNP se compose de huit séances qui sont systématiquement proposées, la première étant consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1 er trimestre (dit « du 4ème mois »).

L'entretien du « 4ème mois » ou Entretien Prénatale Précoce est considéré comme la première des séances de préparation à la naissance pour la Caisse d'Assurance-Maladie française et est remboursé à 100 %. Il est confidentiel et sa durée habituelle est de 45 minutes à 1 heure. Les professionnels pratiquant cet entretien sont les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes.

Lors de cette consultation, les facteurs de vulnérabilité suivants sont recherchés :

- Problèmes de type relationnel
- Antécédents obstétricaux mal vécus
- Violence domestique
- Stress, anxiété,
- troubles du sommeil
- Épisode dépressif
- Addictions
- Précarité, risque social (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale)
- Naissance à haut risque psycho-affectif (maladie, malformation ou handicap)

Les 8 visites prénatales

Il est recommandé que la première consultation prénatale ait lieu avant la 10ème semaine d'aménorrhée. La réglementation actuelle impose que la déclaration de grossesse soit faite avant la 15ème semaine d'aménorrhée et prévoit six consultations (une par mois) à compter du premier jour du 4ème mois de grossesse jusqu'à l'accouchement (décret n°92-143).

L'un des objectifs majeurs de la première consultation, avant la 10ème semaine d'aménorrhée, est d'identifier les éventuelles situations à risque afin d'évaluer le niveau de risque. Il en découle le type de suivi possible et la demande d'un avis spécialisé éventuel.

Les maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires et les syndromes dépressifs sévères sont recherchés à l'occasion de la consultation précoce. Dans le cas de troubles psychiatriques sévères, l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire selon les recommandations.

Les visites post-natales

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

Les visites chez le pédiatre

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

La visite du post-partum

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

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

Le staff médico-psycho-social

Le staff médico-psycho-social a plusieurs objectifs :

- Favoriser la prise en charge des familles en situation de fragilité médicopsycho-sociale
- Améliorer la coordination entre les différents professionnels intervenant autour de la naissance : sanitaire, médico-social, social, pour un accompagnement global et cohérent
- Développer des actions en faveur de la protection de l'enfant par la préoccupation permanente et singulière du lien mère-enfant
- Développer des actions d'accompagnement concerté et adapté pour des familles en détresse physique, psychique, sociale ou culturelle à l'occasion de la naissance d'un nouveau-né

Il existe des membres permanents et des invités occasionnels. Parmi les membres permanents, il doit y avoir au minimum 2 institutions et un représentant de ces 4 corps de métiers :

- Un gynécologue obstétricien et/ou une sage-femme
- Un pédiatre et/ou une puéricultrice
- Un psychologue et/ou un pédopsychiatre et/ou un psychiatre
- Une assistante sociale

Les invités occasionnels sont conviés en fonction des situations présentées. Ils peuvent être sollicités ou solliciter eux même leur présence en s'adressant au référent.

Ainsi, le parcours de soins lors de la grossesse et du post-partum est émaillé de nombreuses consultations auprès de professionnels de santé qui doivent rechercher des facteurs de risque de vulnérabilité psychique chez la mère. Les spécificités du suicide maternel mises en

évidence dans la revue systématique de littérature pourraient étoffer ce travail de dépistage et de prévention.

Les questions concernant la coordination des soins et la place du psychiatre dans la prise en charge des femmes présentant une vulnérabilité psychique en période périnatale restent centrales.

V. Cas clinique

Afin d'illustrer nos propos et de souligner l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire des patientes en période périnatale ayant un antécédent psychiatrique sévère, nous avons sélectionné le cas clinique d'une patiente présentant un risque suicidaire élevé lors d'une première consultation au Centre Expert des Troubles Bipolaires de Marseille.

Motif de la première consultation et contexte général

Nous avons reçu pour la première fois au Centre Expert des Troubles Bipolaires de Marseille, en mars 2020, Madame N., âgée de 30 ans, pour avis diagnostique et thérapeutique dans un contexte de périnatalité, au 5ème mois du post-partum.

Elle est suivie sur le plan psychiatrique par le Dr F., au CMP de son secteur. Elle est également prise en charge à l'unité parents-enfant de l'hôpital Sainte-Marguerite où elle est accueillie trois jours par semaine depuis février 2020.

