



La pratique de l'entretien prénatal précoce et son impact sur le parcours de soins psychiatrique : étude monocentrique observationnelle descriptive et rétrospective

Pauline Avit

► To cite this version:

Pauline Avit. La pratique de l'entretien prénatal précoce et son impact sur le parcours de soins psychiatrique : étude monocentrique observationnelle descriptive et rétrospective. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03526486

HAL Id: dumas-03526486

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03526486>

Submitted on 14 Jan 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Pauline AVIT

le 20 Avril 2021

**La pratique de l'Entretien Périnatal Précoce et son impact sur le parcours de
soins psychiatrique : Etude monocentrique observationnelle descriptive et
rétrospective**

Directeur de thèse : Professeur Amaria BAGHDADLI

JURY

Président :

Professeur Amaria BAGHDADLI

Assesseurs :

Professeur Diane PURPER-OUAKIL

Docteur Mélanie FILLOLS

Membre invité :

Docteur Rose-Marie TOUBIN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Pauline AVIT

le 20 Avril 2021

**La pratique de l'Entretien Périnatal Précoce et son impact sur le parcours de
soins psychiatrique : Etude monocentrique observationnelle descriptive et
rétrospective**

Directeur de thèse : Professeur Amaria BAGHDADLI

JURY

Président :

Professeur Amaria BAGHDADLI

Assesseurs :

Professeur Diane PURPER-OUAKIL

Docteur Mélanie FILLOLS

Membre invité :

Docteur Rose-Marie TOUBIN

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	JOURDAN Jacques	PAGES Michel
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	KLEIN Bernard	PEGURET Claude
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	LAFFARGUE François	PELISSIER Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	LALLEMANT Jean	PETIT Pierre
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	Gabriel	POUGET Régis
ASTRUC Jacques	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
AUSSILLOUX Charles	DEMAILLE Jacques	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
AVEROUS Michel	DESCOMPS Bernard	LESBROS Daniel	RAMUZ Michel
AYRAL Guy	DIMEGLIO Alain	LOPEZ François Michel	REBOUL Jean
BAILLAT Xavier	DUBOIS Jean Bernard	LORIOT Jean	RIEU Daniel
BALDET Pierre	DUMAS Robert	LOUBATIERES Marie	ROCHEFORT Henri
BALDY-MOULINIER	DUMAZER Romain	Madeleine	ROUANET DE VIGNE
Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE	LAVIT Jean Pierre
BALMES Jean-Louis	FABRE Serge	BORNIER Bernard	SAINT AUBERT
BANSARD Nicole	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	Bernard
BAYLET René	GALIFER René Benoît	MARY Henri	SANCHO-GARNIER
BILLIARD Michel	GODLEWSKI Guilhem	MATHIEU-DAUDE	Hélène
BLARD Jean-Marie	GRASSET Daniel	Pierre	SANY Jacques
BLAYAC Jean Pierre	GUILHOU Jean-	MEYNADIER Jean	SEGNARBIEUX
BLOTMAN Francis	Jacques	MICHEL François-	François
BONNEL François	HEDON Bernard	Bernard	SENAC Jean-Paul
BOUDET Charles	HERTAULT Jean	MION Charles	SERRE Arlette
BOURGEOIS Jean-	HUMEAU Claude	MION Henri	SOLASSOL Claude
Marie	JAFFIOL Claude	MIRO Luis	VIDAL Jacques
BOUSQUET Jean	JANBON Charles	NAVARRO Maurice	VISIER Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	JANBON François	NAVRATIL Henri	
BUREAU Jean-Paul	JARRY Daniel	OTHONIEL Jacques	

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude	LARREY Dominique
BLANC François	LE QUELLEC Alain
BONAFE Alain	MARES Pierre
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry
BOURREL Gérard	MAURY Michèle
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis
DAUZAT Michel DAVY Jean Marc	MOURAD Georges
DEDET Jean-Pierre	PREFAUT Christian
ELEDJAM Jean-Jacques	PUJOL Rémy
GROLLAUX RAOUX Robert	RIBSTEIN Jean
GUERRIER Bernard	SCHVED Jean-François
GUILLOT Bernard	SULTAN Charles
JONQUET Olivier	TOUCHON Jacques
LANDAIS Paul	UZIEL Alain
	VOISIN Michel
	ZANCA Michel

Docteurs Émérites

PRAT Dominique	PUJOL Joseph
----------------	--------------

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric – Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard – Rhumatologie
COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme – Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis – Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul – Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel – Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques – Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues – Neurochirurgie
ELIAOU Jean François – Immunologie

FABRE Jean Michel – Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMAMAH Samir – Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HERISSON Christian – Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir – Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier – Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier – Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre – Neurologie

LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation

LEHMANN Sylvain – Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge – Biochimie et biologie moléculaire

MERCIER Jacques – Physiologie

MEUNIER Laurent – Dermato-vénérologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis – Pédiatrie

PAGEAUX Georges – Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PUJOL Pascal – Biologie cellulaire

QUERE Isabelle – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

RENARD Éric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation

SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

SCHVED Jean François – Hématologie ; Transfusion

TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle – Génétique

VANDE PERRE Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc – Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia – Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine – Nutrition
AZRIA David – Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria – Pédiopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric – Chirurgie digestive
BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles – Pédiatrie
CAMU William – Neurologie
CANOVAS François – Anatomie
CAPTIER Guillaume – Anatomie
CARTRON Guillaume – -Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume – Cardiologie
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre – Immunologie
COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves – Physiologie
DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John – Cytologie et histologie
DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DROUPY Stéphane – Urologie
DUCROS Anne – Neurologie
DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et réadaptation
FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David – Génétique
GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice – Physiologie
HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie

KLOUCHE Kada – Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel – Génétique moléculaire
KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry – Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LEMOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence – Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan – Physiologie
MORANNE Olivier – Néphrologie
MOREL Jacques – Rhumatologie
NAVARRO Francis – Chirurgie générale
NOCCA David – Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie
PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel – Anatomie
PUJOL Jean Louis – Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane – Pédiopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal – Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh – Pédiatrie
VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline – Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud – Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent – Ophtalmologie
DORANDEU Anne – Médecine légale
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FUCHS Florent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey – Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile – Rhumatologie

GODREUIL Sylvain – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire – Rhumatologie

JACOT William – Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Éric – Pédiatrie

JUNG Boris – Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas – Chirurgie infantile

LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric – Rhumatologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale

MILLET Ingrid – Radiologie et imagerie médicale

MURA Thibault – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Émilie – Psychiatrie d'adultes ; addictologie

NOCCA David – Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio – Chirurgie générale

PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique

PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia – Physiologie

POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François – Pédiatrie
ROSSI Jean François – Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François – Cardiologie
SEBBANE Mustapha – Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas – Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane – Nutrition
THOUVENOT Éric – Neurologie
THURET Rodolphe – Urologie
TUAILLON Édouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric – Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max – Ophtalmologie
VINCENT Denis – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry – Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne – Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel
GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
QUANTIN Xavier – Pneumologie
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie
VIEL Éric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe – Échelon Exceptionnel

RICHARD Bruno – Médecine palliative
SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOUX Stéphanie – Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère – Génétique
CARRIERE Christian – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale – Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin – Anatomie
BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline – Hématologie biologique
BROUILLET Sophie – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille – Génétique Moléculaire
LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MARTRILLE Laurent – Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine – Biologie cellulaire
RAVEL Christophe – Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris – Physiologie
STERKERS Yvon – Parasitologie et mycologie
YACHOUH Jacques – Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUGNOUX Anne – Génétique
CHIRIAC Anca – Immunologie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie – Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric – Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès – Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
HUBERLANT Stéphanie – Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils – Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain – Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
ROUBILLE Camille – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

COSTA David
OUDE-ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

CHAZAL Nathalie – Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine – Neurosciences

BERNEX Florence – Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine – Sciences du médicament et des autres produits de santé

DELABY Constance – Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume – Neurosciences

LADRET Véronique – Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien – Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel – Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine – Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent – Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme – Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie – Neurosciences

MOUTOT Gilles – Philosophie

PASSERIEUX Émilie – Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie – Histologie

RAYNAUD Fabrice

TAULAN Magali – Biologie Cellulaire

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BIRON-ANDREANI	CASSINOTTO
AKKARI Mohammed	Christine	Christophe
ALRIC Jérôme	BLANC Brigitte	CATHALA Philippe
AMEDRO Pascal	BLANCHARD Sylvie	CAZABAN Michel
AMOUREUX Cyril	BLANCHET Catherine	CHARBIT Jonathan
ANTOINE Valéry	BLATIERE Véronique	CHEVALLIER Thierry
ARQUIZAN Caroline	BOBBIA Xavier	CHEVALLIER-
ATTALIN Vincent	BOGE Gudrun	MICHAUD Josyane
AYRIGNAC Xavier	BOURRAIN Jean Luc	COLIN Olivier
BADR Maliha	BOUYABRINE Hassan	CONSEIL Mathieu
BAIS Céline	BRINGER-DEUTSCH	CORBEAU Catherine
BARBAR Saber Davide	Sophie	COROIAN Flavia-Oana
BASSET Didier	BRINGUIER	COURDRAY Sarah
BATIFOL Dominique	BRANCHEREAU	CRANSAC Frédéric
BATTISTELLA Pascal	Sophie	CUNTZ Danielle
BAUCHET Luc	BRISOT Dominique	DARDALHON Brigitte
BENEZECH Jean Pierre	BRONER Jonathan	DAVID Aurore
BENNYS Karim	CADE Stéphane	DE BOUTRAY Marie
BERNARD Nathalie	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca
BERTRCHANSKY Ivan	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice
BIBOULET Philippe	LEGLISE Marie	RICHAUD-MOREL
DENIS Hélène	Suzanne	Brigitte
DEVILLE de PERIERE	CAIMMI Davide Paolo	RIDOLFO Jérôme
Gilles	CARR Julie	RIPART Sylvie
DE LA TRIBONNIERE	CARTIER César	RONGIERES Michel
Xavier	CASPER Thierry	ROULET Agnès
DJANIKIAN Flora	MARGUERITE	RUBENOVITCH Josh
DONNADIEU-RIGOLE	Emmanuel	SANTONI Fannie
Hélène	MARTIN Lucille	DEBIEN Blaise

FAIDHERBE Jacques	MATTATIA Laurent	DELPONT Marion
FATTON Brigitte	MEROUEH Fadi	SASSO Milène
FAUCHERRE Vincent	MEYER Pierre	SCHULDINER Sophie
FILLERON Anne	MILESI Christophe	SEGURET Fabienne
FITENI Frédéric	MORAU Estelle	SENESSE Pierre
FOURNIER Philippe	MOSER Camille	SKALLI El Mehdi
GAILLARD Nicolas	MOUSTY Eve	SOLA Christelle
GALMICHE Sophie	MOUTERDE Gaël	SOULLIER Camille
GENY Christian	PANSARD Nicole	STOEBNER
GERONIMI Laetitia	PERNIN Vincent	DELBARRE Anne
GINIES Patrick	PERRIGAULT Pierre	TEOT Luc
GRECO Frédéric	François	THIRION Marina
GUEDJ Anne Marie	PEYRON Pierre-	VACHIERY-LAHAYE
GUYON Gaël	Antoine	Florence
HENRY Vincent	PICARD Éric	VERNES Eric
JAMMET Patrick	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
JEDRYKA François	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
JREIGE Riad	POQUET Hélène	ZERKOWSKI Laetitia
KINNE Mélanie	PUJOL Sarah-Lise	
LABARIAS Coralie	PUPIER Florence	
LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
LANG Philippe	RAFFARD Laurence	

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BARATEAU Lucie – Physiologie

BASTIDE Sophie – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

CAZAUBON Yoann – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
addictologie

DAGNEAUX Louis – Chirurgie orthopédique et traumatologique

DUFLOS Claire – Biostatistiques ; informatique médicale et technologies de la
communication

GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie

LATTUCA Benoît – Cardiologie

MARIA Alexandre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie

MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie

SARRABAY Guillaume – Génétique

SOUCHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

Aux membres de mon jury

A Madame le Professeur Amaria Baghdadli. Merci de me faire l'honneur d'être directrice de ma thèse et présidente de mon jury. Merci pour votre investissement et pour votre disponibilité. Merci pour vos commentaires bienveillants et pour votre aide dans l'élaboration de ce travail.

A Madame le Professeur Diane Purper-Ouakil. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A Madame le Docteur Mélanie Fillols. Merci pour ta gentillesse et ta douceur, merci de m'avoir pris sous ton aile et de m'avoir accompagné pour réaliser ce travail de thèse. Merci pour tout le temps que tu as consacré à m'aider. Je suis ravie d'avoir pu faire ta connaissance.

