



HAL
open science

Étude qualitative portant sur le dépistage et la prévention du risque de suicide maternel par les sages-femmes libérales d'Isère

Céline Celestri

► **To cite this version:**

Céline Celestri. Étude qualitative portant sur le dépistage et la prévention du risque de suicide maternel par les sages-femmes libérales d'Isère. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04187296

HAL Id: dumas-04187296

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04187296>

Submitted on 24 Aug 2023

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**ÉTUDE QUALITATIVE PORTANT SUR LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION
DU RISQUE DE SUICIDE MATERNEL PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES
D'ISÈRE**

**MÉMOIRE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Par Mme Céline CELESTRI

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 31/05/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

Mme Claudine MARTIN

Membres :

Mme le Dr Annie POIZAT (vice-présidente et directrice de mémoire)

Mme Delphine SAVOY (co-directrice de mémoire)

Mme Stéphanie WEISS

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ÉTUDE QUALITATIVE PORTANT SUR LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION DU RISQUE DE SUICIDE MATERNEL PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES D'ISÈRE

Résumé

L'objectif de cette étude était d'interroger des sages-femmes libérales afin de savoir de quelle manière elles se sentent concernées par le suicide maternel et de comprendre comment elles dépistent et préviennent ce risque. Nous avons aussi cherché à connaître les connaissances générales des sages-femmes libérales sur ce sujet.

Le recueil des données a été effectué par des entretiens individuels semi-directifs. Les sages-femmes incluses volontaires (n=8) avaient le sentiment d'avoir accompagné une patiente à risque de suicide maternel et travaillaient en libéral dans le département de l'Isère.

Les résultats ont montré que les sages-femmes libérales sont sensibles à la santé mentale des femmes en période périnatale et qu'elles ont les capacités de dépister et de prévenir le risque de suicide maternel. Cependant, elles ignorent l'existence des outils mis à leur disposition ou les utilisent peu. De plus, les connaissances générales des sages-femmes libérales sur le suicide maternel en France semblent limitées.

En conclusion, les données de notre étude sont concordantes avec la littérature et montrent l'importance des projets de santé nationaux. Le dépistage et la prévention du suicide maternel sont une priorité de santé publique et cela passe par la sensibilisation et la formation de tous les professionnels de santé dont les sages-femmes font partie.

Mots Clefs

Suicide maternel – Risque suicidaire – Périnatalité – Dépistage – Prévention – Sage-femme libéral

QUALITATIVE STUDY ON THE SCREENING AND PREVENTION OF MATERNAL SUICIDE BY LIBERAL MIDWIVES IN ISERE

Abstract

First of all, the aim of this study was to interview liberal midwives in order to find out how they feel concerned by maternal suicide and to understand how they identify and prevent this risk. We also sought to know the general knowledge of liberal midwives on this subject.

Data collection was through individual semi-structured interviews. The volunteer midwives interviewed (n=8) had been selected because they already had the feeling to manage a patient with maternal suicide risk and these midwives are working in private practice in Isère.

Finally, the results showed that liberal midwives are sensitive to the mental health of women in the perinatal period and the fact that they have skills to prevent and detect maternal suicide risk. However, we also learn that most of them don't know all the tools they can use. Moreover, the general knowledge of liberal midwives on maternal suicide in France seems to be limited.

To conclude, the data of our study are consistent with the literature and highlight the importance of national health projects. Prevention and screening of maternal suicide are a public health priority and this require awareness and training of all professionals health, including midwives.

Keywords

Maternal suicide – Suicide risk – Perinatal – Screening – Prevention – Liberal midwife

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- Mme Claudine Martin, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA
- Mme le Docteur Annie Poizat, Psychiatre, Praticien Hospitalier, Responsable d'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal, CHUGA
- Mme Delphine SAVOY, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA
- Mme Stéphanie WEISS, Sage-Femme Libérale, Saint-Martin-d'Uriage

Je remercie plus particulièrement :

Madame le Docteur Annie POIZAT, Directrice de ce mémoire,

Pour votre douceur, votre réactivité et votre confiance. Pour votre investissement durant votre carrière dans l'accompagnement des femmes, des couples, dans l'un des rôles le plus important de leur vie ;

Madame Delphine SAVOY, Co-directrice de ce mémoire,

Pour votre gentillesse et votre bienveillance, votre disponibilité et vos conseils, mais surtout pour la motivation que vous avez su m'apporter dans la réalisation de ce travail ;

Madame Claire BAUDON, Sage-femme Enseignante Référente de promotion,

Pour son accompagnement au cours de ces quatre années d'étude ;

L'ensemble des sages-femmes rencontrées durant mes études,

Pour l'amour de notre métier, la transmission de votre savoir-faire et de votre savoir-être ;

L'ensemble des sages-femmes libérales interrogées,

Pour le temps accordé, l'enthousiasme et la richesse du partage de vos expériences ;

Je remercie plus personnellement :

Mes parents, ma sœur, ma nièce Emma et mes grands-parents,

Merci de m'avoir donné des racines et des ailes. Vous êtes mes essentiels, la force sans laquelle je ne suis rien. Je ne saurai jamais vous remercier autant pour tout l'amour que vous m'apportez ;

Papi,

Pour toute la force, le courage et la persévérance que tu m'envoies quand je ne crois plus en moi. Merci d'être la lumière qui guide mes pas ;

Alexandre,

Pour la joie, la confiance, la paix et l'amour. Merci d'être le soleil de mes jours, l'étoile de mes nuits et l'horizon de ma vie ;

Yaëlle, Picq, Agathe, Raphaël, Dorian, ainsi que mes amies de promotion, Charline, Auriane, Juliette, Maëva, Valentine, Aurélie, Virginie, Garance, Lucie et Elisa,

Pour l'amitié sincère qui nous lie et pour votre soutien sans faille durant ces années ;

Priscillia et Clara et ses parents,

Pour l'accueil que vous m'avez donné durant la réalisation de mes stages. Merci d'avoir fait de votre chez vous, un chez moi.

*« Le suicide n'est pas affaire de courage. C'est juste une impérieuse envie de paix. Une envie qui domine
tout le reste. »*

Andrea H.Japp, Une ombre plus pâle, 2009 (1)

« Le suicide n'est rien d'autre que quelques secondes d'une fatigue trop lourde. »

Philippe Besson, Un instant d'abandon, 2005 (2)

Table des matières

Abréviations.....	1
I. Introduction.....	2
II. Méthodes	5
1. Type d'étude.....	5
2. Population d'étude.....	5
a. Critère d'inclusion.....	5
b. Critères d'exclusion	5
3. Modalités de sélection et recueil des données	6
4. Analyse des données	7
III. Résultats et Discussion	9
1. Caractéristiques de la population.....	9
2. Des sages-femmes libérales actrices du dépistage du risque de suicide maternel	11
a. Des outils de dépistage.....	11
b. Des histoires parfois similaires	14
c. Un accompagnement parfois difficile.....	19
3. Les signes ayant alerté les sages-femmes libérales.....	22
a. L'expression verbale de la souffrance psychologique des patientes	22
b. L'expression physique de la souffrance psychologique des patientes.....	23
c. Un changement de comportement chez les patientes	24
4. Des sages-femmes libérales qui agissent pour prévenir le passage à l'acte	28
a. Des outils de prévention.....	28
b. Les actions menées par les sages-femmes libérales pour aider les patientes	29
c. L'existence de facteurs protecteurs	33
5. Le suicide maternel n'est pas un tabou : mettons-le en lumière.....	35
a. Des accompagnements qui sensibilisent les sages-femmes libérales.....	35
b. Des sages-femmes libérales en quête d'informations	36
c. Les connaissances générales des sages-femmes libérales sur le suicide maternel en France.....	40
6. Forces et faiblesses.....	42
IV. Conclusion	44
V. Références bibliographiques	47
Annexe 1 : grille d'entretien : Prévention et dépistage du risque de suicide maternel par les sages-femmes de l'Isère	50
Annexe 2 : Modèle cubique d'Edwin S.Shneidman	54

Annexe 3 : Échelle EPDS destinée aux professionnelles de santé par le RPAI	55
Annexe 4 : Support destiné aux professionnels pour mener l'EPP par le RPAI.....	57
Annexe 5 : Protocole de prise en charge psychiatrique et/ou psychologique en anténatal par le RPAI.....	58
Annexe 6 : Protocole de prise en charge psychiatrique et/ou psychologique en postnatal par le RPAI	59

Abréviations

ENCMM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFL : Sage(s)-Femme(s) Libérale(s)

EPP : Entretien Prénatal Précoce

EPNP : Entretien PostNatal Précoce

TS : Tentative de Suicide

AMP : Aide Médicale à la Procréation

CSP : Code de la Santé Publique

DPP : Dépression du Post-Partum

EPDS : Edinburgh Postpartum Depression Scale

DSM-V-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^{ème} édition, Texte Révisé

MAC : Médecine Alternative et Complémentaire

UTAP : Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble-Alpes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

CMP : Centre médico-psychologique

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

ASSTriade : Accueil Soins Séquentiels pour la Triade

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

RPAI : Réseau Périnatal Alpes-Isère

ARS : Agence Régionale de la Santé

I. Introduction

La période périnatale est marquée par de profonds remaniements physiques mais aussi psychiques chez les femmes. Dès l'Antiquité, la vulnérabilité de la femme pendant la grossesse est évoquée. En 1961, Paul-Claude Racamier, psychiatre et psychanalyste français, élabore le concept de « maternité » qu'il définit comme « *l'ensemble des processus psychologiques qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité* » (3). Ainsi, il souligne les mouvements et remaniements psychiques inhérents à la maternité qui peuvent être à l'origine d'une souffrance psychologique. Le rapport de la commission des 1000 premiers jours a estimé qu'en France, plus de 100 000 femmes sont en grande détresse lors de l'année qui suit la naissance de leur enfant, et seulement la moitié d'entre elles trouvent à qui s'adresser (4). De plus, sur plus de 800 000 naissances chaque année, environ 30% des mères méritent une attention particulière en raison d'une fragilisation plus ou moins grande liée à l'état de grossesse ou à l'accouchement (4). Ceci en fait un enjeu de santé publique majeur, et la principale complication de la grossesse, avec des conséquences qui peuvent être sévères tel que le suicide pour la femme.

La mortalité maternelle, malgré sa rareté dans les pays riches, reste un indicateur fondamental de la santé maternelle et donc un indicateur de la performance du système de soin. D'après le sixième rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), pour la période 2013-2015 publié par l'Inserm et Santé Publique France en 2021, le suicide est devenu l'une des deux premières causes de mortalité maternelle (5).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le suicide maternel comme les suicides survenus chez les femmes pendant la grossesse et dans l'année qui suit l'accouchement (6).

Trente-cinq suicides ont été recensés sur le triennium, environ 1 par mois, soit 13,4 % des morts maternelles (5). Ces chiffres, probablement sous-estimés, ont permis de rappeler que la santé des femmes enceintes ou récemment accouchées ne se limite pas seulement à la sphère obstétricale ou physique.

Il est montré que 91,3 % de ces suicides ont été considérés comme évitables. Les facteurs d'évitabilité identifiés pour cette cause de décès par l'ENCMM, ont souligné l'importance de la prévention et des parcours de soins pluridisciplinaires coordonnés impliquant les soins primaires. Le rapport de la commission des 1000 premiers jours encourage les patientes à faire le choix d'un « référent parcours » qui pourra réaliser le suivi de la grossesse, le lien avec les différents professionnels et qui pourra représenter une ressource en cas de difficultés comme dans le cas d'une souffrance psychologique périnatale. Les sages-femmes libérales sont mises à l'honneur du fait de leur rôle central en matière de périnatalité : « *Cette fonction de référent parcours pourrait être préférentiellement occupée par les sages-femmes en ville* » (4). Les sages-femmes libérales se trouvent donc en première ligne pour dépister et prévenir les facteurs de risque et de vulnérabilité psychosociale pouvant mener au suicide maternel.

Cependant, le risque de suicide dans l'année qui suit l'accouchement est encore largement méconnu en France, donc peu dépisté et prévenu. Il est nécessaire de sensibiliser et de former sur ce sujet tous les professionnels engagés autour de la grossesse et du post-partum ainsi que les familles.

C'est pourquoi le but de ce mémoire était de savoir si les sages-femmes libérales se sentent concernées par le dépistage et la prévention du suicide maternel. En effet, même chez les

professionnels sensibilisés sur ce sujet, on a observé un décalage entre la perception qu'ils ont des évènements et la réalité.

L'objectif principal de cette étude était donc de savoir si les sages-femmes libérales dépistent et préviennent le risque de suicide maternel.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de comprendre quelles actions mènent les sages-femmes libérales face à une patiente présentant un risque de suicide maternel, et de montrer leurs connaissances générales sur ce sujet.

II. Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, descriptive, monocentrique avec entretiens semi-directifs auprès d'une population de sages-femmes libérales d'Isère. Les entretiens ont été réalisés de mars 2022 à novembre 2022. L'étude a donc duré au total neuf mois.

2. Population d'étude

La population concernée était constituée de sages-femmes exerçant en libéral et ayant leur cabinet dans le département de l'Isère.

a. Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion était d'être une sage-femme libérale en activité dans un cabinet médical localisé en Isère.

b. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Être sage-femme en activité avec un autre mode d'exercice que le libéral.
- Avoir son lieu d'exercice situé hors de la frontière Iséroise.
- Être sage-femme libérale en Isère et ne pas avoir le sentiment d'avoir accompagné une patiente à risque de suicide maternel.
- Ne pas souhaiter participer à l'étude.

3. Modalités de sélection et recueil des données

Les sages-femmes libérales ont été contactées directement après obtention de leurs coordonnées dans l'annuaire des sages-femmes libérales d'Isère disponible sur le site internet de l'ordre des sages-femmes. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été respectés et nous avons choisi des profils de sages-femmes différents en termes d'âge, de nombre d'année d'exercice en libéral et de localisation du cabinet en zone urbaine ou rurale. Si un cabinet était constitué de plusieurs sages-femmes et qu'une d'entre elles avait participé à l'étude cela n'excluait pas les autres. Un premier contact par téléphone a été établi avec les sages-femmes libérales afin de présenter l'étude, de sélectionner celles qui se sentaient concernées par le suicide maternel et de convenir d'une date d'entretien et du moyen de réalisation (rendez-vous au cabinet, par téléphone, par visioconférence).