Le jour de la première consultation, son traitement comporte :

- TERALITHE LP® 400 mg, 2,5 comprimés le soir
- MIRTAZAPINE 15 mg, 1 comprimé au coucher
- OLANZAPINE 10 mg, 1 comprimé au coucher
- LORAZEPAM 1 mg, 1 comprimé au coucher
- LORAZEPAM 1 mg en si besoin

Madame N. a accouché en octobre 2019 de son premier enfant. La grossesse s'est bien déroulée, la patiente ne bénéficiait d'aucun traitement à cette période. Elle a accouché à terme et par voie basse. Elle a allaité pendant la première semaine du post-partum.

Eléments biographiques

Elle est sans emploi depuis le printemps 2018. Elle travaillait auparavant en tant que conseillère en vente pour la santé des femmes.

Elle vit avec son conjoint et sa fille âgée de 5 mois au moment de la première consultation.

Elle est la cadette d'une fratrie de trois enfants. Ses parents divorcent lorsqu'elle est âgée de 7 ans. Son père a la garde jusqu'à ses 15 ans. Elle est ensuite confiée à ses grands-parents. Les contacts avec sa mère sont peu fréquents.

L'étayage amical est très présents et soutenant pour le couple.

Antécédents personnels

Nous ne retrouvons pas de comorbidités psychiatriques ou addictologiques.

Il n'y a pas d'antécédents concernant les conduites suicidaires.

Elle présente plusieurs antécédents sur le plan somatique :

- Une hyperprolactinémie
- G1P1 avec un enfant né à terme et par voie basse.
- Aménorrhée depuis l'accouchement
- Nous ne retrouvons pas de dysphorie prémenstruelle
- Il n'y a pas d'allergie connue

Antécédents familiaux psychiatriques

- Sa grand-mère maternelle aurait souffert de plusieurs épisodes dépressifs caractérisés et aurait été traitée par antidépresseurs
- Une tante maternelle s'est suicidée à l'âge de 29 ans

Histoire du trouble de l'humeur

La patiente identifie le début des troubles en 2018, lorsqu'elle était âgée de 29 ans.

D'avril à mai 2018, elle présente un **premier épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques.** Elle rapporte alors une exaltation de l'humeur, une insomnie sans fatigue, une hypersyntonie et une accélération psychique. S'ensuit l'apparition au bout d'une semaine de symptômes psychotiques avec des idées délirantes polymorphes et des fausses

reconnaissances. Elle est hospitalisée dans ce contexte en soins libres et elle bénéficie d'un traitement par OLANZAPINE qui semble permettre une amélioration de la symptomatologie.

De juin à fin août 2018, elle décrit un **épisode dépressif caractérisé associé à des caractéristiques atypiques.**

De septembre 2018 à octobre 2019, l'humeur semble stable.

En janvier 2019, la patiente tombe enceinte. Elle rapporte avoir interrompu son traitement psychotrope avec l'accord de son psychiatre avant le début de la grossesse.

Elle accouche en octobre 2019.

Trois jours après son accouchement, à son retour au domicile, elle présente un nouvel **épisode maniaque associée à des caractéristiques psychotiques.** Elle est hospitalisée dans ce contexte en soins à la demande d'un tiers. Le traitement par OLANZAPINE est alors réintroduit à la dose de 20mg/jour. L'efficacité n'étant que partielle, un traitement par TERALITHE LP® est ajouté.

En novembre 2019, elle est prise en charge pendant un mois à l'unité parents-enfant de Sainte Marguerite. L'OLANZAPINE est interrompue pendant l'hospitalisation. La symptomatologie s'améliore sous TERALITHE LP® seul.

A son retour au domicile, la patiente est suivie au CMP par le Dr F. qui introduit de nouveau de l'OLANZAPINE devant une désorganisation idéique.

Depuis janvier 2020, la patiente présente un **épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère associé à des idées suicidaires.** Un traitement par MIRTAZAPINE est alors introduit. En février 2020, la prise en charge à l'unité parents-enfant est de nouveau mise en place.

Le jour de la première consultation

Nous retrouvons au premier plan un risque suicidaire élevé avec des idées suicidaires actives et scénarisées. La patiente présente une symptomatologie dépressive d'intensité sévère associée à un effondrement thymique, un ralentissement psychomoteur, une perte de l'élan vital, un sentiment d'incapacité à s'occuper de son enfant et des sentiments d'incurabilité et de dévalorisation.