A Madame le Docteur Rose-Marie Toubin. Merci de m'avoir permis de découvrir la psychiatrie périnatale et merci pour votre aide dans ce travail.

Aux médecins et aux équipes que j'ai pu rencontrer

Merci aux médecins que j'ai rencontré pendant mes stages, pour votre encadrement et votre bienveillance.

Un merci particulier au Docteur Lafay et au Docteur Lazareth avec qui j'ai réalisé mes premiers stages en psychiatrie. Merci de m'avoir conforté dans mon choix de spécialité dès le début de mon internat et de m'avoir fait aimer ce métier.

Merci aux équipes paramédicales avec qui j'ai pu travailler, pour votre accueil et vos conseils.

A ceux qui ont participé à ce travail

A nouveau, merci au Professeur Baghdadli, au Docteur Fillols et au Docteur Toubin pour votre investissement dans ce travail.

Merci au Docteur Molénat, au Docteur Picot et aux internes V. Bittoun et L.Jaeger pour leurs relectures et leurs remarques avisées.

Merci aux équipes de la maternité du CHU de Montpellier ainsi qu'aux participantes de cette étude.

A ma famille et mes amis

A mes parents adorés. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour les valeurs que vous m'avez inculquées et pour vos sacrifices. Merci pour le soutien inconditionnel que vous m'avez apporté et merci d'avoir toujours cru en moi. Avec tout mon amour.

A ma sœur, Jenny. Merci pour ta présence malgré la distance, tu me manques.

A ma merveilleuse famille, tantes, oncles, cousins, cousines. Merci pour ces moments passés ensemble qui ont été de réelles bouffées d'oxygène pendant mes études. Merci pour votre soutien et votre bienveillance.

A ma belle-famille. Merci pour votre accueil chaleureux.

A mes amies, Gwladys et Sonia. Merci pour l'amitié précieuse et exceptionnelle que nous partageons.

Merci à Nicolas d'avoir eu le mérite de souvent nous supporter toutes les trois réunies.

A la bande stéphanoise, Clara, Inès, Sarah, Côme, Dani et Merwane. Merci pour votre amitié, pour tous ces bons moments partagés et pour tous les prochains à venir. Merci pour votre bonne humeur et votre humour.

Un merci supplémentaire à Clara pour nos conversations téléphoniques qui sont toujours réconfortantes.

A Leah. Merci pour ta présence et ton soutien lors de mon choix de spécialité à l'autre bout du monde.

A Marine et Laura. Merci pour votre belle amitié, aux plaisirs de vous voir plus souvent.

A Sophie. Merci pour ton amitié de longue date.

A Mag. Merci pour ta gentillesse, à bientôt sur Nîmes.

Aux copains du sud, Gilles, Emma, Fred, Lauranne, Thibaut, Caroline et Nicolas et aux copains du nord, Pierre et Andréa. Merci pour votre accueil et votre gentillesse.

Aux internes Nîmois, Uzétiens et Montpelliérains. Merci pour ces bons moments passés ensemble.

A mon chéri, Jean-Charles, ma plus belle rencontre. Merci pour ton amour, ta patience et ton soutien au quotidien. A notre équipe, à nos aventures en mer et sur terre et à notre avenir qui promet d'être heureux.

Sommaire

RESUME	23
Introduction.....	24
Matériel et méthode	26
<i>Population</i>	26
<i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	26
<i>Objectif et critères de jugement</i>	26
<i>Données recueillies</i>	27
<i>Analyse des données</i>	27
<i>Cadre réglementaire</i>	28
Résultats.....	29
<i>Population :</i>	29
<i>Données issues de l'EPP</i>	30
<i>Orientation vers un suivi post EPP</i>	30
<i>Facteurs associés à une orientation vers un suivi post EPP</i>	31
<i>Répercussions du suivi post EPP sur l'accouchement et le postpartum immédiat</i>	31
Discussion	32
<i>Forces et limites</i>	35
Conclusion	36
Liens d'intérêts	36
Bibliographie :	37
Tableaux	40
<i>Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population</i>	40
<i>Tableau 2 : Analyse univariée des facteurs associés à une orientation vers un suivi post EPP</i>	41
<i>Tableau 3 : Analyse univariée des répercussions du suivi post EPP sur l'accouchement et le post partum</i>	41
Serment d'Hippocrate	42
RESUME	43

**La pratique de l'Entretien Prénatal Précoce et son impact
sur le parcours de soins psychiatrique : Etude
monocentrique observationnelle descriptive et rétrospective**

Practice of Early Prenatal Interview and its impact on the
psychiatric care pathway: Monocentric observational descriptive
and retrospective study

P.AVIT, M.FILLOLS, R-M.TOUBIN, A.BAGHDADLI

RESUME

Notre étude monocentrique et rétrospective porte sur le parcours de soins suite à l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), de 411 femmes enceintes incluses sur une année). Environ 21% ont bénéficié d'une orientation psychiatrique après l'EPP. Cette orientation était associée aux antécédents obstétricaux ou psychiatriques, au suivi psychiatrique, au tabagisme, à la prise de toxiques, à l'expression d'une plainte. Elle était associée pour la mère à une durée de séjour plus longue en maternité et un suivi plus fréquent par la PMI au retour à domicile et pour le bébé à une hospitalisation plus fréquente à la naissance. L'EPP constitue un outil de prévention des fragilités psychiques de la grossesse à condition qu'il soit étroitement relié à un travail de coordination des orientations dans les divers champs de l'anténatal et du post natal.

Mots-clés : Entretien Prénatal Précoce ; grossesse ; coordination ; fragilité psychique ; trouble du développement

ABSTRACT

Our monocentric and retrospective study focuses on the care pathway after the Early Prenatal Interview (EPI), of 411 pregnant women included over a year. About 21% were referred for a psychiatric follow-up after EPI. This orientation was associated with obstetric or psychiatric history, current psychiatric follow-up, smoking, drug use and complaints. Women referred to follow-up had significantly longer maternity stay and more frequent follow-up when they returned home. Also, their newborns were more often hospitalized at birth. EPI is a relevant prevention tool for the psychiatric vulnerabilities during pregnancy, provided that it is linked to the coordination of the referrals in the various antenatal and postnatal fields

Keywords: Early prenatal interview; pregnancy; coordination; psychic fragility; developmental disorder

Introduction

La grossesse et le postpartum sont des périodes de fragilité psychique reconnues [1] marquées par une prévalence élevée, estimée à 20%, d'épisodes psychiatriques, tous troubles confondus [2-5]. Il peut s'agir d'épisodes mineurs, transitoires et non pathologiques, d'épisodes initiaux de troubles psychiatriques ou encore d'épisodes d'exacerbation de troubles préexistants. La dépression et l'anxiété sont les troubles les plus fréquents [2-5]. Pourtant, ces troubles psychiatriques restent sous diagnostiqués pendant ces périodes malgré leurs conséquences négatives sur l'état psychopathologique de la mère, du père et du bébé [6 ; 7].