En cas d'absence de réponse à cet appel, un message vocal et un SMS ont été laissés puis la sage-femme a été recontactée à une semaine d'intervalle. Après ces contacts sans réponse, nous avons considéré que la sage-femme ne souhaitait pas participer. Elle a donc été exclue de l'étude.

Nous précisons que nous avons fait le choix de demander d'emblée aux sages-femmes si elles avaient déjà accompagné une patiente à risque de suicide maternel afin d'éviter toute confusion et ne pas traiter de dépression du post-partum dans les entretiens mais bien de suicide maternel. Lorsqu'une sage-femme a exprimé ne pas avoir le sentiment d'avoir accompagné une patiente à risque de suicide maternel mais plus de dépression, l'entretien ne lui a pas été proposé et elle a été exclue de l'étude. Le suicide maternel et la dépression du post-partum sont deux phénomènes distincts et le choix de sujet d'étude portait sur le suicide maternel.

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'entretiens individuels, au moyen d'une grille d'entretien semi-directive. L'entretien commençait par un rappel de l'étude, le recueil du consentement oral ainsi qu'une brève présentation de la sage-femme (âge, nombre d'année d'exercice en libéral, localisation du cabinet) avant d'aborder trois grands thèmes (Annexe 1 : grille d'entretien) :

- La découverte d'une situation à risque de suicide maternel
- Les actions menées par la sage-femme libérale face à une patiente à risque de suicide maternel
- Les connaissances générales de la sage-femme libérale sur le suicide maternel en France

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des sages-femmes et retranscrits intégralement par écrit en conservant l'anonymat. Les données seront détruites après soutenance de ce travail.

4. Analyse des données

Le traitement des données a débuté dans un premier temps par la transcription écrite de chaque entretien préalablement enregistré. Dans un second temps, des analyses verticales puis horizontales des entretiens ont été réalisées. Différents thèmes de réflexions décrits par les sages-femmes libérales interviewées ont émergé et ont été organisés afin de construire un plan d'analyse.

Afin de garantir le maximum d'objectivité à notre étude, la triangulation a été réalisée lors de l'analyse des données qui a été menée par moi-même et par une sage-femme hospitalière extérieure à ce travail de recherche.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire qu'au bout de trois entretiens avec moins de cinq nouveaux thèmes les entretiens ont été arrêtés.

Pour analyser les résultats nous avons utilisé la théorie psychologique d'Edwin S. Shneidman (1918-2009), psychologue clinicien et père de la suicidologie. Selon lui, le suicide est une tragédie qui se joue dans l'esprit d'un individu. Le suicide est causé par le psymal (psychache) qui est une souffrance psychologique. « *Le psymal est la douleur, l'angoisse, le regret, la souffrance, la misère qui nous torturent l'esprit. C'est la souffrance intensément ressentie de la solitude, de la perte, de la tristesse, de la terreur, de vieillir ou de mal mourir [...]* » (7).

Le psymal est en fait la prise de conscience des émotions douloureuses et la perception selon laquelle la souffrance est :

- Intolérable.
- Insupportable.
- Inacceptable.

D'après Shneidman, la souffrance psychologique est créée par la frustration des besoins psychologiques (pression) jugés comme primordiaux aux yeux de la personne. Lorsque l'individu est dans un état élevé de perturbation et de souffrance l'idée du suicide devient une option. Il voit le suicide comme un moyen d'échapper à la souffrance, comme une manière de résoudre un problème. Le but du suicide est alors de cesser de ressentir des émotions trop fortes et des pensées douloureuses.

Shneidman résume sa théorie à l'aide d'un modèle cubique ou tridimensionnel (Annexe 2 : modèle cubique de Shneidman) qui prédit ou explique les différentes composantes des conduites suicidaires.

III. Résultats et Discussion

1. Caractéristiques de la population

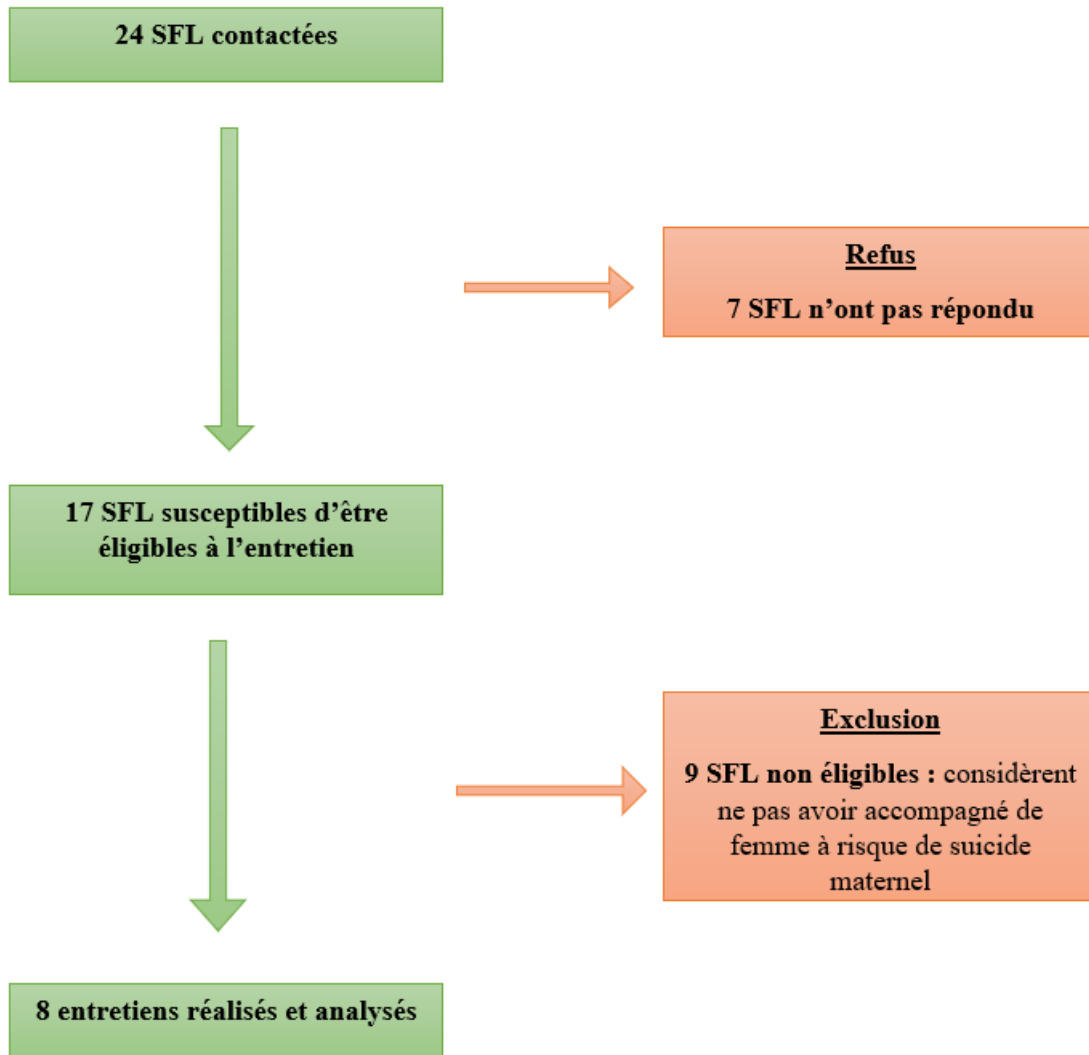


Figure 1 : Schéma de l'étude

	Age	Nombre d'année d'exercice en libéral	Zone géographique	Nombre de nouveaux thèmes
SFL1	27 ans	3 ans	Urbaine	9
SFL2	56 ans	20 ans	Rurale	4
SFL3	31 ans	6 ans	Urbaine	8
SFL4	45 ans	10 ans	Rurale	5
SFL5	40 ans	6 mois	Rurale	10
SFL6	49 ans	14 ans	Urbaine	4
SFL7	61 ans	11 ans	Urbaine	0
SFL8	36 ans	7 ans	Urbaine	2

Figure 2 : Tableau des caractéristiques de la population

Les entretiens ont été réalisés en présentiel (n = 4) ou par téléphone (n = 4) suivant le choix des sages-femmes. Ils ont duré en moyenne 32 minutes (15 minutes pour le plus court et 48 minutes pour le plus lon

2. Des sages-femmes libérales actrices du dépistage du risque de suicide maternel

a. Des outils de dépistage

Les entretiens ont révélé que les sages-femmes libérales accordent une importance particulière au repérage de facteurs de vulnérabilité psychosociaux. Pour la plupart des sages-femmes libérales interrogées, cela commence au travers d'un **interrogatoire minutieux** lors de la rencontre avec les patientes et souvent grâce à **l'entretien prénatal précoce (EPP)** comme nous le confie la SFL5 « *l'interrogatoire des antécédents et l'entretien prénatal précoce nous permet de mieux connaître les patientes et leurs vulnérabilités et donc de dépister des facteurs de risque.* » En effet, il existe depuis 2006 une possibilité pour les femmes enceintes de bénéficier d'un espace de parole et de liberté seule ou en couple : c'est l'entretien prénatal précoce pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais. Depuis 2020, l'EPP est devenu obligatoire car trop peu réalisé auparavant (8). Les sages-femmes interrogées sont unanimes pour dire que l'EPP est un moment privilégié qui permet aux couples d'exprimer leurs angoisses liées à leur parentalité et de dépister des vulnérabilités.

Pour la SFL2 il est aussi important de prendre le temps de **demander réellement aux patientes comment elles vont** lors de chaque consultation « *Quand une patiente entre dans mon cabinet et que je lui demande comment elle va, si elle me répond « oui » je vais toujours creuser. Je lui demande si elle se sent bien physiquement et psychologiquement, si ça se passe bien avec son conjoint, au travail etc...* ». De même pour la SFL1 « *le « Bonjour, installez-vous, comment allez-vous ? » ne doit pas être seulement une formule de politesse.* » Cela souligne le fait qu'une femme enceinte n'est pas seulement un ventre rond et qu'il faut prendre en charge les patientes dans leur globalité. Les femmes enceintes méritent une prise en charge physique

mais aussi psychique. Cette notion est bien exprimée par la SFL5 « *C'est clair que l'examen clinique obstétrical de suivi de grossesse peut être réalisé en cinq minutes. Ensuite le reste de la consultation c'est un échange avec le couple sur leurs angoisses, leurs attentes, leurs besoins. C'est pour ça que j'ai décidé de réserver un créneau d'une heure pour toutes les consultations. Pour laisser la place à la parole des femmes.* » Mais en général chez la plupart des sages-femmes libérales une consultation dure en moyenne trente minutes. Cependant elles réalisent l'EPP qui correspond à 45 minutes voir 1 heure de discussion sans examen clinique. Nous pouvons nous demander s'il n'est pas préférable d'augmenter la durée de chaque consultation afin que l'interrogatoire de la femme enceinte sur sa santé mentale puisse être renouvelé régulièrement tout au long du suivi prénatal et en post-partum comme le suggère le dernier rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) (5). En effet, pour que cela puisse être réalisé les patientes méritent d'avoir un temps de consultation plus long.

Le dépistage de facteurs de risque de suicide maternel ne doit pas se limiter à la période anténatale. En effet, la période du post-partum est la période la plus à risque d'après le dernier rapport de l'ENCMM (5). Trois sages-femmes libérales ont parlé de ***l'Entretien Postnatal Précoce (EPNP)*** qui est obligatoire depuis juillet 2022. Cet entretien entre dans le cadre du programme « les 1000 premiers jours ». Leurs propos soulignent le but de cet entretien comme le dit la SFL2 « *Bientôt il y aura l'EPNP qu'on devra obligatoirement proposer aux patientes entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine du post-partum pour justement dépister une éventuelle souffrance psychologique.* » Ainsi que la SFL1 « *Il y aura aussi l'EPNP et les séances postnatales qui pourront nous permettre de rester en lien avec les patientes pendant cette période à risque.* » Une remarque intéressante au sujet de cet entretien postnatal précoce nous a été faite par la SFL5 « *Je pense que l'EPNP est une bonne chose mais on est plusieurs*

collègues libérales à dire que la période pendant laquelle on doit le réaliser n'est pas très adaptée. Entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine du post-partum c'est pile au moment où les patientes recommencent à revoir des professionnels de santé. Le pédiatre à 1 mois. La visite postnatale vers la 6^{ème} semaine. Ensuite on commence la rééducation du périnée. Alors qu'il y a un creux dans la prise en charge entre la fin de la 1^{ère} et la 4^{ème} semaine après la naissance. C'est à cette période que les femmes peuvent se sentir seules et pourtant elles ne voient aucun professionnel de santé. »

La rééducation du périnée comme outil de dépistage du risque de suicide maternel est revenue au cours de trois entretiens. En effet, elle débute en général à partir de la 8^{ème} semaine après l'accouchement et les séances peuvent s'étaler sur deux mois. D'après le rapport de l'ENCMM de 2013-2015 le délai médian de survenue des suicides en post-partum était de 126 jours, soit vers le quatrième mois après l'accouchement (5). Nous remarquons donc que la rééducation du périnée se fait entre le 2^{ème} et 4^{ème} mois du post-partum, soit pendant la période qui précède le passage à l'acte, cela en fait donc une période favorable au dépistage et à la prévention. D'après la SFL4 « *Les séances de rééducation du périnée c'est très important parce qu'on voit les femmes dans une période où elles sont à risque de décompensation et on les voit pendant plusieurs semaines donc on a le temps de voir une dégradation psychologique et d'agir. J'évalue leur état psychologique au fur et à mesure des séances* ». Notion que partage la SFL2 « *On ne se contente pas seulement de rééduquer le périnée. Je leur pose clairement la question pour savoir comment elles se sentent et comment ça se passe avec leur bébé et leur conjoint à la maison puis je le note dans leur dossier. La rééducation du périnée nous permet de voir les patientes sur une longue période et c'est souvent la période pendant laquelle il arrive le plus de dépressions et de suicide* ».