La dernière lithémie plasmatique est mesurée à 1,03 mmol/L et la lithémie globulaire est à 0,42 mmol/L.

Conclusions au décours de la première consultation

Le diagnostic de trouble bipolaire de type 1 évoluant depuis l'âge de 28 ans est très probable compte-tenu des informations dont nous disposons le jour de la consultation.

Madame N. présente lors de la première consultation un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère avec un risque suicidaire élevé.

Le traitement par TERALITHE LP®, OLANZAPINE et MIRTAZAPINE n'est pas suffisamment efficace.

Au vue de la sévérité de l'épisode dépressif, nous conseillons :

- D'arrêter progressivement l'OLANZAPINE qui ne semble pas efficace sur les symptômes dépressifs
- D'introduire de la QUETIAPINE qui permettrait une amélioration de la symptomatologie actuelle et du pronostic de la maladie, car cette molécule présente l'avantage d'être à la fois thymorégulatrice, d'agir sur la dépression, et d'être anxiolytique.
- La QUETIAPINE doit être prise au moment du coucher. La dose quotidienne totale pendant les 4 premiers jours de traitement est de : 50 mg (jour 1), 100 mg (jour 2), 200 mg (jour 3), et 300 mg (jour 4). La dose recommandée est de 300 mg par jour dans le cadre des troubles bipolaires.
- D'arrêter le jour même la MIRTAZAPINE. En effet l'utilisation des antidépresseurs n'est pas recommandée au long cours dans le cadre des troubles bipolaires, car ils sont à risque de fluctuations thymiques.
- De diminuer le TERALITHE LP® d'un demi-comprimé compte-tenu des lithémies plasmatique et globulaire qui se trouvent dans la fourchette haute. En effet, viser une lithémie plasmatique plus basse permettra d'être plus efficace sur les symptômes dépressifs et diminuer la lithémie globulaire permettra d'améliorer la tolérance au traitement.

Si ces ajustements thérapeutiques ne sont pas suffisants, il pourra être nécessaire d'introduire dans un second temps un traitement par LAMOTRIGINE ou de discuter d'une électroconvulsivothérapie.

Evolution clinique

La suite du suivi sur le plan psychiatrique se fait en période de confinement, par consultation téléphonique. Madame N. bénéficie d'un suivi hebdomadaire de la part de son psychiatre traitant, de l'unité parents-bébé et du Centre Expert des Troubles Bipolaires.

Dans un premier temps, l'ajustement thérapeutique permet un amendement rapide des idées suicidaires et une amélioration très partielle des symptômes dépressifs. La patiente reprend plaisir à s'occuper de sa fille. Elle explique apprécier le rythme lent du confinement. Cependant, il persiste un sentiment d'incurabilité et un sentiment de dévalorisation excessif. Nous retrouvons également des caractéristiques atypiques à type de lourdeur au niveau des membres et d'augmentation du temps de sommeil (environ 12 heures par jour). Elle décrit aussi une perte de l'élan vital principalement le matin qui s'estompe au fil de la journée. Un traitement par LAMOTRIGINE est instauré dans ce contexte, en complément de la QUETIAPINE et du LITHIUM déjà mis en place à dose efficace.

En mai 2020, le traitement par LAMOTRIGINE est augmenté à dose efficace, à savoir 200 mg/jour. L'épisode dépressif caractérisé s'est amendé avec une disparition complète de l'anhédonie et de la tristesse. Le temps de sommeil est estimé à 8 heures par nuit. Nous ne retrouvons plus de sentiment d'incurabilité, de dévalorisation excessive ou d'idées suicidaires.

Conclusion

Madame N. est atteinte d'un trouble bipolaire de type 1 évoluant depuis 2018. Au cours des six mois qui ont suivi son accouchement, elle a présenté, dès le troisième jour du post-partum, un épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques, suivi d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère. Elle a présenté un risque suicidaire élevé qui s'est amendé suite à la prise en charge des différentes équipes de psychiatrie et de périnatalité.