La nécessité d'un diagnostic précoce de ces troubles pour permettre une prise en charge adaptée est donc essentielle. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) a été créé via le plan de périnatalité de 2005-2007 [8] pour compléter le suivi médical obligatoire de grossesse centré sur les aspects somatiques, le but étant de donner la parole aux parents pour faciliter l'adhésion au suivi et de rechercher des facteurs environnementaux pouvant impacter la compliance en cas de facteurs de vulnérabilités retrouvés sur le plan somatique, psychiatrique ou social. L'EPP est donc proposé dans un objectif de prévenir les complications obstétricales en lien avec les facteurs de stress [9] et d'organiser l'ajustement des professionnels pour assurer un sentiment de continuité autour des futurs parents. Cet entretien, individuel ou en couple, est remboursé par la sécurité sociale [10]. Il est proposé par le professionnel qui déclare la grossesse et réalisé par une sage-femme, le plus souvent, ou tout autre professionnel de la naissance spécifiquement formé [10-11]. Les collaborations médico-psychologiques, dans ce même plan, ont été élaborées avec la même rigueur que les recommandations sur le plan médical.

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier, l'unité de périnatalité intégrée au service de pédopsychiatrie s'est organisée pour que cet entretien soit réalisé par des sages-femmes formées. A l'issue de cet entretien, un réseau personnalisé de soins coordonnés (RPSC)

[12] assure, si nécessaire, le suivi individualisé des familles au cours de la grossesse et en postpartum. Ainsi, en cas de facteurs de vulnérabilités (fragilité psychique, antécédents psychiatriques ou d'addiction, présence de symptômes évocateurs d'un trouble psychiatrique), les patientes sont adressées à des sages-femmes de coordination, des psychologues, des pédopsychiatres ou des psychiatres, selon un référentiel publié sur le réseau périnatal d'Occitanie [13].

De plus, les vulnérabilités sociales étant souvent liées aux vulnérabilités psychologiques, les patientes ont accès à un réseau médico-social constitué d'assistantes sociales sur la maternité et/ou le secteur, de sages-femmes et pédiatres de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou encore de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

Si l'EPP devait être initialement proposé à toutes les femmes enceintes au 4^{ème} mois de grossesse [8], seules 28,5% en bénéficient selon l'enquête nationale périnatale de 2016 de l'INSERM et la Drees [14]. Devant ce faible recours à l'entretien prénatal précoce, l'article 41 bis [15] voté par l'Assemblée Nationale lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale le rend obligatoire dès mai 2020. Aussi, il est important d'identifier la place, la fonction, l'organisation et l'utilité de cet entretien afin d'optimiser son usage en cours de généralisation dans le suivi de la grossesse.

Notre étude monocentrique et rétrospective est effectuée chez des femmes enceintes ayant bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce sur une période d'un an, entre mars 2019 et février 2020, au CHU de Montpellier. Notre objectif est de décrire leur parcours de soins psychiatrique après l'EPP, d'identifier les facteurs ayant motivé leur orientation vers un psychologue et/ou pédopsychiatre de périnatalité et/ou psychiatre adulte à l'issue de cet entretien et d'évaluer les impacts de cet adressage sur l'accouchement et le post-partum immédiat.

Matériel et méthode

Population

Notre étude observationnelle descriptive, monocentrique rétrospective concerne des patientes ayant eu un EPP entre mars 2019 et février 2020 dans le cadre du suivi de leur grossesse à la maternité du CHU de Montpellier. La population a été répartie en deux groupes, en fonction des soins mis en place à l'issue de l'EPP. Ces deux groupes ont été comparés sur plusieurs variables.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusions sont: femmes enceintes ayant bénéficié entre le 1^{er} mars 2019 et le 29 février 2020, d'un entretien au CHU de Montpellier dont la cotation d'acte correspond à un EPP. Les critères d'exclusion sont: femmes mineures au moment de la réalisation de l'EPP ; opposition à la participation de l'étude par retour courrier du « formulaire de refus de participation »; absence de coordonnée postale permettant l'envoi de la lettre d'information ; absence de Dossier Périnatal saisi ; absence de compte-rendu correspondant à la date de l'entretien de cotation d'acte EPP ; non présentation de la patiente lors de la consultation cotée comme EPP ; accouchement « sous-X » ou admission « sous X administratif ».

Objectif et critères de jugement

Le critère de jugement principal est la proportion de femmes ayant été orientées pour un suivi par un psychiatre, une sage-femme de coordination et/ou un psychologue à l'issue de l'EPP. Les critères de jugement secondaires sont d'une part les facteurs médicaux, sociaux ou psychologiques identifiés comme associés à l'orientation vers un suivi

psychologique/psychiatrique post EPP et d'autre part, les répercussions du suivi sur l'accouchement et le postpartum immédiat au plan médical, social et psychologique.

Données recueillies

Pour chaque patiente, les données ont été recueillies à partir du dossier périnatal informatisé et « Dx care» puis saisies sur un masque de saisie excel comportant les variables suivantes :

- **Caractéristiques des patientes:** date de naissance ; situation conjugale (en couple/célibataire) ; situation professionnelle ; gestité/parité ; antécédents gynécologiques/obstétricaux ; antécédents psychiatriques incluant un suivi actuel ; consommation de toxiques ; déroulement de la grossesse.

- **Données recueillies lors ou à l'issue de l'EPP:** âge gestationnel ; 7 catégories de facteurs de risques de fragilités psychiques identifiées par des mots ou idées clés (angoisse ; état psychique, consommation de toxiques, vécu douloureux d'antécédents de grossesse, mauvais souvenirs liés à des grossesses ou accouchements précédents ; vulnérabilité personnelle ou familiale, troubles sommeil/fatigue); orientations proposées vers les pédopsychiatres et/ou psychiatres adulte/sages-femmes de coordination/psychologues à l'issu de l'EPP.