Pour plusieurs sages-femmes libérales leur **maturité personnelle** et leur **expérience professionnelle** leur permet de dépister les patientes vulnérables avec plus de facilité. « *Je pense que la maturité aide quand même à évaluer l'état psychologique d'une patiente* » (SFL4). « *Je pense que du fait de mon âge, j'ai une grande expérience, j'ai rencontré beaucoup de patientes qui allaient mal et du coup je sais différencier celles qui ont besoin d'une attention particulière car plus à risque* » (SFL7). Une étude économique américaine publiée en 2014 a révélé que des infirmières ayant de l'ancienneté et des compétences avérées, proposent des soins de meilleure qualité et permettent de réduire la durée moyenne de séjour des patients (9). Nous pouvons donc supposer qu'il en est de même pour les sages-femmes et que l'ancienneté joue un rôle dans le dépistage et la prévention des vulnérabilités psychologiques. Cependant, les entretiens réalisés avec de jeunes sages-femmes libérales ont révélé que l'expérience professionnelle est un plus mais n'est pas indispensable pour dépister les patientes à risque ou qui présentent une souffrance psychologique.

b. Des histoires parfois similaires

Après avoir découvert comment les sages-femmes libérales dépistent le risque de suicide maternel, les entretiens nous ont permis de connaître les profils des patientes présentant ce risque. Nous nous sommes rendu compte qu'il n'y a pas de profil type. Toutefois, nous avons remarqué certaines similitudes dans les histoires que les sages-femmes nous ont racontées. La notion du **jeune âge** des patientes est souvent ressorti, avec une moyenne d'âge à 28 ans, la plus jeune avait 18 ans et la plus âgée 38 ans. Cela semble logique puisque ça correspond approximativement à la période de fertilité féminine.

Bien que d'après le rapport de l'ENCMM paru en 2021, la période du post-partum est la plus à risque de suicide maternel, cinq des sages-femmes libérales interrogées ont été confrontées

à des risques de passage à l'acte ***pendant la grossesse***. En effet, nous savons que la grossesse est un moment de fragilité émotionnelle. C'est une phase de transition et certaines femmes vont traverser une sorte de crise qui les fera passer d'un état d'équilibre à un autre. Suivant la personnalité, ses ressources et l'existence de facteurs de risque et de vulnérabilité la crise sera plus ou moins bien vécue. Cinq sages-femmes libérales ont dépisté un risque de suicide maternel en ***post-partum***.

Les entretiens réalisés ont permis de faire émerger plusieurs facteurs de vulnérabilité qui représentent aux yeux des sages-femmes libérales interrogées des facteurs de risque de suicide maternel. Ce sont ces facteurs de risque qu'elles recherchent pour dépister un risque de suicide maternel. Nous les avons présentés dans le tableau suivant. Nous remarquons que ces facteurs de risque sont aussi notifiés comme facteurs de risque de suicide maternel dans le dernier rapport de l'ENCMM (5).

<p style="text-align: center;">Vulnérabilités socio-économiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement - Absence de logement (mise à la porte par conjoint) - Précarité financière - Étrangère - ATCD de placement dans l'enfance
<p style="text-align: center;">Vulnérabilités psychologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies connues - ATCD de dépression, de TS - Troubles du comportement alimentaire - Rupture avec le conjoint pendant la grossesse - Vécu traumatique de l'accouchement
<p style="text-align: center;">Violences</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sexuelles - Physiques - Familiales ou conjugales - Actuelles ou passées

Figure 3 : Tableau des vulnérabilités retrouvées par les sages-femmes libérales chez les patientes à risque de suicide maternel

Les sages-femmes libérales ont cité d'autres facteurs de risque pouvant entraîner un épuisement capable d'amener les femmes à commettre l'irréparable. Notamment la **multiparité**, les **grossesses rapprochées** et **le manque de sommeil** comme nous le confie la SFL6 « Elle était épuisée, à bout de force. Depuis la naissance elle ne dormait plus car elle s'occupait nuit et jour de bébé et elle devait aussi gérer ses aînés en bas âge. Le manque de sommeil peut être un point de départ. » Les chercheurs du National Epidemologic Survey on

Alcohol and Related Conditions (NESARC) ont publié en 2020 une enquête prospective qui montre que toutes les plaintes liées au sommeil sont associées de manière indépendante à un risque accru de tentative de suicide (10). D'après le professeur P-A Geoffroy, un des auteurs de cette étude, *« l'évaluation des symptômes du sommeil pourrait aider à mieux identifier les individus présentant un risque élevé de suicide et pourrait constituer une cible thérapeutique [...] et faire ainsi progresser les stratégies de prévention du suicide. »* (11).

D'après la SFL6 *« De façon général je pense que tous les évènements difficiles liés à l'enfance et à l'adolescence sont des facteurs de risque d'une souffrance psychologique pendant la grossesse et le post-partum qui pourra entrainer des idées suicidaires. »* La SFL2 souligne le fait que *« J'ai remarqué que le décès d'un parent crée une grande vulnérabilité par manque de repère et leur douleur liée à la perte refait surface dans la période périnatale. »* Cette sage-femme nous raconte aussi que *« J'ai eu une patiente il y a quelques années qui avait été abusée sexuellement par son frère et elle me l'avait partagé pour la première fois, seulement à moi, pendant sa grossesse. Je pense que ça l'avait soulagée mais ça avait aussi ouvert une blessure. Elle avait une grande inquiétude du fait qu'elle attendait une petite fille, que c'était son premier enfant et qu'elle aussi c'était l'ainée de sa famille. »* Ces témoignages font écho aux propos de Monique Bydlowski, psychiatre, psychanalyste et directeur de recherche honoraire à l'Inserm. Elle décrit la grossesse comme une période de *« transparence psychique »*, c'est-à-dire que la grossesse est *« le moment d'un état psychique particulier [...] où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience »* (12). L'état de grossesse peut réveiller des angoisses anciennes refoulées, faire ressurgir des vécus ou des ressentis de soi-même enfant, raviver des blessures, ranimer des carences pouvant être source de souffrance psychologique. D'après les professionnels de la santé mentale, cette *« transparence*

psychique » de la grossesse permet de débiter plus facilement des thérapies de guérison d'évènements traumatiques vécus dans le passé.

Deux autres notions ont émergé des entretiens. Trois SFL nous ont informés que pour certaines des patientes à risque de suicide maternel la grossesse en cours était **non programmée**. En effet, d'après une étude menée en 2016, une grossesse non planifiée est un facteur de risque de suicide maternel (13). Pour une des patientes de la SFL2 « *Elle ne voulait pas d'enfant, elle dit l'avoir fait pour son conjoint.* » La deuxième notion est celle de **l'aide médicale à la procréation (AMP)**. « *Comme elle avait 38 ans et qu'elle n'arrivait pas à tomber enceinte ils ont fait une FIV en Grèce dans son pays d'origine* » (SFL4). « *Elle a eu recours à un don de sperme pour ses deux grossesses car son conjoint est stérile* » (SFL2). Ces remarques peuvent nous interroger sur le vécu psychologique de la grossesse chez les femmes ayant eu recours à l'AMP. D'après Monique Jaoul, docteur en psychologie et psychanalyste, « *en dehors des fragilités liées à l'histoire individuelle, le parcours de la prise en charge médicale de la stérilité peut être en lui-même source de déstabilisation [...] La souffrance d'infertilité réactive les souffrances passées* » (14). L'acceptation de sa propre stérilité ou de celle de son conjoint ainsi que les difficultés rencontrées dans un parcours d'AMP peuvent donc être source de souffrance psychologique pendant la grossesse. Une prise en charge psychologique des couples peut sembler donc nécessaire pour apaiser les traumatismes engendrés par la stérilité et le parcours d'AMP en lui-même. Monique Jaoul parle d'un vrai travail de « *deuil* ». Selon elle, la prise en charge psychologique des couples permet de « *restaurer une part de la blessure narcissique liée à la souffrance du couple qui vient souvent se surajouter à la blessure de l'infertilité. L'enjeu est d'importance car il s'agira aussi de protéger l'enfant à naître des effets d'un deuil inassumé.* » (14). Le parcours d'AMP semble donc surajouter une souffrance psychologique durant la période périnatale. Il conviendrait donc que les professionnels qui

prennent en charge ces femmes, ces couples, soient vigilants aux conséquences psychologiques que peut engendrer le parcours d'AMP afin de leur proposer un soutien psychologique approprié.

Nous tenons à faire remarquer que tous les **facteurs de risque** évoqués et recherchés par les sages-femmes libérales peuvent constituer des facteurs de risque de suicide maternel au travers de la souffrance psychologique qu'ils engendrent et c'est cette souffrance psychologique qui engendrera un risque de suicide comme évoqué dans la théorie psychologique d'Edwin S. Shneidman.

c. Un accompagnement parfois difficile

Cinq sages-femmes libérales interviewées nous ont révélé qu'elles n'ont **pas été à l'aise** face aux patientes à risque de suicide qu'elles ont accompagnées. Elles se sont toutes accordées sur le fait que ces patientes ont besoin d'un accompagnement psychologique qui va au-delà de ce qu'une sage-femme peut leur apporter. Pour la SFL1 « *je me suis sentie vraiment démunie, dépassée par la situation et je n'étais pas à l'aise du tout simplement parce que ça dépasse mes compétences de sage-femme* ». Pour la SFL3 c'était difficile de gérer le **côté social** de la situation « *en plus du côté psychologique, c'est la dimension sociale qui me dépassait et c'était la source de sa souffrance mais du coup c'est la PMI qui a géré les demandes d'aides sociales* ». Les propos de la SFL4 expliquent pourquoi les sages-femmes libérales ne se sentent pas forcément à l'aise face à une patiente en souffrance psychique « *C'est faux de dire qu'on est capable de gérer une femme qui est en souffrance psychologique. On peut lui faire du bien en discutant, en l'écoutant, en étant présente pour elle mais on ne va pas profondément améliorer son état. On peut être une béquille pour elle à l'instant T mais on ne sait pas soigner sa souffrance. Ce n'est pas le métier de sage-femme, nous on dépiste et on oriente vers les*

psychologues et psychiatres ». En effet, d'après le code déontologie de la profession et le code de la santé publique (CSP), la compétence des sages-femmes est exclue dès lors que la patiente présente une situation pathologique (article R4127-313 du CSP). Elle doit orienter la patiente vers un médecin qui établit les éléments de diagnostics (article R4127-361 du CSP) (15). De ce fait, il paraît tout à fait normal que les sages-femmes ne se sentent pas à l'aise face à une patiente à risque de suicide maternel puisqu'il n'est pas de leurs compétences de les prendre en charge seule. Cependant, il est de leur rôle de dépister ces patientes et de les orienter vers un professionnel qualifié en santé mentale.

Les entretiens ont révélé l'existence de facteurs limitant la prise en charge des patientes présentant une souffrance psychologique pouvant aboutir au suicide maternel. Plusieurs sages-femmes libérales nous ont indiqué qu'il était parfois difficile d'aider ces patientes lorsqu'elles étaient elles-mêmes dans le déni de leur mal-être et qu'**elles refusaient** les aides proposées par les sages-femmes. « *Quand elle a refusé l'hospitalisation que je lui proposais je me suis sentie démunie. J'étais embêtée parce que je ne pouvais pas aller à l'encontre de sa volonté mais je ne voulais pas la laisser. J'ai donc pris un rendez-vous avec un pédopsychiatre mais elle ne l'a pas honoré* » (SFL2). D'après le CSP et les droits des patients, toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement (16). Dans le domaine de la psychiatrie il existe une dérogation à cette loi. En effet, une patiente peut être hospitalisée en psychiatrie à la demande d'un tiers ou à la demande d'un médecin sans son consentement en cas de péril imminent (17). Il existe un protocole réalisé au sein du réseau périnatal Alpes-Isère (RPAI) par le docteur A. Poizat et le professeur T. Bougerol sur l'hospitalisation sans consentement. Si une sage-femme considère qu'une patiente présente un risque vital pour elle et/ou son enfant sans conscience de ses troubles et en cas de refus d'hospitalisation de sa part, elle peut contacter un médecin qui jugera de la nécessité d'une hospitalisation. La SFL4 nous explique

pourquoi certaines patientes ont des difficultés à rencontrer des psychologues ou psychiatres

« j'ai des patientes qui ne veulent pas aller au CMP de notre ville parce que dans une petite ville comme la nôtre elles ont peur d'être vues et préfèrent être discrètes. D'autres pour qui c'est compliqué de se rendre à l'UTAP à Grenoble parce qu'elles n'ont pas de voiture ». L'unité transversale d'accompagnement périnatale (UTAP) sera présentée dans la suite de ce travail.

Une remarque nous a été faite par la SFL5 sur l'entretien postnatal précoce (EPNP). Selon elle,

« l'EPNP doit permettre un dépistage plus important des souffrances psychiques dans la période du post-partum mais selon moi, le fait qu'il soit pris en charge à seulement 70% par l'assurance maladie et non à 100% est un frein à sa réalisation et donc au dépistage. Je trouve ça gênant de demander aux patientes une avance des frais alors qu'elle n'en avait pas besoin avant ». En effet, les femmes enceintes bénéficient d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie (AM) avec dispense d'avance de frais des examens médicaux obligatoires. Cela depuis le début de la grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement. Pour rappel l'EPP est devenu obligatoire depuis 2020 car trop peu réalisé auparavant et est pris entièrement en charge par l'AM. L'EPNP est lui aussi obligatoire. Cette obligation a sûrement pour but de favoriser sa réalisation mais pourquoi n'est-il alors pas pris en charge entièrement par l'assurance maladie ? Cela nous amène à la question suivante : La prise en charge de l'EPNP à seulement 70% par l'assurance maladie est-il un frein à sa réalisation ? L'avenir et les statistiques nous le diront.

3. Les signes ayant alerté les sages-femmes libérales

a. L'expression verbale de la souffrance psychologique des patientes

Les entretiens ont montré que les sages-femmes n'ont pas toujours besoin de repérer des signes alarmants puisque c'est souvent **les patientes elles-mêmes qui ont exprimés avoir des idées suicidaires**. « Elle m'appelle et me dit « je ne me sens pas bien, j'ai des idées noires, j'ai des idées suicidaires » (SFL2). « Elle m'a clairement parlé du suicide. Elle était tout à fait capable de se mettre en danger, de se faire du mal et elle ne le cachait pas » (SFL4). En effet, c'est une illusion de penser que le suicide se produit sans avertissement. Les idées ou les intentions suicidaires représentent un facteur de risque important de passage à l'acte (5). C'est un appel à l'aide à ne pas négliger.