Le traitement régulateur de l'humeur a été interrompu en amont de sa grossesse, en accord avec son psychiatre traitant. De plus, les équipes gynéco-obstétricales ayant pris en charge la patiente n'ont pas eu accès aux antécédents psychiatriques de la patiente.

Bien que Mme N. ait présenté un antécédent de trouble psychiatrique sévère, aucune prise en charge spécialisée n'a été proposée lors de son projet de grossesse. Les prodromes d'une décompensation thymique n'ont pas été repérés. Le recours à la psychiatrie s'est fait de manière tardive. Un avis spécialisé en psychiatrie périnatale n'a été sollicité qu'en dernier recours, en urgence, à l'issue de l'hospitalisation de Madame N. et de la séparation avec sa fille. L'évaluation au Centre Expert des Troubles Bipolaires a été organisée au cinquième mois du post-partum, retardant la mise en place d'un traitement régulateur de l'humeur adapté.

VI. Conclusion

La revue exhaustive de la littérature a permis de mettre en évidence certaines spécificités du suicide maternel qui est une cause fréquente de mortalité maternelle dans les pays développés, bien qu'il reste un événement rare.

Il survient principalement après la 6ème semaine du post-partum.

Les avortements induits, les fausses couches spontanées et les antécédents de tentative de suicide sont des facteurs de risque de suicide maternel. Les moyens létaux utilisés sont violents dans la majorité des cas.

Sur le plan psychiatrique, la moitié des femmes décédées par suicide bénéficiaient d'un diagnostic psychiatrique avant leur grossesse. Au moment du décès, la majorité des femmes présentaient un trouble psychiatrique, le diagnostic principal étant l'épisode dépressif caractérisé isolé ou récurrent.

Certaines caractéristiques du suicide maternel, comme les caractéristiques sociodémographiques, la distribution des diagnostics psychiatriques et l'accès aux soins psychiatriques, restent peu claires. Des études intégrant une expertise psychiatrique des dossiers de morts violentes et une autopsie psychologique auprès des familles des femmes décédées par suicide semblent être des pistes intéressantes afin de déterminer le parcours psychiatrique, social et médical de ces femmes.

Une connaissance enrichie du suicide maternel permettrait de mieux identifier les femmes à risque, de sensibiliser les professionnels de santé à cette question et donc de mieux prévenir cet évènement.

Bibliographie

	AUTEUR(S)	TITRE	OUVRAGE	REFERENCE	ANNEE
1	Organisation mondiale de la Santé	Investir dans la santé mentale	-		2004
2	Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al	Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative	Arch Gen Psychiatry		2011
3	Hamon M.	Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire.Recommandations formalisées d'experts (RFE) [éditorial]	L'Encéphale 2010 ; 36 (Suppl 4) : S77-S8		2010
4	Scott	Mental disorders around the world	Cambridge university press		2018
5	KESSLER				2012
6	Cohidon	Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France			2007
7	Organisation Mondiale de la Santé	Prevention du suicide: l'état d'urgence mondiale	Editions de l'OMS: Genève		2014
8	American Psychiatric Association	Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)	Arlington, VA : American Psychiatric Publishing		2013
9	Educa Santé	Idéations Suicidaires	Portail de la prévention du suicide : Educa Santé		
10	Amad A., Camus V., Geoffroy PA., Thomas P., Quiles C., Micoulaud Franchi JA., et al.	Référentiel de psychiatrie	Tours: Presses universitaires François-Rabelais		2014
11	DG Denning, Y Conwell, D King, C Cox	Method choice, intent, and gender in completed suicide	Suicide Life Threat Behav, 30, pp. 282-288		2000
12	Hawton K, van Heeringen K,	Suicide	Lancet		2009
13	Geneviève Arsenault-Lapierre, Caroline Kim and Gustavo Turecki	Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis	BMC psychiatry		2004
14	Diane G. Denning PhD ,Yeates Conwell MD, Deborah King PhD, Chris Cox PhD	Method Choice, Intent, and Gender in Completed Suicide, Wiley Library			2010
15	Paraschakis A, Michopoulos I, Christodoulou C, Koutsaftis F, Lykouras L, Douzenis	A 2-Year Psychological Autopsy Study of Completed Suicides in the Athens Greater Area	Greece, A. Psychiatry Investig		2015
16	P.C. Racamier, C. Sens, L. Carretier	La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum	Evolution psychiatrique , XXVI	pp. 525-570	1961
17	BYDLOWSKI Monique.	Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité, Odile Jacob		185 p	2010