- **Compte-rendu du séjour de maternité :** terme de la grossesse ; mode d'accouchement ; sexe et poids du bébé ; éventuelle(s) complication(s) post-partum pour la mère et/ou le nouveau-né ; organisation du suivi au retour à domicile.

Analyse des données

Les données ont été exploitées avec le logiciel Excel et BiostaTGV. Les données quantitatives sont exprimées sous forme de moyennes et d'écart type, et les données qualitatives sous forme de pourcentages et effectifs. Il a été choisi d'exprimer les données rapportées au nombre de patientes pour lesquelles l'information était disponible et de ne pas prendre en compte les données manquantes. Les variables quantitatives ont été comparées avec le test de Mann-

Whitney en cas de distribution non gaussienne et par le test T de Student en cas de distribution gaussienne. Les variables qualitatives ont été comparées avec un test Chi2 ou un test exact de Fisher en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5. Le seuil d'erreur alpha a été fixé à 0,05. Le nombre de sujets nécessaire était de 168 pour une puissance à 80%.

Cadre réglementaire

Cette étude a été approuvée par l'Institutional Review Board (I.R.B) du CHU de Montpellier et enregistrée sur le site Clinical Trials Gov. Après l'obtention de ces accords, le CHU de Montpellier a effectué la déclaration simplifiée à la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL). Conformément à la méthodologie de référence MR-004 « recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé », chaque patiente incluse a été informée par écrit individuellement de son droit d'opposition.

Résultats

Population :

Sur les 473 dossiers de patientes ayant eu un EPP entre Mars 2019 et Février 2020, 411 dossiers ont été retenus après prise en compte des critères de non inclusion et d'exclusion. Les caractéristiques générales de notre échantillon sont dans le tableau 1.

Les femmes incluses étaient âgées en moyenne de 32 ans +/- 5,3. En début de grossesse, la majorité vivait en couple et avait un emploi ou une formation en cours.

Il s'agissait d'une première grossesse pour un tiers des patientes et d'une première parité pour plus de la moitié. Les antécédents gynéco-obstétricaux les plus fréquents étaient les Fausses Couches Spontanées (FCS) (35%), les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) (23%) et les infections au papillomavirus (10%).

Des antécédents psychiatriques existaient pour 63 patientes (15%) recouvrant majoritairement un trouble dépressif (31%), un trouble addictif (27%), un traumatisme subi dans l'enfance (14%) et un trouble anxieux (9%). Les autres troubles recouvraient des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) (5%), des antécédents de Tentative de Suicide (TS) (5%), des troubles bipolaires (4%), des troubles psychotiques (1%) et d'autres troubles non précisés dans 4%. Lors de la grossesse en cours, 35 femmes bénéficiaient d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique. Quarante-huit femmes (12%) présentaient un tabagisme actif pendant la grossesse et 18 (4%) avaient une addiction d'un autre type dont le cannabis.

Le terme moyen était de 39SA+6J +/- 1,4SA et 12 bébés étaient nés prématurés (avant 37SA). L'Accouchement par Voie Basse Non Instrumentale (AVBNI) était le mode d'accouchement le plus fréquent. Le nombre de garçons et de filles était comparable avec un poids de naissance moyen à 3295 +/- 455 grammes.

A la suite de l'accouchement, 35 femmes (8%) ont présenté une complication du postpartum immédiat de type hyperthermie, rétention aigüe d'urine ou révision utérine sur délivrance dirigée incomplète avec ou sans hémorragie.

Parmi les nouveau-nés, 36 (9%) ont été hospitalisés pour surveillance d'un traitement maternel, retard de croissance ou prématurité, Détresse Respiratoire Aigüe (DRA), suspicion d'Infection Materno-Fœtale (IMF) ou encore surveillance d'une malformation.

En moyenne, la durée du séjour à la maternité était de 5,6 +/- 2,5 jours.

Pour le retour au domicile, un suivi par la PMI a été organisé pour près d'un tiers des patientes, en plus du suivi habituel par une sage-femme. Dix d'entre elles (3%) ont également bénéficié d'un soutien par une aide-ménagère ou par un TISF.

Données issues de l'EPP

La totalité des EPP de cette étude a été réalisée par une sage-femme. Pendant cet entretien, 123 (30%) patientes ont verbalisé des plaintes pouvant être identifiées dans une ou plusieurs des 7 catégories de facteurs de risque créées pour cette étude. Parmi ces plaintes, nous retrouvons majoritairement de l'anxiété (35%), l'évocation de mauvais souvenirs liés aux grossesses ou accouchements antérieurs (20%), la présence d'éléments de vulnérabilité ou fragilité concernant l'histoire personnelle ou familiale de la patiente (22%) et enfin le vécu douloureux de FCS, Interruption Médicale de Grossesse (IMG) ou Mort Fœtale In Utero (MFIU) (9%). Les autres sujets recouvraient notamment les troubles du sommeil ou une asthénie.

Orientation vers un suivi post EPP

Au total, 86 patientes (21%) ont été orientées vers un ou plusieurs suivis à l'issue de leur EPP. Cette orientation correspondait à un suivi psychiatrique pour 38 (44%) patientes. Parmi elles, une patiente (1%) a bénéficié d'une double orientation psychiatrique à savoir par un pédopsychiatre de périnatalité et son psychiatre traitant. Pour les patientes restantes, il s'agissait d'un lien avec le psychiatre traitant pour 11 (13%) d'entre elles, d'une orientation vers un pédopsychiatre de

périnatalité pour 25 d'entre elles (30%) et d'une orientation vers un psychiatre adulte pour une patiente (1%). La moitié (n=44 ; 51%) des patientes orientées était adressée à une sage-femme de coordination. Pendant ce suivi avec la sage-femme de coordination, 12 (14%) femmes supplémentaires étaient adressées vers un suivi psychiatrique.

Une orientation vers un suivi psychologique a été faite pour 35 (41%) patientes.

Facteurs associés à une orientation vers un suivi post EPP

L'analyse des facteurs associés à une orientation vers un suivi post EPP est dans le tableau 2. Plusieurs facteurs étaient significativement ($p<0,05$) associés à une orientation vers un suivi à l'issue de l'EPP, dont une gestité supérieure à 2 combinée à une primiparité, la présence d'antécédents obstétricaux, d'antécédents psychiatriques et un suivi psychiatrique en cours, le tabagisme actif, la consommation de toxiques, le terme de la grossesse à l'EPP ainsi que la verbalisation d'une détresse pendant cet entretien.

