

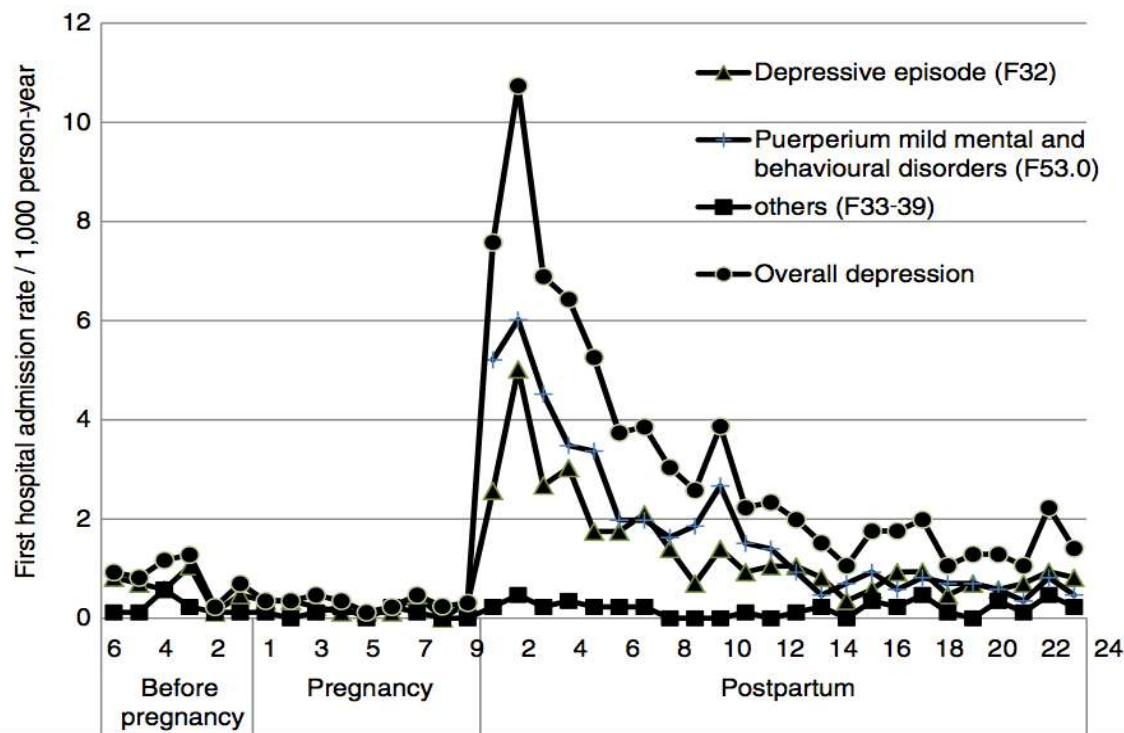


Périnatalité et suicide : des pistes de prévention

Sarah Tebeka
Sarah.tebeka@aphp.fr

Pas de lien d'intérêt

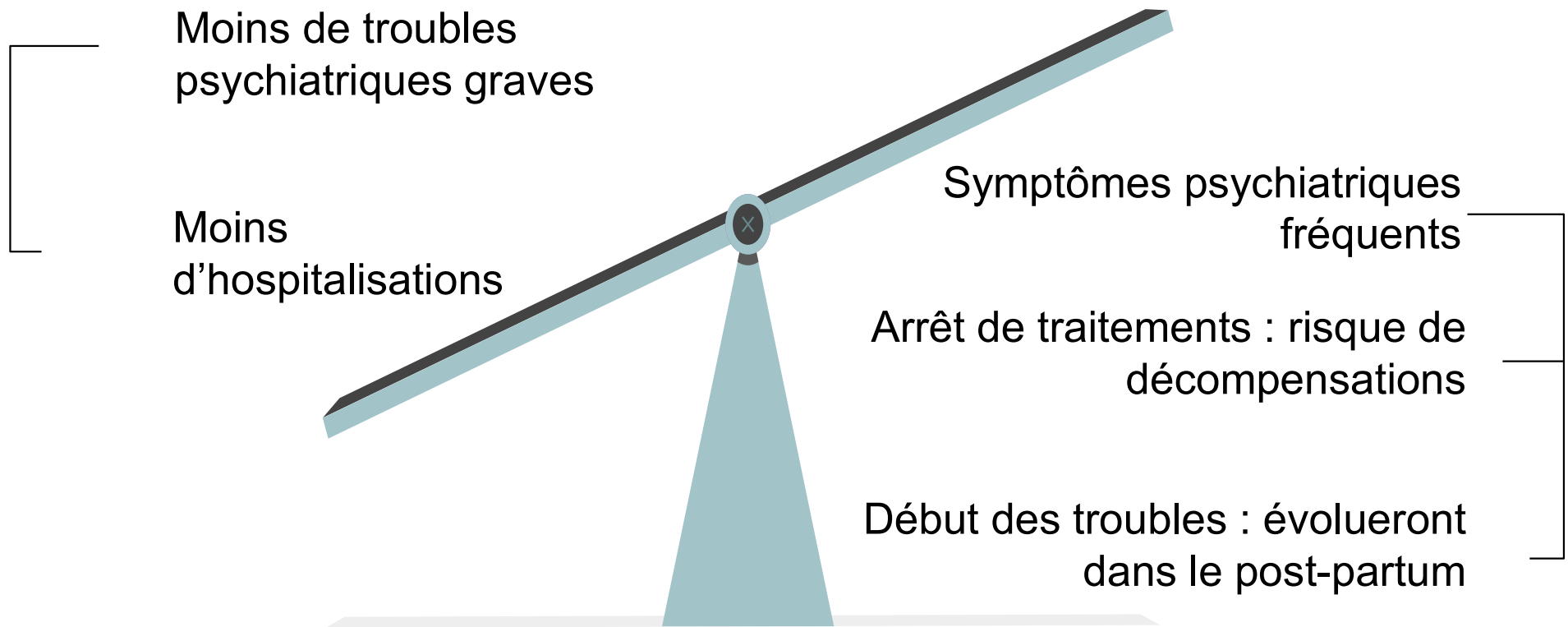