18	*WINNICOTT DW*	*La préoccupation maternelle primaire*	*De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot*	*pp. 168-174*	*1969*
19	*Marcus SM, Heringhausen, J. E.*	*Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy*	*PrimCare36: 151F165, ix.*		*2009*
20	*Field T*	*Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review*	*Infant Behav Dev 33:1F6.*		*2010*
21	*Gavin NI, Gaynes, B.N., Lohr, K.N., MeltzerFBrody, S., Gartlehner, G., Swinson, T.*	*Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence*	*Obstetrics & Gynecology*	*106: 1071F1083*	*2005*
22	*O'Hara MW, & Swain, A.M.*	*Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis*	*International Review of Psychiatry*	*8: 37F54*	*1996*
23	*Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J*	*Cohortstudy of depressed mood!during pregnancy and after childbirth*	*BMJ 323 257F260*		*2001*
24	*Marcus S, Heringhausen, J.*	*Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy*	*Primary Care 36*		*2009*
25	*Guédeney A, Bungener, C. et Widlocher, D.*	*Le post partum blues : une revue critique de la littérature*	*Psychiatrie de l'enfant*	*36: 329 354.*	*1993*
26	*GaillardA,LeStrat,Y.,Mandelbrot, L.,Keita,H.,Dubertret,C.*	*Predictors of postpartum depression: prospective study of women followed during pregnancy and postpartum*	*Psychiatry Research 215: 341--- 346*		*2014*
27	*Beck C*	*Predictors of Postnatal Depression, an update*	*Nursing Research*		*2001*
28	*Austin et Al*	*Examining the Relationship Between Antenatal Anxiety and Postnatal Depression*			*2007*
29	*Oppo A et AL*	*Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R)*	*Women's Mental Health*		*2009*
30	*Wesseloo et Al*	*Risk of Pospartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum psychosis : a systematic review and meta-analyses*			*2016*
31	*Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ*	*Episodes of Mood Disorders in 2,252 Pregnancies and Postpartum Periods*	*Am J Psychiatry*	*168(11): 1179-85.*	*2011*
32	*Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al.*	*Risk of Recurrence in Women With Bipolar Disorder During Pregnancy: Prospective Study of Mood Stabilizer Discontinuation*	*Am J Psychiatry*	*164(12):18 17-24*	*2007*
33	*Marsh W, Viguera*	*Bipolar Disorder Through Pregnancy and Postpartum*	*Psychiatr Ann*	*42(5):184-9*	*2012*
34	*Khan M, Sharma V.*	*Post-partum depressive episodes and bipolar disorder*	*The Lancet*	*385(9970): 771-2*	*2015*
35	*Berging V et al*	*Postpartum Psychosis: Madness*	*Mania, and Melancholia in Motherhood, JAMA*		*2016*