Répercussions du suivi post EPP sur l'accouchement et le postpartum immédiat

L'analyse des répercussions de la mise en place d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique à l'issue de l'EPP au niveau de l'accouchement et du postpartum immédiat est présentée dans le tableau 3.

Plusieurs répercussions étaient significativement ($p<0,05$) associées à la mise en place d'un suivi post EPP : une hospitalisation en post partum immédiat due à un Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU)/prématurité ou à la surveillance d'un traitement maternel psychiatrique, la durée du séjour à la maternité et une organisation du suivi au domicile renforcée par la PMI ou autres intervenants (aide-ménagère/TISF).

Discussion

Dans notre étude, nous observons sur 3900 naissances au CHU de Montpellier en 2019 [16], que 473 femmes ont bénéficié d'un EPP sur le CHU pendant leur suivi de grossesse. Bien que ce taux soit comparable à celui rapporté en 2016 dans l'enquête nationale périnatale [14], il reste faible. Des études antérieures [17-19] montrent que cette sous exploitation de l'EPP serait liée notamment au manque de proposition de cet entretien et au manque de liens mis en place pour y répondre. Notre étude suggère l'importance du rôle de la sage-femme dans la réalisation de l'EPP mais également dans la coordination des soins. En effet, tous les EPP de cet hôpital sont réalisés par des sages-femmes formées qui ont accès à un réseau de professionnels leur permettant d'adapter le suivi de grossesse à chaque famille. Elles ont également accès, chaque semaine, à une réunion avec les pédopsychiatres de périnatalité afin de discuter régulièrement de tous les EPP ayant fait l'objet d'une orientation dans le champ psychiatrique. Cette reprise hebdomadaire permet d'affiner les orientations et d'en évaluer les modalités ainsi que les impacts, tant sur le couple que sur les liens de confiance mis en place avec les professionnels. Cette organisation permet d'assurer une continuité des soins dont l'impact positif sur la prise en charge des femmes enceintes a déjà été montré [20]. Ainsi, au CHU de Montpellier, la réalisation de l'EPP aide à cibler les femmes qui nécessitent une prise en charge en RPSC au sein du réseau de soins périnataux [21 ; 22].

Une autre observation issue de nos résultats est qu'un cinquième des femmes de notre étude a été orienté vers un suivi psychiatrique et/ou psychologique à l'issue de l'EPP ce qui est supérieur au taux de 6,4% rapporté par l'enquête nationale périnatale [14]. Ceci peut en partie s'expliquer par l'organisation particulière au CHU de Montpellier avec la présence de sages-femmes dites de coordination qui ont une formation spécifique sur des thématiques telles que les psychopathologies parentales, les addictions ou encore les antécédents obstétricaux traumatiques. Elles peuvent donc intervenir dans des problématiques psychiatriques et psychologiques, élargissant ainsi le champ des soins proposés. Ainsi, dans notre étude, la moitié des patientes

orientées était adressée à une sage-femme de coordination. La seconde orientation majoritaire était effectuée vers un pédopsychiatre de périnatalité. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent de proposer une rencontre avec un psychiatre en cas de difficultés psychiques avérées lors de l'EPP [23]. Le pédopsychiatre de périnatalité semble avoir un rôle particulièrement approprié à ces recommandations étant donné qu'il assure un lien entre la psychiatrie et la périnatalité avec une double approche ; thérapeutique concernant la prévention des troubles psychiques de la mère, et préventive concernant le développement psycho-affectif du bébé [24 ; 25].

Enfin, au CHU de Montpellier, une consultation pédopsychiatrique est proposée aux futurs parents, entre le 7^{ème} et le 8^{ème} mois de grossesse, qui est centrée sur le développement du bébé et sur les conditions optimales de son adaptation au niveau sensoriel et affectif au sein de son nouvel environnement [26]. Cette consultation est suivie d'un travail intensif d'accompagnement des parents et des équipes en suites de couches pour les parents porteurs de fragilités psychiques. Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence plusieurs facteurs significativement associés à une orientation des femmes vers un suivi suite à l'EPP. Ces facteurs sont concordants avec les facteurs de risque des pathologies psychiatriques périnatales et du postpartum retrouvés dans la littérature. En effet, la présence d'antécédents psychiatriques et notamment les épisodes dépressifs, sont des éléments fréquemment retrouvés dans les études sur les facteurs de risques des pathologies psychiatriques périnatales [27]. La consommation de tabac et de toxiques était également significativement plus fréquente chez les patientes ayant eu un suivi post EPP. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces consommations sont reconnues comme plus importantes en cas de trouble psychique [28]. Nous observons aussi un lien significatif entre l'orientation post EPP et la présence d'antécédents obstétricaux. En effet, notre analyse met en évidence que les femmes orientées vers un suivi à l'issue de leur EPP avaient eu plus de deux grossesses non abouties avant la grossesse actuelle imputables majoritairement à des FCS. La littérature identifie déjà les antécédents obstétricaux, notamment les FCS ou encore les IVG, comme des facteurs de

fragilités psychique pouvant révéler et engendrer appréhensions, angoisses voire symptomatologie dépressive chez la plupart des femmes [29 ; 30].

En plus de son rôle dans l'identification d'antécédents maternels déjà connus, notre étude met en évidence que l'usage de l'EPP contribue au dépistage des femmes sans antécédent. Ainsi, nous avons retrouvé que la verbalisation par la patiente d'une plainte psychique au cours de cet entretien est significativement associée à un suivi psychiatrique/psychologique. Ceci appuie le fait que proposer cet espace d'échange aux femmes enceintes permet de les soutenir dans leur parentalité mais favorise aussi l'orientation appropriée des femmes à risque [23].

Il est important de souligner dans notre étude que les femmes orientées vers un suivi ont bénéficié de leur EPP plus précocement, et ce de manière significative, que les femmes non orientées. Dans notre étude, l'EPP était réalisé en moyenne au cours du quatrième mois de grossesse ce qui correspond à la moyenne nationale [14] alors que l'HAS recommande sa réalisation au cours du premier trimestre. En effet, plus la grossesse avance, plus les parents sont concentrés sur l'accouchement et avoir un échange autour de leur état psychique devient compliqué. La détection des facteurs de vulnérabilité étant un objectif essentiel de l'EPP, il paraît nécessaire qu'il soit proposé le plus tôt possible au cours de la grossesse.