L'expression verbale du « **dégoût** » ou de la « **peur** » par les patientes ont alerté plusieurs SFL. Lorsque les femmes ont évoqué aux sages-femmes leur « **regret** » d'avoir poursuivi la grossesse ou leur « **envie de l'interrompre** » cela a éveillé une alerte dans l'esprit des SFL concernant une potentielle souffrance chez ces patientes.

Chez la plupart des sages-femmes interrogées, les patientes ayant eu un risque de suicide ont évoqué un grand « **sentiment de solitude** » et notamment lors du post-partum lorsque leur conjoint reprenait leur activité professionnelle. « C'est lorsque son conjoint a repris le travail, elle s'est sentie très seule à la maison d'un coup » (SFL7). Un individu peut ressentir un sentiment de solitude lorsque ses relations interpersonnelles ne répondent pas à ses besoins. Une étude menée pendant l'épidémie de Covid-19 a montré que la solitude auto-déclarée était directement associée aux idées suicidaires (18). Les stratégies de prévention du suicide doivent donc cibler, entre autres, la solitude ressentie pour diminuer ce phénomène.

Ces résultats soulignent aussi l'importance de la présence du conjoint en post-partum. Depuis le 1^{er} juillet 2021 en France, les pères peuvent bénéficier d'un congé paternité plus long, ce dernier étant étendu de 14 à 28 jours (dont une semaine obligatoire). Malgré cet allongement, la France reste loin derrière certains pays européens. Les pays nordiques se montrent les plus généreux avec la Suède qui offre la possibilité aux pères de prendre un congé de 12 à 78 semaines (19). En janvier 2023, une étude française publiée dans *The Lancet* a révélé que prendre et avoir l'intention de prendre un congé paternité payé de deux semaines était probablement associé à une réduction de dépression du post-partum chez les pères. En revanche, cela exposerait les mères à un risque accru de dépression du post-partum (20). L'Inserm a pour projet d'évaluer prochainement l'impact que l'allongement de la durée et le moment du congé paternité peuvent avoir sur la santé mentale des parents. Nous pouvons nous demander si le congé paternité ainsi que sa durée a un impact sur le suicide maternel. Aucune étude n'a été retrouvée sur ce sujet.

b. L'expression physique de la souffrance psychologique des patientes

Lorsque les patientes n'expriment pas avec des mots leur envie de se suicider ou leur souffrance psychologique, les sages-femmes libérales décrivent chez ces patientes un état physique de mal-être qui s'accompagne « ***de pleurs*** », « ***d'un état de détresse*** », « ***d'un état de panique*** », « ***d'angoisse*** », « ***d'anxiété*** », « ***de nervosité*** ».

Des ***signes cliniques*** ont aussi interpellé des sages-femmes libérales, notamment la SFL2 qui nous raconte « *c'est une 3^{ème} grossesse, elle a des vomissements incoercibles avec déjà trois hospitalisations et maintenant à 19 SA elle est en hospitalisation à domicile avec perfusion. Ce n'est pas pour rien qu'elle vomit. Elle m'a avoué qu'elle ne voulait plus garder ce bébé et par la suite qu'elle sentait qu'elle allait se faire du mal.* » La SFL5 nous confie que la patiente à

risque de suicide qu'elle a accompagnée avait des **troubles physiques** qui apparaissaient lorsqu'elle allait mal « *J'ai de suite vu qu'elle allait mal, physiquement elle était épuisée. Puis elle m'a dit qu'elle perdait ses cheveux, elle a aussi un tic de langage et ce sont des signes, c'est son corps qui parle et qui montre sa fatigue, son anxiété* ». En effet, des symptômes comme les nausées, vomissements, etc... sont des symptômes fréquents de l'anxiété (21).

La SFL6 est la seule à nous parler du **manque de sommeil** de sa patiente comme point de départ l'ayant menée à l'envie de se suicider « *Elle était épuisée, à bout de force. Depuis la naissance elle ne dormait plus car elle s'occupait nuit et jour de son bébé et elle devait aussi gérer ses aînés en bas âge. Le manque de sommeil peut être un point de départ* ». Il est intéressant de remarquer qu'une seule des sages-femmes libérales interrogées a évoqué cette notion. Alors que le manque de sommeil pendant la période du post-partum ressort énormément comme élément déclencheur lorsque les mères qui ont fait des TS ont la parole et s'expriment sur leur vécu (22). De plus, d'après le rapport de la dernière ENCMM, les troubles du sommeil font partie des signes d'alerte d'une fragilité psychique chez les mères pouvant mener au suicide (5). Il est donc important de veiller à ce que les femmes aient un sommeil de qualité et en quantité suffisante pour prévenir le risque de souffrance psychique et donc de suicide pendant le post-partum. Le fait que cette notion soit peu ressortie dans nos entretiens peut être lié à un biais de sélection.

c. Un changement de comportement chez les patientes

Plusieurs sages-femmes libérales interrogées nous ont décrit un changement de comportement chez les patientes à risque de suicide maternel qu'elles ont suivies.

Plusieurs sages-femmes libérales ont décrit une **perte d'identité** ainsi qu'un **désintérêt envers la vie** chez leurs patientes pendant la grossesse. Notions illustrées par les propos suivant :

« Elle me disait qu'elle ne se reconnaissait pas [...]. Elle me décrit un désintérêt complet envers ses enfants, son quotidien » (SFL2). « Tout me dégoûte, ma fille me dégoûte. J'ai plus envie d'entendre quoi que ce soit » (SFL3). « Elle ne se supportait plus, elle ne supportait plus rien ni personne, que c'était viscérale. Qu'elle en avait marre de tout » (SFL1). « Elle me disait qu'elle ne supportait pas de voir son corps changer, qu'elle se trouvait grosse et que ça la dégoutait » (SFL7). En effet, d'après Régine Prat « la grossesse est une expérience qui constitue une rupture totale dans la continuité d'être et représente une transformation brutale du corps et de son image [...]. La vraie folie de la grossesse est que le corps devient habitacle et réceptacle pour la fabrication et le développement d'un nouvel être vivant inconnu » (23). De plus, d'après D. Winnicott, la transformation psychique qui se produit progressivement chez les femmes au cours de la grossesse pourrait se nommer « *la préoccupation maternelle primaire* » (24). C'est une capacité très spéciale d'empathie qui permet à la mère de savoir ce dont a besoin son enfant. Winnicott considère que cet état est une « *maladie normale* » permettant à la mère d'atteindre un état de sensibilité accrue qui dure pendant les premières semaines qui suivent la naissance. La mère abandonne ses centres d'intérêt pour se consacrer à son enfant de façon dévouée et avec cette hypersensibilité. Notre travail permet de révéler que certaines femmes ont du mal à vivre ces changements physiques et psychiques inhérents à l'état de grossesse. Lorsqu'il est impossible de parvenir à cet état de « *maladie normale* », les femmes devront fournir un effort plus important pour s'adapter aux besoins de leur enfant et parvenir à se positionner comme parent.

En effet, certaines sages-femmes nous ont indiqué que les patientes à risque de suicide maternel avaient montré des **difficultés pour établir un lien mère-enfant** et certaines allaient jusqu'à **rejeter leur bébé** et même avoir des **phobies d'impulsion**. Notions illustrées par les propos suivants : « *C'est beaucoup son conjoint qui s'occupait du bébé. Je la trouvais distante*

et pas en lien avec son enfant » (SFL8). « Elle ne voulait plus s'occuper de son bébé » (SFL2). « Elle m'a décrit des phobies d'impulsion, que quand son bébé pleurait elle se voyait le jeter par la fenêtre. Et que c'était pareil pour elle-même, que quand elle se cognait contre un meuble par exemple, ça l'énervait et qu'elle avait envie de passer par la fenêtre » (SFL3). D'après le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition, texte révisé (DSM-V-TR), les phobies d'impulsion sont constituées d'obsessions (25). C'est-à-dire d'idées ou d'images mentales involontaires, récurrentes, intrusives et inappropriées, entraînant une anxiété et une détresse importantes et nécessitant un effort mental du sujet pour tenter de les ignorer ou de les réprimer. Chez les femmes enceintes ou lors du post-partum, les phobies d'impulsion se traduisent par la peur de faire du mal à leur bébé ou à elle-même. Mais il n'y aura jamais de passage à l'acte dans les phobies d'impulsion car la peur de commettre l'acte l'en empêchera. Les mères peuvent ainsi s'éloigner de leur bébé par peur de leur faire du mal et une faille dans l'établissement du lien mère-enfant apparaîtra.

La notion de **dépression** est ressortie plusieurs fois dans les entretiens. Pour la SFL5 *« Je la sentais devenir de plus en plus déprimée, ça a été crescendo. Elle s'isolait de plus en plus et avait arrêté ses études. »* De même pour la SFL1 *« elle était clairement en dépression du post-partum. »* En effet, la **dépression du post-partum (DPP)** serait associée à une augmentation significative du risque suicidaire dans de nombreuses études. Une étude réalisée en France en 2021 et ayant reçu le prix du Congrès lors de la 21^{ème} édition du congrès de l'Encéphale 2023 a montré que la prévalence nationale de la DPP deux mois après l'accouchement était de 16,7%. Les idées suicidaires concernaient 5,4% des femmes répondantes, soit environ une femme sur vingt. Parmi les femmes atteintes de DPP, 23,8% présenteraient des idées suicidaires (26). La DPP est donc un facteur de risque non négligeable du suicide maternel en France. Les sages-femmes libérales font partie des professionnels de santé capables de

dépister ce trouble psychique. Cependant, d'après une étude menée en 2017, les sages-femmes expriment que leur formation est *insuffisante* sur cette pathologie (27).

Aucune sage-femme libérale n'a évoqué la notion de *psychose puerpérale*. C'est un trouble psychotique du post-partum qui concerne 1 à 2 femmes pour 1000 et qui survient de façon brutale dans les trois premières semaines après l'accouchement (28). Le tableau clinique comprend des phases maniaco-dépressives, de la confusion avec une perte des repères spatio-temporels (dénier de la grossesse, de l'accouchement) et des délires (persécution, perte d'identité). La psychose puerpérale constitue une urgence thérapeutique, une hospitalisation en psychiatrie est nécessaire du fait du risque élevé de suicide et d'infanticide. En effet, le pourcentage de suicide est estimé à 5% et d'infanticide à 4%. Un risque de récurrence en cas de grossesse ultérieure existe dans 20 à 30% des cas (28). Un antécédent de psychose puerpérale doit donc alerter les sages-femmes libérales lors du suivi de grossesse et un lien vers un psychiatre devra être fait. Les sages-femmes libérales sont aussi en première ligne lors du post-partum pour dépister une psychose puerpérale. Cependant, aucune sage-femme interrogée n'a évoqué cette notion chez leur patiente à risque de suicide, cela peut être dû à un biais de sélection.

Un changement de comportement et de l'état mental brutal et durable chez les femmes pendant la grossesse ou le post-partum doit alerter tous les professionnels de santé liés à la parentalité (5). Ils doivent être capables d'orienter ces patientes afin qu'elles aient une prise en charge de leur souffrance psychique avant que celle-ci puisse les mener à commettre l'irréparable.

4. Des sages-femmes libérales qui agissent pour prévenir le passage à l'acte

a. Des outils de prévention

Les sages-femmes interrogées nous ont indiqué avoir plusieurs façons de prévenir le risque de suicide maternel.

Nous avons vu précédemment que les sages-femmes libérales font des **consultations**, de **l'EPP**, de **l'EPNP** et des **séances de rééducation du périnée** un temps leur permettant de dépister des facteurs de risques et de vulnérabilité psychosociale liés au suicide maternel. Ces trois moments clés ainsi que les **cours de préparation à la parentalité** leur permettent aussi de faire de la prévention sur ce risque. La SFL3 nous dit : « *J'essaie de faire de la prévention, je leur parle beaucoup de DPP. Je ne me vois pas leur dire en cours de préparation « bon alors vous savez que le suicide c'est la deuxième cause de mort maternelle en France » mais effectivement, pendant les cours de préparation à la naissance je suis parfois un peu lourde sur la DPP, c'est important. Et dans l'EPP ou dans l'interrogatoire quand je pose la question des violences, je leur explique que pour nous c'est important de le savoir parce que la grossesse provoque des changements psychologiques qui peuvent exacerber certaines blessures psychiques* ». Pour la plupart des SFL interrogées il est important **d'informer les patientes et leur entourage** sur les vulnérabilités psychiques liées à la parentalité. Nos résultats rejoignent donc les messages clés du dernier rapport de l'ENCMM qui préconise « *d'informer la patiente et son entourage que la période du post-partum est une période à risque de complications psychiatriques et qu'il ne faut pas hésiter à consulter* » (5) afin qu'une prise en charge rapide soit faite.

Certaines SFL nous ont parlé de médecine alternative et complémentaire (MAC) comme la **sophrologie, l'acupuncture** et **l'hypnose** pour prévenir les souffrances psychiques liées à l'état de grossesse ou au post-partum. En effet, les MAC sont utilisées par certaines sages-femmes qualifiées pour soulager l'anxiété, les peurs ou l'insomnie liés à l'état de grossesse ou du post-partum. Nous savons que traiter ces troubles chez les mères permet de prévenir le risque de suicide maternel (5).

Afin de prévenir au mieux le risque de suicide maternel, le 6^{ème} rapport de l'ENCMM indique qu'« *il faut former les professionnels de la parentalité aux troubles psychiatriques spécifiques de la période périnatale (dépression, trouble anxieux) et aux maladies psychiatriques susceptibles de s'aggraver au moment de la grossesse ou dans l'année qui suit l'accouchement (trouble bipolaire, pathologie psychotique, trouble grave de personnalité). Les professionnels de santé mentale doivent également être formés à la spécificité de la période périnatale* » (5).