36	*Florio AD, Munk-Olsen T, Bergink V*	*The birth of a psychiatric orphan disorder: postpartum psychosis*	*Lancet Psychiatry*		*2016*
37	*Jones I, et Al*	*Bipolar Disorder, Affective Psychosis, and Schizophrenia in Pregnancy and the Post-Partum Period*	*Lancet Psychiatry*		*2014*
38	*G. Rochon-Terry, A. Gruneir, M. V. Seeman, J. G. Ray, P. Rochaon, C.-L. Dennis, S. Grigoriadis, K.Fung, P. A. Kurdyak, S. N. Vigod*	*Hospitalizations and emerency departments visits for psychiatricillness during and after pregnancy among women with schizophrenia*	*The journal of clinicalpsychiatry*	*Vol 77, n°4, p: 541 – 547*	*2016*
39	*M Trixler, A Gati, T Tenyi*	*Risks associated with childbearing in schizophrenia*	*Acta Psychiatr Belg*	*pp. 159-162*	*1995*
40	*TF McNeil, L Kaij, A Malmquist-Larsson*	*Women with nonorganic psychosis: mental disturbance during pregnancy*	*Acta Psychiatr Scand, 70*	*pp. 127-139*	*1984*
41	*S. Misri, J. Abizadeh, S. Sanders, E. Swift.*	*Perinatal generalized anxiety disorder: assessment andtreatment*	*Journal of women's health. Vol 24, n°9*	*p:762 – 770*	*2015*
42	*Pelin Dikmen Yildiz, Susan Ayers, Louise Phillips*	*The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and afterbirth: A systematic review and meta-analysis*	*Journal of affective disorders*		*2017*
43	*R. Grekin, M.W. O'Hara*	*Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis*	*Clin. Psychol. Rev., 34*	*pp. 389-401*	*2014*
44	*William A. Vega, Bohdan Kolody, Jimmy Hwang, and Amanda Noble*	*Prevalence and Magnitude of Perinatal Substance Exposures in California*	*The New England Journal of Medicine*		*1993*
45	*Rodriguez JJ, Smith VC*	*Epidemiology of perinatal substance use: Exploring trends in maternal substance use*	*Semin Fetal Neonatal Med*		*2019*
46	*Ariadna Forray, MD and Dawn Foster, PhD*	*Substance use in the perinatal period*	*Women's Mental Health*		*2015*
47	*Boukakiou R, Glangeaud-Freudenthal NMC, Falissard B, Sutter-Dallay A-L, Gressier F.*	*Impact of a prenatal episode and diagnosis in women with serious mental illnesses on neonatal complications (prematurity, low birth weight, and hospitalization in neonatal intensive care units)*	*Arch Womens Ment Health*	*22(4):439-46.*	*2019*
48	*David Mongan Janine Lynch Donncha Hanna, Ciaran Shannon, Shona Hamilton, Claire Potter, Colin Gorman, Orlagh McCambridge, Rachel Morrow, and Ciaran Mulholland*	*Prevalence of Self-Reported Mental Disorders in Pregnancy and Associations With Adverse Neonatal Outcomes: A Population-Based Cross-Sectional Study*	*BMC pregnancy and chilbirth*		*2019*
49	*Khalifeh H, Brauer R, Toulmin H, Howard LM.*	*Perinatal mental health: What every neonatologist should know.*	*Early Hum Dev*	*91(11):649-53.*	*2015*
50	*Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC.*	*Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis*	*BMJ*		*2014*

51	*Backes Carl H., Markham Kara, Moorehead Pamela, Cordero Leandro, Nankervis Craig A., Giannone Peter J.*	*Maternal Preeclampsia and Neonatal Outcomes*	*Journal of Pregnancy*		*2011*
52	*Gennette S, Varlamov A, Eason R.*	*Pregnancy outcomes in underweight versus ideal weight women at time of delivery*	*[33F] Obstet Gynecol*		*2017*
53	*BOWLBY J.*	*The nature of the child's tie to his mother*	*International Journal of Psycho-Analysis*		*1958*
54	*Antoine Guedeney*	*Petite enfance et psychopathologie*		*pp 46-56*	*2014*
55	*Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R.*	*Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies*	*Schizophr Bull*		*2014*
56	*Duffy A, Horrocks J, Doucette S, Keown-Stoneman C, McCloskey S, Grof P.*	*The developmental trajectory of bipolar disorder.*	*Br J Psychiatry*		*2014*
57	*Knight M, Bunch K, Tuffnell D, Shakespeare J, Kotnis R, Kenyon S, Kurinczuk JJ*	*on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2015-17*			*2019*
58	*Knight M, Nair M, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Brocklehurst P, Kurinczuk JJ*	*on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Surveillance of maternal deaths in the UK 2012-14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-14*			*2016*
59	*Roch Cantwell, Marian Knight, Margaret Oates and Judy Shakespeare on behalf of the MBRRACE-UK mental health chapter writing group*	*on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13.*			*2015*
60	*Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM*	*Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry*	*Lancet Psychiatry*		*2016*
61	*Appleby L*	*Suicide during pregnancy and in the first postnatal year*	*BMJ*		*1991*
62	*Deneux-Tharaux C, Saucedo M.*	*Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2010–2012*	*Gynecol Obstet Fertil Senol*		*2017*
63	*Report from nine maternal mortality review committees*	*Building U.S. Capacity to Review and Prevent Maternal Deaths*			*2018*