Concernant les modalités de l'accouchement, à savoir la voie et le terme, notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les femmes orientées vers un suivi post EPP et celles non orientées. En revanche, le séjour à la maternité était significativement plus long pour les femmes orientées et leurs nouveau-nés étaient plus fréquemment hospitalisés à la naissance pour surveillance d'un traitement maternel psychiatrique ou un RCIU/prématurité. Ce constat peut être expliqué par l'influence de plusieurs facteurs comme les traitements psychiatriques [31], la consommation de toxiques [32] ou une pathologie psychiatrique non équilibrée lors de la grossesse [33].

Enfin, les femmes ayant eu un suivi post EPP ont plus fréquemment bénéficié d'une prise en charge par la PMI pour leur retour au domicile que les femmes non suivies. Ces résultats

accentuent le rôle social de l'EPP qui, en favorisant la mise en évidence de facteurs de fragilité chez les parturientes permet d'organiser un soutien renforcé lors du post partum immédiat et du retour au domicile.

Forces et limites

La principale force de notre étude est son effectif relativement important et représentatif de la population des femmes bénéficiant d'un EPP. Ensuite, l'analyse des sujets abordés lors de l'EPP au travers des catégories créées sur la base de mots ou idées clés a permis une approche plus objective et systématique. Les principales limites à cette étude sont inhérentes au schéma utilisé à savoir une étude rétrospective monocentrique. En effet, l'interprétation des données présentées ici doit être prudente car elles sont probablement influencées par un effet centre avec une organisation du réseau périnatal spécifique au CHU de Montpellier. De plus, cette interprétation doit également rester prudente car elle est basée sur une analyse univariée donc non stratifiée. En effet, une analyse multivariée de ces résultats permettrait une interprétation plus précise. Un biais de sélection peut exister du fait des modalités d'inclusion (cotation d'acte), certains entretiens cotés comme tels peuvent en effet ne pas correspondre à un EPP. Il existe probablement aussi un biais d'information lié au mode rétrospectif de l'analyse. De plus, des données manquantes ont pu influencer l'interprétation des résultats obtenus. Enfin, notre étude centrée sur l'accouchement et le postpartum immédiat, ne prend pas en compte l'impact éventuel à plus long terme de l'EPP.

Conclusion

Cette étude a permis un état des lieux de la pratique de l'EPP dans un établissement de santé publique. Même s'il reste peu utilisé à l'heure actuelle, l'EPP apparaît comme un outil de dépistage pertinent des fragilités psychiques au cours de la grossesse permettant la mise en place précoce d'un réseau personnalisé de soins coordonnés et de soutien pour les couples. La prochaine enquête de périnatalité conduite par l'INSERM et la Drees prévue en Mars 2021 permettra de faire le point sur l'avancement de cette pratique au niveau national. Devant l'intérêt évident de cet entretien, l'inclure dans le suivi de la grossesse en le rendant obligatoire paraît raisonnable. Cependant, sa faible utilisation actuelle peut refléter des difficultés dans son utilisation qu'il est nécessaire d'identifier puis traiter afin de favoriser sa généralisation. Par ailleurs, cet entretien semble encore peu connu par les femmes enceintes sûrement par un manque d'information de la part des professionnels qui les accompagnent. Il semblerait intéressant de réaliser une enquête sur cet entretien auprès des parents en ayant bénéficié mais également auprès des professionnels de santé le réalisant afin d'évaluer cet outil sous des angles complémentaires et en améliorer ainsi la pratique.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

Bibliographie :

- [1] Isserlis C, Sutter-Dallay AL, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal NMC (2008) Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. Érès, Toulouse.
- [2] Cohen LS, Nonacs, RM (2005) Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review of psychiatry. Volume:24.
- [3] Bennett HA, Einarson A, Taddio A et al (2004) Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstetrics and Gynecology. Volume:103 p698-709.
- [4] Rubertsson, C, Hellström, J, Cross M, Sydsjö G (2004) Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. Arch Womens Ment Health. Volume:17 p221-228.
- [5] O'Hara MW, Wisner KL (2014) Perinatal mental illness: definition, description and etiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Volume:28 p3-12.
- [6] Stein A, Pearson RM, Goodman SH et al (2014) Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet. Volume:384 p1800-1819.
- [7] Paschetta E, Berrisford G, Coccia F et al (2014) Perinatal psychiatric disorders: an overview. Am J Obstet Gynecol. Volume:210 p501-509.
- [8] Bréart G, Puech F, Rozé J (2004) Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- [9] Roegiers L, Molénat F (2011) Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ? Ed Érès, Toulouse.
- [10] L'assurance maladie (2021) Devenir parents. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>.
- [11] Haute Autorité de Santé (2005) Préparation à la naissance et à la parentalité : recommandations professionnelles. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
- [12] Chanal C, Toubin RM, Mazurier E, Boulot P (2014) Grossesse et addictions : mettre en place un réseau de soins personnalisés à partir d'un accueil en maternité. Périmat 6 : 168-171.
- [13] Réseau périnatalité Occitanie. <https://www.perinatalite-occitanie.fr>
- [14] INSERM et Drees (2017) Enquête Nationale Périnatale rapport 2016 Les naissances et les établissements situation et évolution depuis 2010. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf.
- [15] Code de la santé publique. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 : Examen des articles. Article L2122-1. <http://www.senat.fr/rap/119-104-2/119-104-29.html>