Or, les sages-femmes interrogées dans notre étude nous ont avoué ne pas se sentir à l'aise face à une patiente présentant des troubles psychiatriques. Leurs connaissances sur ces troubles et maladies semblent limitées. Notion illustrée par les propos de la SFL4 : « *Je ne pense pas que l'apport pédagogique que j'ai eu pendant mes études soit suffisant, on a eu des cours sur la DPP mais on n'avait pas beaucoup de notion de psychiatrie chez les mères. Alors qu'on a eu beaucoup de cours sur la psychiatrie de l'enfant.* ». Il semble donc impératif de former les sages-femmes sur la santé mentale des femmes.

b. Les actions menées par les sages-femmes libérales pour aider les patientes

Toutes les sages-femmes interrogées nous ont indiqué **faire venir la patiente au cabinet** ou **se rendre à leur domicile** après avoir reçu un appel téléphonique des patientes dans lequel

elles leur exprimaient une détresse psychologique pouvant les mener à se mettre en danger. Elles évaluaient ensuite les besoins de la patiente afin de **l'orienter** vers la personne ou la structure adéquate. Toutes les sages-femmes libérales interrogées ont pour réflexe d'orienter les patientes vers un **psychologue** voire un **psychiatre**. Toutes les SFL exerçant dans les communes voisines de Grenoble orientent très facilement et en première intention vers **l'unité transversale d'accompagnement périnatal (UTAP)** du centre hospitalier universitaire de Grenoble-Alpes (CHUGA). L'UTAP est situé au sein du département de gynécologie-obstétrique du CHUGA. Ce projet porté et formalisé par le Dr A. Poizat, médecin pédopsychiatre, et Mme Castell, sage-femme, sous l'impulsion du Pr J.-P. Schaal a vu le jour en 2005 (29). Sa création s'inscrit dans le plan périnatalité 2005-2007 visant à prendre en compte la dimension psychique et la sécurité émotionnelle des futures mères. Elle est composée d'une équipe de pédopsychiatres et de sages-femmes qui accompagnent et soutiennent les couples lors de situations psychologiquement éprouvantes que ce soit en anténatal ou en post-partum et jusqu'au 1 an de l'enfant. Les consultations sont réalisées par une sage-femme lorsque la patiente est traversée par les bouleversements psychiques physiologiques de la parentalité mais dès lors que la situation bascule vers de la pathologie, la sage-femme orientera la patiente vers un psychiatre. Cette unité unique en France permet une prise en charge psychologique rapide des patientes et permet de faire un lien entre les différents professionnels de santé qui interviennent auprès de la patiente. Les sages-femmes libérales interrogées nous ont fait des éloges de cette unité qui est d'un grand soutien tant pour elles que pour les couples comme nous le dit la SFL1 : « *C'est une réelle richesse de pouvoir s'appuyer sur une unité de soin telle que l'UTAP* ». D'après les résultats de notre étude, il semblerait que l'UTAP permette de favoriser une prise en charge adaptée des femmes. De ce fait, il semblerait intéressant de réfléchir à étendre ce genre d'unité composée de sages-

femmes dans d'autres villes françaises. Malgré l'importance de leur travail en périnatalité, la présence de psychologue ou de psychiatre au sein des maternités n'est pas une obligation. Le rapport de l'évaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables menée par l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes (AURA) publié en 2021, a montré que 51 maternités sur 56 en AURA bénéficient de la présence d'un psychologue, psychiatre ou pédopsychiatre (30). À défaut d'avoir une unité telle que l'UTAP, certaines maternités de la région ont néanmoins une unité de psychologie périnatale souvent composée de psychologues, psychiatres, pédopsychiatres.

L'orientation des patientes vers le centre de protection maternelle et infantile (PMI) est une notion qui ressort dans tous les entretiens. En effet, dès lors que les patientes ont besoin d'une aide d'ordre social, les sages-femmes libérales n'hésitent pas à les mettre en lien avec l'équipe de la PMI comme nous informe la SFL4 : « *Pour le côté social, j'ai fait un lien avec la PMI qui l'a mise en relation avec un assistant social.* » D'après les entretiens, le lien PMI permet aussi aux patientes de bénéficier **d'un suivi plus rapproché** ce qui permet de soutenir les patientes « *On a mis en place un suivi très rapproché et la PMI était en train de mettre en place des aides à domiciles avec des TISF* » (SFL5). « *Après son appel à l'aide du fameux soir, avec la PMI on faisait un relais pour qu'elle ait quasi tous les jours la visite de soit nous soit la PMI* » nous confie la SFL1.

En revanche, seulement deux sages-femmes libérales interrogées nous ont parlé du **lien avec le médecin traitant** de la patiente. Pour la SFL7 il peut être délicat de parler au médecin traitant de la situation de la patiente : « *Parfois les médecins traitants ne sont pas au courant de l'histoire de vie de la patiente. Un jour, j'ai parlé de l'alcoolisme d'une patiente à son médecin mais il n'était pas au courant. Je trouve que ce n'est pas facile de trouver le juste milieu entre prendre soin de la patiente et ne pas être trop intrusive dans l'activité du médecin.*

Puis il faut que la patiente soit d'accord pour que j'en parle ». Bien que les entretiens révèlent que le lien avec le médecin traitant n'est pas toujours fait, le dernier rapport de l'ENCMM souligne l'importance « *d'assurer un lien avec le médecin traitant et de le tracer dans le dossier de la patiente* » (5).

Certaines des sages-femmes libérales interrogées ***orientent les patientes vers des centres médicaux psychologiques (CMP), des maisons périnatales, l'ASSTriade*** ou encore ***des conseillères conjugales et familiales (CCF)***. La SFL5 nous indique « *avertir la sage-femme référente de l'hôpital de son secteur* » lorsqu'une patiente l'inquiète.

L'ASSTriade est le nom de deux Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) spécialisés en périnatalité de l'agglomération Grenobloise. L'ASSTriade Nord se situe à Moirans et l'ASSTriade Sud à Echirolles. Ce sont des structures de proximité appartenant au Pôle Infanto-Juvénile (PIJ), dirigé par le Dr Isabelle Pugnier, du Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI) (31). Il existe de nombreux CATTP spécialisés en périnatalité en France. Ces centres ont pour missions de prévenir, diagnostiquer et accompagner les troubles psychiques liés à la périnatalité (32). Ils proposent notamment des consultations psychothérapeutiques et des ateliers parents-bébés. Les CATTP travaillent en réseau avec les PMI et les services hospitaliers comme l'UTAP avec qui les ASSTriades sont en lien. Les résultats de notre étude ont montré que les sages-femmes libérales travaillent aussi en réseau avec les CATTP en orientant les patientes dans ces structures.

La SFL3 nous indique avoir déjà appelé ***les urgences psychiatriques*** « *j'ai appelé les urgences psychiatriques pour qu'elle soit directement hospitalisée* ». En effet, il est important que les sages-femmes libérales connaissent les indications d'hospitalisation en psychiatrie (5) pour prévenir le passage à l'acte.

D'après les résultats de notre étude il semblerait que les sages-femmes libérales ont la bonne attitude et orientent les patientes vers les structures et les professionnels compétents en santé mentale tout comme le recommande le dernier rapport de l'ENCMM (5). En effet, toutes les sages-femmes libérales interrogées travaillent en réseaux et cette notion est très importante pour apporter une aide adaptée à chaque patiente.

D'autres actions sont menées par les sages-femmes libérales pour aider les patientes à risque de suicide maternel, nous les traiteront dans une prochaine partie.

c. L'existence de facteurs protecteurs

Les entretiens réalisés nous ont permis de mettre en évidence des facteurs de protection du suicide maternel.

Selon les sages-femmes interrogées, le fait que les patientes aient un ***suivi par un psychiatre hors grossesse ou avant la grossesse*** était un élément important qui permettait aux sages-femmes d'être plus sereines pour la santé mentale de ces patientes. L'ENCMM de 2013-2015 recommande « *un parcours de soins spécifique pour les patientes présentant une pathologie psychiatrique connue par le biais d'une coordination psychiatre référent-maternité-PMI-médecin traitant* » (5).

Les entretiens ont révélé l'importance du rôle de ***l'entourage*** et principalement celui du ***conjoint*** en tant que facteur protecteur du suicide maternel. D'après la SFL2, « *la place des pères est hyper importante, je leur dis souvent qu'ils peuvent m'appeler parce qu'ils sont les premiers à voir que leur femme ne va pas bien.* » En effet, ce sont les conjoints ou les personnes qui vivent au quotidien avec les patientes qui sont le plus à même de détecter des changements d'état mental comme nous le confie la SFL4 « *c'est lui qui m'a appelée en me disant que sa femme n'allait pas bien, qu'elle ne voulait plus s'occuper de son bébé* ». Des

adjectifs comme « **soutenant** » et « **bienveillant** » sont ressortis dans plusieurs entretiens pour qualifier les conjoints. Les femmes ont besoin d'une attention particulière notamment de la part de leur partenaire de vie pendant la période périnatale. Les sages-femmes libérales interrogées considèrent qu'un conjoint aidant tant sur le plan organisationnel que moral constitue un facteur protecteur de souffrance psychique, de dépression voir même de suicide. L'OMS le confirme dans son rapport sur la prévention du suicide de 2014 : « *le cercle social le plus proche d'une personne, à savoir les partenaires, les membres de la famille, les pairs, les amis, a la plus grande influence et peut soutenir la personne concernée en période de crise. Les amis et la famille constituent une importante source de soutien social, émotionnel et financier et peuvent amortir l'impact des facteurs de stress extérieurs* » (33).

Par ailleurs, notre travail a permis de montrer l'importance des sages-femmes libérales dans la prévention du suicide maternel. Les huit sages-femmes interrogées ont permis d'empêcher plusieurs patientes de passer à l'acte. Grâce à leur qualité « **d'écoute** », « **d'empathie** », « **de bienveillance** » elles arrivent à instaurer « **un lien de confiance avec les patientes** » leur permettant de dépister et de prévenir le risque de suicide maternel. Elles savent orienter les patientes quand il le faut. De plus, elles ont pour habitude de travailler en réseau ce qui permet de mutualiser les actions et faire appel à différents professionnels en fonction de l'expertise de chacun, afin d'optimiser la prise en charge des patientes.

La sensibilité des sages-femmes libérales sur la souffrance psychique des femmes ainsi que la prise en charge en réseau qu'elles mettent en place constituent des facteurs protecteurs de suicide maternel.

5. Le suicide maternel n'est pas un tabou : mettons-le en lumière

a. Des accompagnements qui sensibilisent les sages-femmes libérales

Les sages-femmes interrogées nous ont confié avoir été **marquées** par les situations dans lesquelles elles étaient face à une patiente à risque de suicide maternel. La SFL2 nous raconte « Il y a bien dû avoir au moins trois patientes qui m'ont marquée » ainsi que la SFL1 « Je pense que ça nous marque parce que c'est parfois fort émotionnellement pour nous aussi. Alors forcément une fois qu'on a été confrontée à un risque de suicide on devient plus vigilant parce qu'on sait que ça peut arriver ». « Dans ma famille il y a eu un suicide c'est donc quelque chose qui me touche. C'est peut-être par rapport à mon expérience personnelle que je suis devenue attentive au risque de suicide chez mes patientes » ces propos de la SFL7 illustrent le fait que l'on devient probablement plus sensible à certains sujets lorsqu'on les a vécus.

Sept SFL sur huit interrogées nous ont indiqué que ces situations ont engendré des changements dans leur pratique professionnelle : « Je pense que je me méfie plus » (SFL7), « après avoir accompagné cette patiente, j'ai créé autour de moi un réseau de professionnels de la santé mentale qui pourrait venir en aide à mes patientes » (SFL4). Deux SFL ont décidé « de mettre en place de façon systématique une 2^{ème} visite à domicile 48 heures après la première lors du retour à domicile après la naissance et même chez une patiente qui va bien, sans facteur de risque ». Deux autres SFL ont quant à elles décidé de mettre en place « une consultation à trois semaines après la naissance pour, sous prétexte de peser le bébé, évaluer l'état psychologique de la patiente ». Les résultats peuvent ici être troublés par un biais de sélection puisque nous avons interrogé des sages-femmes libérales associées d'un même cabinet.

Quatre SFL nous ont indiqué avoir donné leur numéro de téléphone portable personnel aux patientes « *en cas d'extrême urgence le conjoint ou les patientes elles-mêmes peuvent m'appeler* » (SFL7), « *Je n'ai pas de ligne de téléphone fixe, mon téléphone portable perso c'est aussi celui du cabinet donc c'est vrai que ça peut être une contrainte mais les patientes savent qu'elles peuvent me joindre à n'importe quel moment si elles ne se sentent pas bien et ça les rassure* » (SFL5).

Les huit sages-femmes libérales interrogées semblent avoir une sensibilité particulière sur le sujet du suicide maternel. Cela peut être dû à un biais de sélection puisque nous avons décidé de sélectionner dans notre étude uniquement des sages-femmes libérales ayant été confrontées à des patientes à risque de suicide maternel.

b. Des sages-femmes libérales en quête d'informations

Lors des entretiens les sages-femmes interrogées nous ont parlé des outils dont elles se servent pour le dépistage du risque de suicide maternel. Cependant, nous avons vu que se sont plus des temps de consultation, des entretiens plutôt que des outils de support comme des grilles, des algorithmes, des recommandations. De plus elles nous ont exprimé leur souhait d'avoir des aides de ce genre pour mieux dépister les femmes à risque. Or, plusieurs outils de ce type existent mais les entretiens nous montrent que les SFL les ignorent. Plusieurs sages-femmes nous ont dit ***ne pas connaître ces outils*** « *Je ne connais pas de recommandations sur le suicide maternel, je ne sais même pas si elles existent mais elles nous seraient utiles* » (SFL4), « *je n'ai pas entendu parler d'algorithme de prise en charge psychologique* » (SFL1). « *Je n'ai pas de référentiel pour évaluer la gravité de leur état psychologique. Je pense qu'il existe des échelles mais ce n'est pas des choses que j'utilise. Mon outil c'est de faire appel à une personne qualifiée et compétente dans le domaine de la psychologie* » (SFL5). La SFL8 nous confie qu'elle

évalue « *la souffrance psychologique des patientes et le risque de suicide grâce à mon expérience mais il me serait utile d'avoir des grilles ou des outils du genre* ».