64	*Metz TD, Rovner P, Hoffman MC, Allshouse AA, Beckwith KM, Binswanger IA.*	*Maternal Deaths From Suicide and Overdose in Colorado, 2004-2012*	*Obstet Gynecol*	*2017*
65	*Maeve E. Wallace, PhD; Donna Hoyert, PhD; Corrine Williams, ScD; Pauline Mendola, PhD*	*Pregnancy-associated homicide and suicide in 37 US states with enhanced pregnancy surveillance*	*Am J Obstet Gynecol*	*2016*
66	*Marissa Platner, MD, Tammy L. Loucks, MPH, DrPH, Michael K. Lindsay, MD, MPH, and Jane E. Ellis, MD, PhD,*	*Pregnancy-Associated Deaths in Rural, Nonrural, and Metropolitan Areas of Georgia*	*Obstet Gynecol*	*2016*
67	*Austin AE, Vladutiu CJ, Jones-Vessey KA, Norwood TS, Proescholdbell SK,*	*Improved Ascertainment of Pregnancy-Associated Suicides and Homicides in North Carolina*	*Am J Prev Med*	*2016*
68	*Ghazaleh Samandari, Sandra L Martin, Lawrence L. Kupper, Sharon Schiro, Tammy Norwood, Matt Avery*	*Are Pregnant and Postpartum Women: At Increased Risk for Violent Death? Suicide and Homicide Findings from North Carolina.*	*Matern Child Health Journal*	*2011*
69	*Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ*	*Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System*	*Obstet Gynecol*	*2011*
70	*Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL*	*Mental health, substance use and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System.*	*Gen Hosp Psychiatry*	*2012*
71	*Parsons LH, Harper MA*	*Violent maternal deaths in North Carolina.*	*ObstetGynecol*	*1999*
72	*Paul ABM, Simms L, Paul AE, Yorke J, Saroya T, Schmidseder C, Mahesan AA, Mahesan AM*	*Unnatural pregnancy deaths in Las Vegas: A descriptive study*	*J Forensic Leg Med*	*2018*
73	*Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, Iqbal MI*	*Lower risk of suicide during pregnancy.*	*Am J Psychiatry*	*1997*
74	*Bronson J, Reviere R*	*Pregnancy-Associated Deaths in Virginia Due to Homicides, Suicides, and Accidental Overdoses Compared With Natural Causes.*	*Violence Against Women*	*2017*
75	*Ray JG, Zipursky J, Park AL*	*Injury-related maternal mortality*	*Am J Obstet Gynecol*	*2018*
76	*Grigoriadis S, Wilton AS, Kurdyak PA, Rhodes AE, Vonder Porten EH, Levitt A, Cheung A, Vigod SN*	*Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study*	*CMAJ*	*2017*
77	*Amélie Boutin PhD , Arlin Cherian MPH , Jessica Liauw MD, MHSc ,Susie Dzakpasu PhD ,Heather Scott MD ,Michiel Van den Hof MD ,Jocelynn Cook PhD ,Jennifer Blake MD , K.S. Joseph MD, PhD , for the Canadian Perinatal Surveillance System(Public Health Agency of Canada)*	*Database autopsy: An efficient and effective confidential en-quiry into maternal deaths in Canada*	*Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*	*2020*
78	*Turner LA, Kramer MS, Liu S*	*Maternal Mortality and Morbidity Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Cause-specific mortality during and after pregnancy and the definition of maternal death*	*Chronic Dis Can.*	*2002*