- [16] CHU Montpellier. Chiffres clés 2019. https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Pages/A-propos-du-CHU/Decouvrir/Chiffres_cles/ChiffresCles2019.pdf
- [17] Gilibert A (2013) Evaluation de l'entretien prénatal précoce auprès de 373 femmes en suite de couches
Mémoire de sage-femme. Université de Montpellier.
- [18] Branger B (2015) Prévalence et caractéristiques de l'EPP : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité. Bull Epidemiol Hebd .
- [19] Barrat A (2017) Etat des lieux de l'entretien prénatal précoce auprès des femmes venant d'accoucher, region Auvergne. Mémoire de sage-femme. Université Clermont Auvergne.
- [20] Sandall J, Soltani H, Gates S et al (2015) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev.
- [21] Bréart G, Puech F, Rozé J. Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale.
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000572.pdf>
- [22] Molénat F, Toubin RM, Panagiotou D (2017) Grossesse et prévention. Contraste 46 : 13-38.
- [23] Haute Autorité de Santé (2005) Comment mieux informer les femmes enceintes ? https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
- [24] Toubin RM, Chanal C, Donadille MF, Sergi A (??) La première consultation pédopsychiatrique en périnatalité : un canevas rigoureux comme socle de continuité environnementale pour le bébé. ???
- [25] Nezelof S, Ropers G, Duquet A (2006) Soins psychiques en périnatalité. Qui demande quoi ? À qui ? Et pourquoi ? Enfances et Psy. Volume:30 p20-28.
- [26] Toubin RM, Jacquot A, Boulot P (2019) Posturage du nouveau-né et pratiques innovantes autour de la naissance : un défi collectif pour le développement précoce. Périnat 11 : 14-25
- [27] Zhao X-H, Zhang Z-H (2020) Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. Asian journal of Psychiatry. Volume:53.
- [28] Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S et al (2000) Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. JAMA.
- [29] Chen SL, Chang SM, Kuo PL, Chen CH (2020) Stress, anxiety and depression perceived by couples with recurrent miscarriage. Int J Nurs Pract.
- [30] Toubin RM, Clutier-Seguin J (2016) Deuil en maternité. Coll prévention en maternité. Ed Erès, Toulouse.
- [31] Pearlstein T (2013) Use of psychotropic medication during pregnancy and the postpartum period. Womens Health.

- [32] Lamy S, Laqueille X, Thibaut F (2015) Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant : revue de littérature. *Encephale*. Volume :41 p13-20.
- [33] Pearlstein T (2015) Depression during Pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Volume:29 p754-764.

Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population

POPULATION n=411						
	Moyenne	Ecart -type	Nombre de données renseignées	Pourcentage sur données renseignées	Nombre de données non renseignées	Pourcentage sur population totale
Socio-Démographique						
Age (années)	32	5,3				
Couple			354	98%	49	12%
Emploi			276	82%	73	18%
Gestité						
G1			139	34%		
G2			138	34%		
G3			72	17%		
G4			34	8%		
G>4			28	7%		
Parité						
P0			228	56%		
P1			133	32%		
P>1			50	12%		
FIV						
			18	4%		
Antécédents						
Gynéco-obstétricaux			222	54%		
Psychiatriques			63	15%		
Suivi actuel						
Psychiatrique			23	5%		
Psychologique			9	2%		
Les deux			3	1%		
Toxiques						
Tabac			48	12%		
Autres			18	4%		
Accouchement						
Terme (SA+J)	39+6	1,4			26	6%
Voie :					26	6%
AVBNi			281	73%		
AVBi			38	10%		
Césarienne programmée			21	5%		
Césarienne en urgence			45	12%		
Sexe :					27	6%
Fille			190	49%		
Garçon			194	51%		
Poids naissance (gramme)	3295	455				
Complications post partum immédiat						
Mère			35	8%		
Bébé			36	9%		
Durée séjour maternité (jours)						
	5,6	2,5				
Suivi au retour à domicile						
					26	6%
Sage-femme			385	100%		
PMI			110	29%		
Aide-ménagère/TISF			10	3%		

Tableau 2 : Analyse univariée des facteurs associés à une orientation vers un suivi post EPP

	Orientation n=86				Pas d'orientation n=325				
	Nombre	%	moy	é	Nombre	%	moyenne	é	p
Age (années)			32	5,7			31	5,1	0,1811
Gestité et parité									
G1P0	25	29%			114	35%			0,295
G2P0	11	13%			40	12%			0,9038
G>2P0	13	15%			25	8%			0,0346
G2P>0	12	14%			75	23%			0,0655
G>2P>0	25	29%			71	22%			0,1592
Antécédents									
Gynécologiques	14	16%			80	25%			0,1017
Obstétricaux	43	50%			122	38%			0,0360
Psychiatriques	39	45%			24	7%			3,620 E-18
Suivi psychiatrique actuel	29	34%			6	2%			4,624 E-21
Toxiques									
Tabac	21	24%			27	8%			3,523 E-5
Autres	10	12%			4	1%			4,898 E-5
Terme à l'EPP (SA+J)			26+2	7			31+0	6	1,015 E-7
Plaintes	71	83%			52	16%			4,222 E-33

Tableau 3 : Analyse univariée des répercussions du suivi post EPP sur l'accouchement et le post partum

	Orientation n=86				Pas d'orientation n=325				
	Nombre	%	moy	é	Nombre	%	moy	é	p
Terme (SA+J)			39+5	1,8			39+6	1,4	0,2549
Voie d'accouchement									
AVBI	8	9%			30	9%			0,9637
Césarienne en urgence	9	10%			36	11%			0,8716
Poids de naissance (gramme)			3204	527					0,06
Complications post partum									
Mère	8	9%			27	8%			0,7889
Bébé :	20	23%			16	5%			8,333 E-8
-IMF	1	1%			4	1%			1
-DRA	1	1%			7	2%			1
-RCIU/Prématurité	6	7%			2	1%			0,001
-Surveillance traitement maternel=									
*psychiatrique	8	7%			0	0%			2,814 E-6
*somatique	1	1%			1	0,3%			0,3751
-autres	3	3%			4	1%			0,1626
Durée séjour maternité (jours)			7	4,3			5	1,6	0,001
Organisation retour à domicile									
PMI	49	57%			61	19%			1,105 E-12
Aide-ménagère/TISF	7	8%			3	1%			0,0009

Serment d'Hippocrate

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Notre étude monocentrique et rétrospective porte sur le parcours de soins suite à l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), de 411 femmes enceintes incluses sur une année). Environ 21% ont bénéficié d'une orientation psychiatrique après l'EPP. Cette orientation était associée aux antécédents obstétricaux ou psychiatriques, au suivi psychiatrique, au tabagisme, à la prise de toxiques, à l'expression d'une plainte. Elle était associée pour la mère à une durée de séjour plus longue en maternité et un suivi plus fréquent par la PMI au retour à domicile et pour le bébé à une hospitalisation plus fréquente à la naissance. L'EPP constitue un outil de prévention des fragilités psychiques de la grossesse à condition qu'il soit étroitement relié à un travail de coordination des orientations dans les divers champs de l'anténatal et du post natal.

Mots-clés : Entretien Prénatal Précoce ; grossesse ; coordination ; fragilité psychique ; trouble du développement