En effet, il existe plusieurs outils que les sages-femmes libérales peuvent utiliser pour dépister les patientes à risque de suicide notamment **l'échelle EPDS** (Annexe 3 : Échelles EPDS patiente et professionnelle) permettant d'évaluer la DPP au travers d'un questionnaire destiné aux femmes enceintes ou pendant le post-partum. L'item n°10 de ce questionnaire permet de savoir si la patiente a pensé à se faire du mal. Une réponse positive à cet item et/ou un résultat égal ou supérieur à 10 doit nécessiter une orientation vers un psychiatre. L'échelle EPDS peut aussi être réalisée en auto-questionnaire. Les patientes peuvent avoir accès à ce questionnaire via **l'application les 1 000 premiers jours** proposée par le ministère de la Santé et des solidarités. Cette application a pour but d'accompagner les parents dans les différentes étapes de leur projet de parentalité et jusqu'aux 2 ans de leur enfant. C'est un outil d'information, de dépistage et de prévention avec de nombreux articles rédigés par des professionnels. Une cartographie permet aux parents de trouver un accompagnement adapté et géolocalisé.

Il existe aussi des **associations** telles que *Maman Blues* qui a bâti une solide réputation depuis près de 20 ans. Cette association a pour but de soutenir, d'écouter, de conseiller et d'orienter les parents en cas de difficulté maternelle. Leur **site internet** héberge des témoignages ainsi qu'un forum anonyme sur lequel les femmes peuvent échanger entre elles mais aussi avec des modératrices (mères ayant connu des difficultés psychiques autour de la naissance d'un enfant. Elles sont bénévoles et non professionnelles de santé). L'échelle EPDS est aussi disponible sur leur site internet et une fois réalisé, une mise en relation avec un bénévole de l'association est effectuée. Il existe aussi des référentes locales qui écoutent et orientent les femmes vers des professionnels proches de leur lieu d'habitation. Des groupes de paroles en

présentiel ou en visioconférence sont aussi proposés gratuitement au niveau local toute l'année.

À l'ère du numérique, il paraît important que les sages-femmes libérales informent les patientes de l'existence de sites internet d'associations ou d'applications car ils peuvent constituer un réel soutien pour les parents.

Le réseau périnatal Alpes-Isère (RPAI) a élaboré **un support pour l'EPP** (Annexe 4 : Support pour l'EPP) avec des exemples de thèmes à aborder afin d'explorer les dimensions médicales, psychologiques et sociales de la vie de la patiente. Ce support a pour but de guider les sages-femmes lors de la réalisation de l'EPP. Pour l'instant il n'existe pas de support de ce type pour la réalisation de l'EPNP.

D'après un rapport mené par l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes en 2021, **une grille de repérage des vulnérabilités** par le RPAI est à venir.

Suite aux recommandations de l'ENCMM publiée en 2021, la commission psychopathologie périnatale du RPAI a travaillé sur l'élaboration de **deux protocoles**. Le premier dédié à **la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique en anténatal** (Annexe 5) pouvant donc être utilisé par les SFL lors des consultations de suivi de grossesse. Le deuxième dédié à **la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique en postnatal** (Annexe 6) pouvant être utilisé pendant le séjour en maternité, lors du retour à domicile ou même lors de l'EPNP.

Le RPAI a aussi synthétisé dans un document les 30 messages clés de l'ENCMM de 2013-2015 en France.

En mai 2021, l'HAS a publié une note de cadrage concernant **des recommandations sur l'accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveau-nés** (34). Ces recommandations à venir

pourront être une aide supplémentaire pour aider les sages-femmes à accompagner les patientes vulnérables.

Ces outils et ces recommandations sont disponibles et accessibles sur l'espace sécurisé du site internet du RPAI.

D'autres outils ont été validés permettant de repérer les idées suicidaires en période périnatale tels que la **Suicide Probability Scale (SPS)**, la **Scale of suicide Ideation (SSI)** ou encore la **Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)** (35-36). La SPS est un auto-questionnaire alors que la SSI et la C-SSRS doivent être réalisées par des professionnels formés à leur utilisation. Aucune étude n'a été retrouvée concernant l'utilisation de ces trois outils par des professionnels de santé pendant la période périnatale. Il est intéressant d'envisager une telle évaluation afin de permettre une utilisation privilégiée et systématique d'un outil de dépistage d'idées suicidaires au même titre que l'on utilise l'EPDS pour le dépistage de la DPP. Les entretiens révèlent donc que les sages-femmes libérales sont en quête d'outils visant à dépister et prendre en charge les patientes à risque de suicide maternel. Cependant, nos recherches ont montré que ces outils existent. Nous pouvons donc nous demander si leur communication et leur diffusion est suffisamment faite et si les méthodes utilisées pour le faire sont adaptées. En effet, une des sages-femmes interrogées nous a confié qu'elle reçoit énormément d'e-mail avec des informations variables et qu'*« un mail sur ce sujet peut malheureusement passer inaperçu »* (SFL3). Nous pouvons imaginer la diffusion de ces outils via la voie postale, ou lors de conférence mais aussi via les réseaux sociaux ou les applications mobiles afin de multiplier les canaux communicants. Néanmoins même si nous imaginons une diffusion plus massive sur le sujet du suicide maternel il appartient à chacun d'éveiller sa curiosité et son implication sur le sujet.

c. Les connaissances générales des sages-femmes libérales sur le suicide maternel en France

Les sages-femmes libérales interrogées considèrent le suicide maternel comme un phénomène « *rare* ». D'après le dernier rapport de l'ENCMM un suicide maternel se produit chaque mois en France (5), sachant que les chiffres sont probablement sous-estimés. Trois SFL interrogées savaient que le suicide est la 2^{ème} cause de mort maternelle en France. Nous observons donc que le risque de suicide en période périnatale est encore trop méconnu et sous-estimé même chez des sages-femmes sensibilisées au sujet. Seulement deux SFL interrogées nous ont dit avoir eu connaissance du rapport de l'ENCMM de 2013-2015 publié en 2021, l'une avait « *vu passer un article dessus dans une revue de gynécologie* » l'autre « *par l'intermédiaire d'une collègue qui m'en a parlé* ». Les six autres SFL nous ont exprimé leur « *regret* » de ne pas avoir eu d'informations concernant les résultats de cette enquête. Concernant leurs connaissances sur le sujet, elles n'ont pas su nous donner la définition faite par l'OMS qui est : « *le suicide maternel représente les suicides survenus chez les femmes pendant la grossesse et dans l'année qui suit l'accouchement* » (6). Néanmoins, elles étaient unanimes pour nous dire que « *la période du post-partum est celle où il y a le plus de risque* » (SFL1). De plus, toutes les SFL interrogées ont été capable de nous donner des facteurs de risque liés au suicide maternel. En revanche, pour trois d'entre elles il était plutôt question de prévenir le risque de DPP et non de suicide lors du dépistage de certains facteurs de risque : « *c'est vrai que je ne pensais pas directement au suicide quand je leur posais ces questions mais plutôt à la dépression du post-partum alors qu'en fait c'est clairement des facteurs de risque de suicide* » (SFL4).

Les résultats de notre étude montrent donc que les sages-femmes libérales ont des connaissances limitées sur le sujet du suicide maternel en France. Lors des entretiens, un

résumé oral des résultats du rapport de l'ENCMM 2013-2015 concernant le suicide maternel a été fait aux sages-femmes libérales. Six SFL ont été « *surprises* » de connaître les chiffres et donc l'importance de ce phénomène en France. Un e-mail avec le lien du rapport leur a été envoyé par la suite afin qu'elles puissent approfondir leurs connaissances sur ce sujet.

6. Forces et faiblesses

Tout d'abord, le nombre restreint de participantes interrogées n'est pas représentatif de la majorité des sages-femmes libérales d'Isère. Cependant nous avons essayé d'interroger des sages-femmes les plus différents possibles pour limiter ce problème (âge, nombre d'année d'exercice en libéral, zone géographique du cabinet).

Le fait d'interroger des sages-femmes associées au sein d'un même cabinet a pu impacter l'objectivité de l'étude. Cependant, comme nous avons eu du mal à recruter des sages-femmes libérales nous avons fait le choix que ça ne serait pas un critère d'exclusion afin de pouvoir réaliser un nombre maximum d'entretien. Pour limiter cette perte d'objectivité nous avons veillé à ce que les sages-femmes d'un même cabinet aient un écart d'âge important et donc un nombre d'année d'expérience en libéral différent. Ainsi, chacune a une expérience en libérale antérieure à leur association ce qui signifie qu'elles ont pu rencontrer des patientes à risque de suicide différentes. De plus, nous leur avons demandé de ne pas communiquer entre elles sur le sujet entre leurs entretiens respectifs.

Il existe également un autre biais de sélection étant donné que nous avons sélectionné des sages-femmes libérales qui avaient déjà accompagné des patientes à risque de suicide maternel. En effet, nous craignons que les sages-femmes nous parlent davantage de la dépression périnatale que du suicide maternel. Cela a permis de centrer nos entretiens sur le risque de suicide maternel exclusivement.

L'existence de l'UTAP dans le département a pu constituer un biais dans l'évaluation de la conformité de la prise en charge des patientes. Pour pallier à ce biais, nous avons interviewé des sages-femmes libérales ayant leur cabinet à une distance importante de Grenoble et donc de l'UTAP.

Un biais de mémorisation peut aussi être présent puisque les sages-femmes ont dû se remémorer des situations passées dont la prise de distance a pu modifier leur discours.

Enfin, les sages-femmes ont pu culpabiliser de voir leurs connaissances sur le suicide maternel limitées. Le climat de confiance instauré lors de l'entretien et l'apport de connaissances sur ce sujet en fin d'interview avaient pour but de réduire ce sentiment.

Ce travail a permis de sensibiliser les sages-femmes interviewées sur le sujet du suicide maternel et de leur apporter des connaissances sur les morts maternelles liées à ce phénomène en France.

La principale force de ce travail est d'avoir réussi à respecter le sujet de notre étude : le risque de suicide maternel. En effet, nous craignions que les sages-femmes nous parlent davantage de dépression du post-partum mais les résultats de notre travail montrent que nous avons réussi à centrer nos entretiens sur le suicide maternel.

Nous avons réalisé cette étude presque deux ans après la publication du 6^{ème} rapport de l'ENCMM, cela nous a permis d'obtenir la documentation nécessaire à l'élaboration de ce travail. Très peu de données étaient disponibles sur ce sujet en amont. En effet, les résultats de cette enquête ont permis une mise en lumière du suicide maternel en France et de nombreux travaux sur ce sujet ont émergé suite à leur publication.

IV. Conclusion

Notre étude a montré que les sages-femmes libérales sont en première ligne pour prévenir et dépister le risque de suicide maternel tout au long de la grossesse et du post-partum. Les résultats de notre travail ont permis de mettre en évidence la sensibilité des sages-femmes libérales sur le sujet du suicide maternel. En effet, elles sont conscientes des vulnérabilités psychiques présentes chez les femmes en période périnatale. Elles ont une grande capacité d'écoute ainsi qu'une empathie leur permettant d'établir une certaine proximité et un lien de confiance favorable aux confidences. Les patientes se sentent alors à l'aise pour raconter aux sages-femmes certains traumatismes, passés ou actuels, de leur vie. Les sages-femmes libérales sont capables de repérer un changement brutal et durable de comportement lié à une souffrance psychique. Il pourrait être intéressant de connaître le vécu des sages-femmes libérales face à une patiente présentant un risque de suicide maternel au travers d'une autre étude.

De plus, notre enquête a révélé que les sages-femmes libérales travaillent en réseaux avec d'autres professionnels de la parentalité. Elles orientent rapidement les patientes vers un professionnel de santé mental afin qu'elles puissent bénéficier d'une prise en charge optimale. Dans l'agglomération grenobloise, c'est principalement vers l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatale du Centre Hospitalier de Grenoble-Alpes qu'elles orientent les patientes. Les résultats ont souligné que les sages-femmes libérales doivent penser à informer davantage les médecins traitants.

Les entretiens ont montré que les sages-femmes libérales utilisent peu les outils permettant de les aider dans le dépistage des patientes à risque car elles ignorent leur existence. Cela semble souligner un défaut de communication entre les réseaux périnataux et

les sages-femmes libérales. Il serait intéressant de connaître dans un autre travail, les motivations et les freins à la prévention et au dépistage du risque de suicide maternel par les sages-femmes libérales afin de proposer des axes de réflexion et d'amélioration. Cependant, il appartient à chacun d'éveiller sa curiosité et d'aller chercher les informations qu'il lui manque.

Notre étude a aussi permis de montrer le rôle essentiel de l'entourage et des conjoints auprès des femmes en période périnatale. Nous savons qu'ils représentent un grand soutien pour les femmes et sont souvent en première ligne pour dépister la souffrance psychique des femmes et alerter les professionnels de santé. Il pourrait être envisagé de connaître dans une autre étude, le vécu des pères/conjoints mais aussi celui des mères lors de situations à risque de suicide maternel.

Notre étude s'est concentrée sur le rôle des sages-femmes libérales mais n'oublions pas les sages-femmes hospitalières de consultation ou de maternité qui sont en première ligne pour dépister des variations thymiques durant la grossesse et le post-partum immédiat. Une étude évaluant le lien entre les difficultés psychiques ressenties en post-partum immédiat et le risque de suicide maternel pourrait être envisagée.

Il paraît donc indispensable de sensibiliser les sages-femmes libérales mais de façon général tous les professionnels de santé ainsi que le grand public sur le suicide maternel. Un élargissement des connaissances sur ce phénomène ainsi que sa compréhension permettront de mieux le dépister et le prévenir.