79	*Australian Institute of Health and Welfare*	*Maternal deaths in Australia 2012–2014*		*2017*
80	*Thornton C, Schmied V, Dennis CL, Barnett B, Dahlen HG*	*Maternal deaths in NSW (2000-2006) from nonmedical causes (suicide and trauma) in the first year following birth*	*Biomed Res Int*	*2013*
81	*Austin MP, Kildea S, Sullivan E*	*Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting*	*Med J Aust*	*2007*
82	*Cliffe S, Black D, Bryant J, Sullivan E. Aust N Z*	*Maternal deaths in New South Wales, Australia: a data linkage project*	*J Obstet Gynaecol*	*2008*
83	*SepVangen S, Bødker B, Ellingsen L, Saltvedt S, Gissler M, Geirsson RT, Nyfløt LT.*	*Maternal deaths in the Nordic countries*	*Acta Obstet Gynecol Scand*	*2017*
84	*Lysell H, Dahlin M, Viktorin A, Ljungberg E, D'Onofrio BM, Dickman P, Runeson B*	*Maternal suicide - Register based study of all suicides occurring after delivery in Sweden 1974-2009*	*PLoS One*	*2018*
85	*Esscher A, Essén B, Innala E, Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, Högberg*	*Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007*	*Br J Psychiatry*	*2016*
86	*Högberg U, Innala E, Sandström A.*	*Maternal mortality in Sweden, 1980-1988*	*Obstet Gynecol*	*1994*
87	*Karalis E, Ulander VM, Tapper AM, Gissler M*	*Decreasing mortality during pregnancy and for a year after while mortality after termination of pregnancy remains high: a population-based register study of pregnancy-associated deaths in Finland 2001-2012*	*BJOG*	*2017*
88	*Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P.*	*Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000*	*Eur J Public Health*	*2005*
89	*Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J*	*Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study*	*BMJ*	*1996*
90	*Bødker B, Hvidman L, Weber T, Møller M, Aarre A, Nielsen KM, Sørensen JL*	*Maternal deaths in Denmark 2002-2006*	*Acta Obstet Gynecol Scand*	*2009*
91	*Birgisdottir H, Bjarnadottir RI, Kristjansdottir K, Geirsson RT.*	*Maternal deaths in Iceland over 25 years*	*. Acta Obstet Gynecol Scand*	*2016*
92	*Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, Vichi M, Loghi M, Donati S*	*Regional maternal mortality working group. Maternal suicide in Italy*	*Arch Womens Ment Health*	*2020*
93	*Edler C, Sperhake JP, Püschel K, Schröder AS*	*Pregnancy-related and maternal deaths in Hamburg, Germany: an autopsy study from 1984 - 2018*	*Forensic Sci Med Pathol*	*2019*
94	*Knasmüller P, Kotal A, König D, Vyssoki B, Kapusta N, Blüml V*	*Suicide during pregnancy and the first postpartum year in Austria: Findings from 2004 to 2017*	*Maternal Psychiatry Res*	*2019*
95	*Gurina NA, Vangen S, Forsén L, Sundby J*	*Maternal mortality in St. Petersburg, Russian Federation*	*Bull World Health Organ*	*2006*
96	*Glasser S, Levinson D, Gordon ES, Braun T, Haklai Z, Goldberger N Isr J*	*The tip of the iceberg: postpartum suicidality in Israel.*	*. Health Policy Res*	*2018*

97	*Weng SC, Chang JC, Yeh MK, Wang SM, Lee CS, Chen YH.*	*Do stillbirth, miscarriage, and termination of pregnancy increase risks of attempted and completed suicide within a year? A population-based nested case-control study*	*BJOG*		*2018*
98	*Weng SC, Chang JC, Yeh MK, Wang SM, Chen YH*	*Factors influencing attempted and completed suicide in postnatal women: A population-based study in Taiwan*	*Sci Rep*		*2016*
99	*Chen YH, Lau G*	*Maternal deaths from suicide in Singapore*	*Med J*		*2008*
100	*Lommerse K, Knight M, Nair M, Deneux-Tharaux C, van den Akker T.*	*The impact of reclassifying suicides in pregnancy and in the postnatal period on maternal mortality ratios.*	*BJOG*		*2019*
101	*Horon IL, Cheng D.*	*Effectiveness of pregnancy check boxes on death certificates in identifying pregnancy-associated mortality*	*Public Health Rep*		*2011*
102	*Schuitemaker N, Van Roosmalen J, Dekker G, et al.*	*Underreporting of maternal mortality in The Netherlands.*	*Obstet Gynecol*		*1997*
103	*Horsch, C. Brooks, H. Fletcher*	*Maternal coping, appraisals and adjustment following diagnosis of fetal anomaly*	*Prenat. Diagn., 33*	*pp. 1137-1145*	*2013*
104	*Horsch, J.-F. Tolsa, L. Gilbert, L.J. du Chêne, C. Müller-Nix, M.B. Graz1-12*	*Improving maternal mental health Following preterm birth using an expressive Writing intervention: a randomized controlled trial*	*Child Psychiatry Hum. Dev*		*2015*
105	*Aoyagi SS, Tsuchiya KJ.*	*Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes?*	*J Obstet Gynaecol Res.*		*2019*
106	*Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB.*	*Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission*	*. Br J Psychiatry*		*1998*

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

www.conseil-national.medecin.fr