« Chaque vie qui s'éteint par suicide est une vie de trop. La seule façon d'avancer est d'agir ensemble, et ce dès à présent. J'appelle toutes les parties prenantes à décréter l'état d'urgence en matière de prévention du suicide. »

Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (33)

V. Références bibliographiques

1. Andrea H.Japp, Une ombre plus pâle, Paris, France, Calmann-Lévy, Suspense crime, 2009, 308 p.
2. Philippe Besson, Un instant d'abandon, Paris, France, Julliard, 2005, 216 p.
3. P.-C. Racamier, C. Sens, L. Carretier, La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum, L'évolution psychiatrique, 1961, vol. 26, 4, 525-557.
4. Les 1000 premiers jours, là où tout commence – Rapport de la commission des 1000 premiers jours [Internet]. 2020. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
5. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6^{ème} rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2013-2015. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 237 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
6. The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium : ICD-MM. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization, 2012. Report No.
7. Edwin S. Shneidman, Lives and deaths : selections from the works of Edwin S. Shneidman, Antoon Leenaars, 1999, 448 p.
8. Caisse d'allocations familiale. L'entretien prénatal précoce : un soutien pour les parents [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.caf.fr/allocataires/vies-de-famille/articles/l-entretien-prenatal-precoce-un-soutien-pour-les-parents>
9. Bartel, Ann P., Nancy D. Beaulieu, Ciaran S. Phibbs, and Patricia W. Stone. 2014. "Human Capital and Productivity in a Team Environment: Evidence from the Healthcare Sector." *American Economic Journal: Applied Economics*, 6 (2): 231-59
10. Geoffroy, P-A., Oquendo, M.A., Courtet, P. et al. Sleep complaints are associated with increased suicide risk independently of psychiatric disorders : results from a national 3-year prospective study. *Mol Psychiatry* 26, 2126 – 2136 (2021).
11. Geoffroy, P-A. Une altération du sommeil peut-elle prédire le risque de suicide ?, Société française de recherche et médecine du sommeil, 2020. Disponible sur : <https://www.sfrms-sommeil.org/une-alteration-du-sommeil-peut-elle-predire-le-risque-de-suicide/>
12. Monique Bydlowski, La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris, France, Presses Universitaires de France, 1997, 203 p.
13. Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., De Berardis, D., Perna, G., Pompili, M., & Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal

- Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Frontiers in psychiatry*, 7, 138. Disponible sur : <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00138>
14. Jaoul, M. (2011). Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP. L'assistance médicale à la procréation. Actualité et dossier en santé publique n°75. pp.24-27
 15. Articles R.4127-301 à R.4127-367 du Code de la Santé Publique. Section 3 du Code de Déontologie des sages-femmes.
 16. Article L.1111-4 du Code de la Santé Publique. Section 1 : Principes généraux.
 17. Article L.3212-1 du Code de la Santé Publique.
 18. Thyago Antonelli-Salgado. Loneliness, but not social distancing, is associated with the incidence of suicidal ideation during the covid-19 outbreak. A longitudinal study, *Journal of affective disorders*, volume 290, 2021, p.52-60
 19. Tristan Gaudiaut, Congé paternité : quels pays d'Europe sont les plus généreux ?, Statista, 2021. Disponible sur : <https://fr.statista.com/infographie/25213/nombre-de-semaines-de-conge-paternite-indemniees-dans-les-pays-europe/>
 20. K-M. Barry, R. Gomajee, X. Benarous, M-N. Dufourg, E. Courtin, M. Melchior, Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study. *Lancet Public Health* 2023; 8: e15–27. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00288-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00288-2)
 21. Symptômes et diagnostic des troubles anxieux (anxiété grave), Assurance maladie, 2022. Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/isere/assure/sante/themes/troubles-anxieux-anxiete/symptomes-diagnostic>
 22. Magazine télévisé présenté par Faustine Bollaert. Ça commence aujourd'hui. Suicide maternel : elles lèvent le tabou. France télévision, 2023.
 23. Régine Prat, Les bébés qui réactivent notre folie, Spirale, vol.45, no.1, 2008, pp. 149-169.
 24. D.W. Winnicott, La préoccupation maternelle primaire, De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1975, pp. 168-174.
 25. American Psychiatric Association. (2015). DSM-V-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (Guelfi J. D. et Crocq M. A., Trad., 5e éd.). Masson.
 26. S. Tebeka, V. Demiguel, E. Lebreta, J. Boudet-Berquier, G. Apter, C. Crenn-Hebert, M. Vacheron, C. Le Ray, N.Regnault, S.Enp, Dépression, anxiété et idées suicidaires à deux mois du post-partum : données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2021. *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie*, vol 51, issue 1, 2023, page 78.
 27. Barbara Chaignon. Dépression du post-partum : connaissances, pratiques et besoins de formation des sages-femmes libérales et de PMI. 2018. Disponible sur :

<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/82705194-7706-41dd-beeb-af5cd815f526>

28. Namêche, K., Gathy, C., Mikolajczak, G., & Deseilles, M. (2012). Troubles psychiques liés à la maternité: Troubles puerpéraux. *Acta Psychiatrica Belgica*, 112(1), 39-45.
29. Poizat, A. (2009). 16. Un dispositif particulier de prise en charge médico-psychologique en périnatalité : l'unité transversale d'accompagnement périnatal. Dans : Françoise Molénat éd., *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains* (pp. 233-246). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.molen.2009.01.0233>
30. Evaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables en maternité et centres périnataux de proximité (CPP) en Auvergne- Rhône-Alpes. Rapport des études menées auprès des établissements de santé et des réseaux de santé en périnatalité. 2021. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/89305/download?inline>
31. Centre Hospitalier Alpes-Isère. *Pôle infanto-juvénile*. Consulté le 30 mars 2023. Disponible sur : <https://ch-alpes-isere.fr/pij/>
32. Centre Hospitalier Théophile Roussel. *Plaquette informative du CATTP Centre Naissance du Pôle de psychiatrie infanto-juvénile*. Consulté le 30 mars 2023. Disponible sur : https://th-roussel.fr/wp-content/uploads/2017/11/Plaquette_CATTP-CentreNaissanceNew.pdf
33. Organisation mondiale de la Santé, Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial [Internet] 2014. Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
34. Accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveaux-nés. Note de cadrage [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS), 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-personnalise-du-retour-a-domicile-apres-accouchement-des-meres-en-situation-de-vulnerabilite-et-de-leurs-nouveaux-nes-note-de-cadrage
35. Mathilde Blanchet. Revue de la littérature : les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en soins primaires. *Sciences du vivant [q-bio]*. 2019. Dumas-02122265
36. Doncarli A, Gorza M, Gomes E, Cardoso T, Vacheron MN, Regnault N, *et al*. Suicide en période périnatale : données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention. *Bull Épidémiol Hebd*. 2023;(3-4):68-76. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/2023_3-4_4.html

Annexe 1 : grille d'entretien : Prévention et dépistage du risque de suicide maternel par les sages-femmes de l'Isère

Introduction :

« Bonjour,

Je suis Céline, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme de Grenoble. Dans le cadre de mes études, je réalise mon mémoire sur la prévention et le dépistage du risque de suicide maternel par les sages-femmes libérales, sous la direction du Docteur Annie POIZAT. J'aimerais si vous êtes toujours d'accord discuter avec vous sur ce thème. Il s'agit d'une discussion libre, un entretien qui me permettra de prendre en considération votre expérience et votre vécu. Si vous êtes d'accord j'aimerais enregistrer l'entretien pour ne rien perdre de notre conversation et pouvoir l'analyser par la suite. Bien sûr cet entretien restera anonyme et strictement confidentiel. L'enregistrement sera détruit après analyse des résultats et soutenance du mémoire. Voulez-vous bien participer à cette enquête ? »

Informations générales :

- Date de l'entretien :
- Durée de l'entretien :
- Ressenti de l'enquêteur :

Caractéristiques de l'interviewé :

- Age :
- Exerce en libéral depuis :
- Localisation du cabinet :

Thème n°1 : Découverte d'une situation à risque de suicide maternel

<i>Question principale et relances</i>	<i>Concepts à aborder</i>
<p>Est-ce que vous vous souvenez de situations devant lesquelles vous étiez face à une patiente à risque de suicide maternel ? Comment ça s'est passé ? Racontez-moi</p> <ul style="list-style-type: none">• A quel moment c'était dans votre accompagnement ?• Quels sont les signes qui vous ont alerté ?• Quelles étaient vos préoccupations vis-à-vis de cette patiente tant sur le plan physique que psychologique ?	<ul style="list-style-type: none">• Période de parentalité• Facteurs de risque• Préoccupations physiques - psychologiques

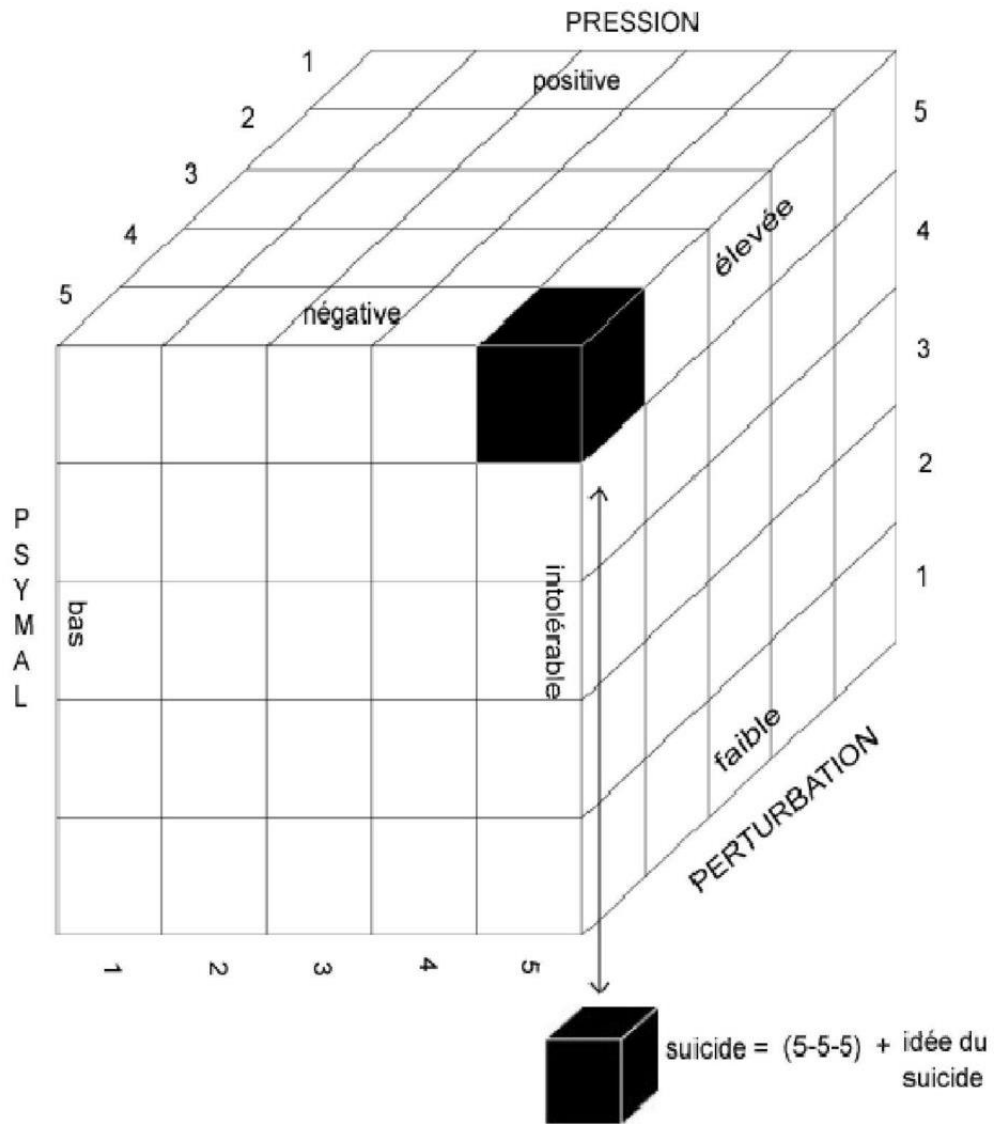
Thème n°2 : Actions menées par les sages-femmes libérales face à une patiente à risque de suicide maternel

<i>Question principale et relances</i>	<i>Concepts à aborder</i>
<p>Racontez-moi quelles ont été les actions que vous avez menées pour aider cette patiente ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous mis en place un accompagnement plus spécifique ? De quel type ? • Vers qui l'avez-vous orientée ? • Vous êtes-vous sentie à l'aise ? Selon vous qu'est-ce qui a fait que vous étiez à l'aise ou non avec ce genre de situation ? <p style="text-align: center;">Est-ce que cette situation a engendré des changements dans votre pratique professionnelle ? Racontez-moi ce qui a changé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous une idée d'outils pouvant être utiles pour prévenir et dépister le risque de suicide maternel ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts – personnes ressources • Liens • Visites à domicile/ Rendez-vous plus rapprochés • Sensibilité personnelle • Expérience acquise • Formation initiale et continue • Outils de dépistage (Interrogatoire minutieux des ATCD - EPP – EPNP – EPDS – Protocoles RPAI)

Thème n°3 : Connaissances générales des sages-femmes libérales sur le suicide maternel

<i>Question principale et relances</i>	<i>Concepts à aborder</i>
<p>Concernant vos connaissances générales sur le suicide maternel en France, racontez-moi ce que vous savez sur ce sujet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la définition des décès par suicide maternel ? • A quelle place se situe le suicide maternel parmi les causes de mort maternelle en France ? • Quels sont les facteurs de risque et les facteurs de vulnérabilité psychosociale ? • Quels sont les circonstances de survenus (moment, mode, lieu) ? <p>Avez-vous eu connaissance du dernier rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) datant de janvier 2021 ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par quel moyen ? En avez-vous parlé ? A qui ? • Quelles émotions avez-vous ressentie lors de la découverte des résultats de cette enquête ? • Les résultats de cette enquête ont-ils engendré des changements dans votre pratique professionnelle ? Lesquels ? Comment ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide maternel • Facteurs de risque • Circonstances de survenus • Rapport de l'ENCMM • Intérêt des professionnels pour ce sujet • Emotions – Sensations • Modification des pratiques

Annexe 2 : Modèle cubique d'Edwin S.Shneidman



Annexe 3 : Échelle EPDS destinée aux professionnelles de santé par le RPAI



La dépression post-partum

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Ce questionnaire est destiné aux femmes ayant eu un bébé récemment (dans l'année écoulée) ou aux femmes enceintes.

Les catégories de réponses sont notées 0/1/2/3 selon la sévérité des symptômes, parfois sont notés inversement 3/2/1/0. Le total est calculé en additionnant les résultats des 10 items.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté	
A Aussi souvent que d'habitude	0
B Pas tout-à-fait autant	1
C Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci	2
D Absolument pas	3
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir	
A Autant que d'habitude	0
B Plutôt moins que d'habitude	1
C Vraiment moins que d'habitude	2
D Pratiquement pas	3
3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal	
A Oui, la plupart du temps	3
B Oui, parfois	2
C Pas très souvent	1
D Non, jamais	0
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs	
A Non, pas du tout	0
B Presque jamais	1
C Oui, parfois	2
D Oui, très souvent	3
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons	
A Oui, vraiment souvent	3
B Oui, parfois	2
C Non, pas très souvent	1
D Non, pas du tout	0
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements	
A Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable	3
B Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face	2
C Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations	1
D Non, je me suis sentie efficace que d'habitude	0
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil	
A Oui, la plupart du temps	3
B Oui, parfois	2
C Pas très souvent	1
D Non, pas du tout	0
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse	

A	Oui, la plupart du temps	3
B	Oui, très souvent	2
C	Pas très souvent	1
D	Non, pas du tout	0
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré		
A	Oui, la plupart du temps	0
B	Oui, très souvent	1
C	Seulement de temps en temps	2
D	Non, jamais	3
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal		
A	Oui, très souvent	3
B	Parfois	2
C	Presque jamais	1
D	Jamais	0

TOTAL



- **Si résultat > ou = à 10** → orientation vers un médecin ou spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée.
- **Si résultat > ou = 13** → peut indiquer une dépression majeure.

NB :

- Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique poussée.
- Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient avoir une dépression post-partum et/ou vont bénéficier de services de soutien.

Sur le site du Réseau Périnatal Alpes Isère <https://www.rpai-perinat.org> :

- Espace grand public - Soutien psychologique pour trouver l'annuaire des professionnels sur le RPAI
- Espace professionnel sécurisé – Protocoles et Procédures
 - o Prise en charge psychiatrique et/ou psychologique en ante-natal
 - o Prise en charge psychiatrique et/ou psychologique en post-natal

Annexe 4 : Support destiné aux professionnels pour mener l'EPP par le RPAI



Support pour l'entretien prénatal proposé par le Réseau Périnatal Alpes-Isère :
Dimensions à explorer pendant l'entretien :
1) médicales 2) psychologiques 3) sociales
Ceci est un guide non exhaustif des thèmes à aborder.

**Choisissez ou laissez la future maman en choisir l'ordre
Sans obligation de tout aborder**

<p><u>ATCD marquants et santé globale</u></p> <p><i>(Extraire uniquement les ATCD marquants sans dupliquer le dossier médical)</i> Régime alimentaire Prise de poids Conduites addictives (alcool , tabac..) sexualité Activité physique</p>	<p><u>Environnement familial et social</u></p> <p>Conjoint (présence, âge et profession) Réseau familial et amical Enfants au domicile, composition de la famille. Conditions de travail Conditions sociales</p>	<p>Proposition de fin d'entretien et/ou synthèse. <i>Par exemple : revoir sa gynéco, contacter la PMI, voir une assistante sociale...</i></p>
<p><u>Projet de naissance</u></p> <p>Choix de la maternité Préparation à la naissance et à la parentalité Allaitement Souhaits particuliers Organisation</p>	<p><u>Aspects psychologiques</u></p> <p>Sentiment de sécurité Préoccupations Croyances familiales Evènements marquants Emotions</p>	<p>A la fin de l'entretien un exemplaire sera laissé à la future maman qui peut le transmettre au professionnel de son choix</p> <p>Un exemplaire sera gardé par le professionnel qui réalise l'entretien.</p>

① Il est recommandé d'informer le professionnel qui suit la grossesse que l'entretien a été réalisé

Fiche de liaison de l'entretien prénatal précoce

Entretien réalisé par :

Date : / / 20

Patiente :

Age Profession :

Adresse :

Présence du conjoint oui non

Qui vous a proposé cet entretien ?

Quel est le médecin ou la sage-femme qui suit votre grossesse ?



<p><u>ATCD marquants et santé globale</u></p>	<p><u>Environnement familial et social</u></p>	<p>Proposition de fin d'entretien et/ou synthèse</p>
<p><u>Projet de naissance</u></p>	<p><u>Aspects psychologiques</u></p>	

La patiente accepte-t-elle d'être contactée après la naissance pour nous faire partager son expérience :
 oui non Tel : / / / / / / / / / /

Annexe 5 : Protocole de prise en charge psychiatrique et/ou psychologique en anténatal par le RPAI

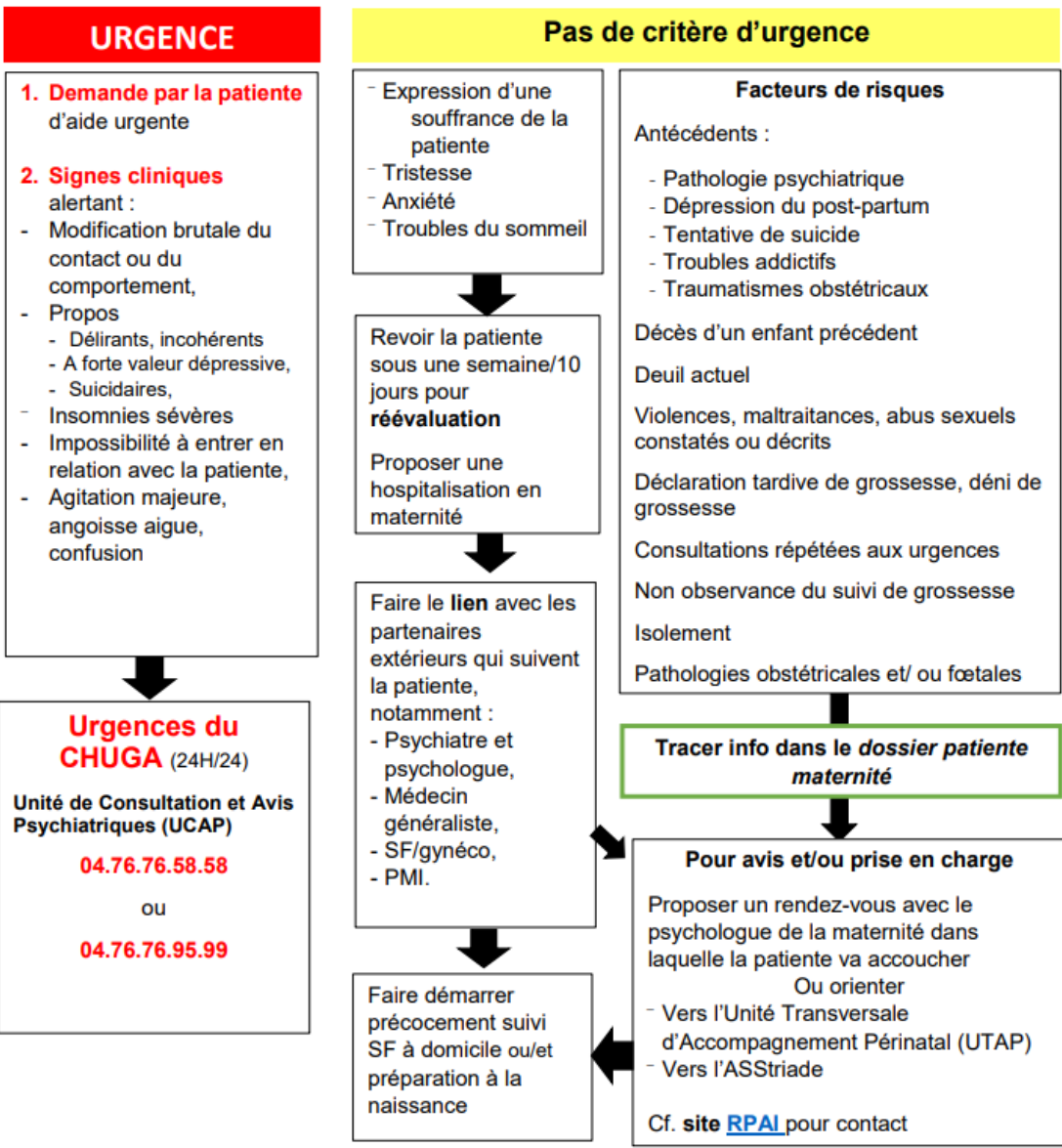


PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET/OU PSYCHOLOGIQUE en ANTE-NATAL

Evaluation de la santé psychique de la femme enceinte par un.e sage-femme et/ou un.e obstétricien.ne/gynécologue selon les recommandations de l'ENCMM */ INSERM – Santé Publique France (du dernier rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles).


Lors de chaque consultation de suivi de grossesse, ou au cours d'une hospitalisation, dédier un temps à l'exploration de l'état émotionnel de la patiente et à la qualité de soutien de son entourage.

**A votre disposition sur le site RPAI, l'échelle de dépression post natal d'Edimbourg (EDPS)*



Rédaction : Commission Psychopathologie Périnatale RPAI – Validation par BE du 13 Septembre 2021

Annexe 6 : Protocole de prise en charge psychiatrique et/ou psychologique en postnatal par le RPAI



PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET/OU PSYCHOLOGIQUE en POST-NATAL

Si difficultés repérées lors du séjour en maternité → proposer un séjour prolongé et/ou sortie en HAD

Lors de l'ENTRETIEN POST NATAL (intra-hospitalier ou référent) Sage-femme /obstétricien et gynécologue / pédiatre / PMI, dédier un temps à l'évaluation de la santé psychique de la femme et du bébé et à la qualité du soutien de son entourage.

* A votre disposition sur le site RPAI, l'échelle de dépression post natal d'Edimbourg (EDPS)

URGENCE

VIGILANCE

ADULTES

1. Demande par la patiente ou de la famille d'aide urgente

2. Signes cliniques alertant :

- Modification brutale du contact ou du comportement,
- Propos
 - Délirants, incohérents
 - A forte valeur dépressive,
 - Suicidaires,
- Impossibilité à entrer en relation avec la patiente,
- Agitation majeure, angoisse aiguë, confusion
- Insomnie sévère

➔ Appeler

Unité de Consultations et Avis Psychiatriques du CHUGA (UCAP)

04.76.76.58.58
Secrétariat 8h/18h30 - 7/7

ou

04.76.76.95.99
Bureau UHCD – urgences adultes

ENFANTS

- 1. Symptômes physiques inquiétants**
- 2. Violences avérées,**
- 3. Négligences graves,**
- 4. Incapacité parentale** à répondre aux besoins vitaux de leur bébé

➔

Hospitalisation en néonatalogie si urgence repérée pendant séjour maternité

OU

Urgences pédiatriques du CHUGA
04 76 76 65 18

+

Faire une information préoccupante à la

C.R.I.P. 04 76 00 32 63

Les facteurs de risques de décompensation sont ceux ciblés en ante natal :

Antécédents :

- Pathologie psychiatrique
- Dépression du post-partum
- Tentative de suicide
- Troubles addictifs
- Traumatismes obstétricaux

Décès d'un enfant précédent
Deuil actuel

- Le contexte de naissance difficile (pour la mère ou l'enfant)
- Difficultés conjugales

➔

Violences, maltraitements, abus sexuels constatés ou décrits
Déclaration tardive de grossesse, déni de grossesse
Consultations répétées aux urgences
Non observance du suivi de grossesse
Isolement
Pathologies obstétricales et/ ou fœtales

➔

Difficultés repérées chez l'enfant et/ou ses parents :

Chez l'enfant :
Pleurs inconsolables, persistance de troubles alimentaires, du sommeil, du tonus, de l'éveil et de la communication, retrait relationnel.

OU

Chez les parents :

- Signes de dépression du post-partum : anxiété, fatigue intense et persistante, sentiment d'incapacité, dévalorisation, tristesse, froideur émotionnelle, trouble du sommeil ...
- Expression ou repérage d'une difficulté parentale à créer du lien avec l'enfant,
- Difficulté à repérer les besoins de l'enfant,

➔

Consultations pédiatriques / PMI rapprochées

Orientation vers professionnels :

- UTAP,
- ASSIRIade,
- CMP,
- Psychologue de la maternité dans laquelle la patiente a accouché,
- Libéraux...

Rédaction : Commission Psychopathologie Périnatale RPAI – Validation par BE du 13 Septembre 2021

Résumé

L'objectif de cette étude était d'interroger des sages-femmes libérales afin de savoir si elles se sentent concernées par le suicide maternel et de comprendre comment elles préviennent et dépistent ce risque. Nous avons aussi cherché à connaître les connaissances des sages-femmes libérales sur ce sujet.

Le recueil des données a été effectué par des entretiens individuels semi-directifs. Les sages-femmes incluses volontaires (n=8) avaient le sentiment d'avoir accompagné une patiente à risque de suicide maternel et travaillaient en libéral dans le département de l'Isère.

Les résultats ont montré que les sages-femmes libérales sont sensibles à la santé mentale des femmes en période périnatale et qu'elles ont les capacités de prévenir et de dépister le risque de suicide maternel. Cependant, elles utilisent peu les outils mis à leur disposition ou ignorent leur existence. De plus, les connaissances générales des sages-femmes libérales sur le suicide maternel en France semblent limitées.

En conclusion, les données de notre étude sont concordantes avec la littérature et les projets de santé nationaux, le suicide maternel doit être réduit et cela passe par la sensibilisation et la formation de tous les professionnels de santé dont les sages-femmes font partie.

Mots Clefs

Suicide maternel – Risque suicidaire – Périnatalité – Dépistage – Prévention – Sage-femme libérale

Abstract

First of all, the aim of this study was to interview liberal midwives in order to find out how they feel concerned by maternal suicide and to understand how they identify and prevent this risk. We also sought to know the general knowledge of liberal midwives on this subject.

Data collection was through individual semi-structured interviews. The volunteer midwives interviewed (n=8) had been selected because they already had the feeling to manage a patient with maternal suicide risk and these midwives are working in private practice in Isère.

Finally, the results showed that liberal midwives are sensitive to the mental health of women in the perinatal period and the fact that they have skills to prevent and detect maternal suicide risk. However, we also learn that most of them don't know all the tools they can use. Moreover, the general knowledge of liberal midwives on maternal suicide in France seems to be limited.

To conclude, the data of our study are consistent with the literature and highlight the importance of national health projects. Prevention and screening of maternal suicide are a public health priority and this require awareness and training of all professionals health, including midwives.

Keywords

Maternal suicide – Suicide risk – Perinatal – Screening – Prevention – Liberal midwife