Epidémiologie



Xu et al., 2012

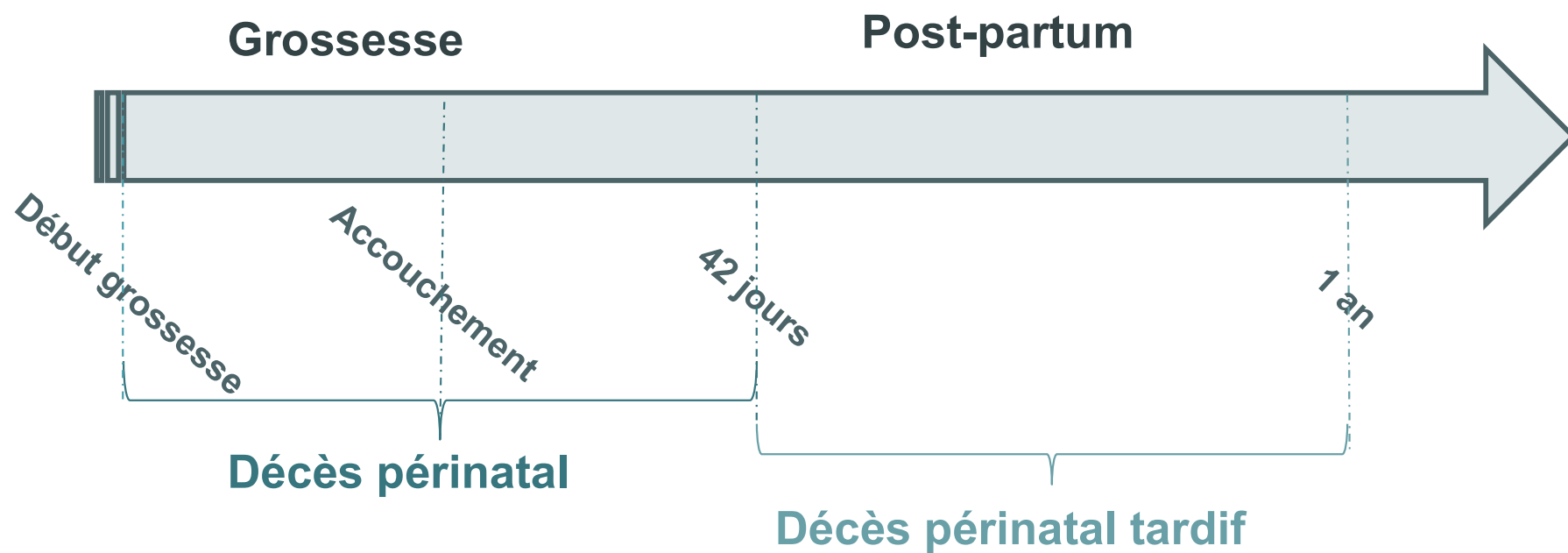
- Décompensation d'un trouble préexistant
- Episode inaugural

Grossesse : une période protégée ?



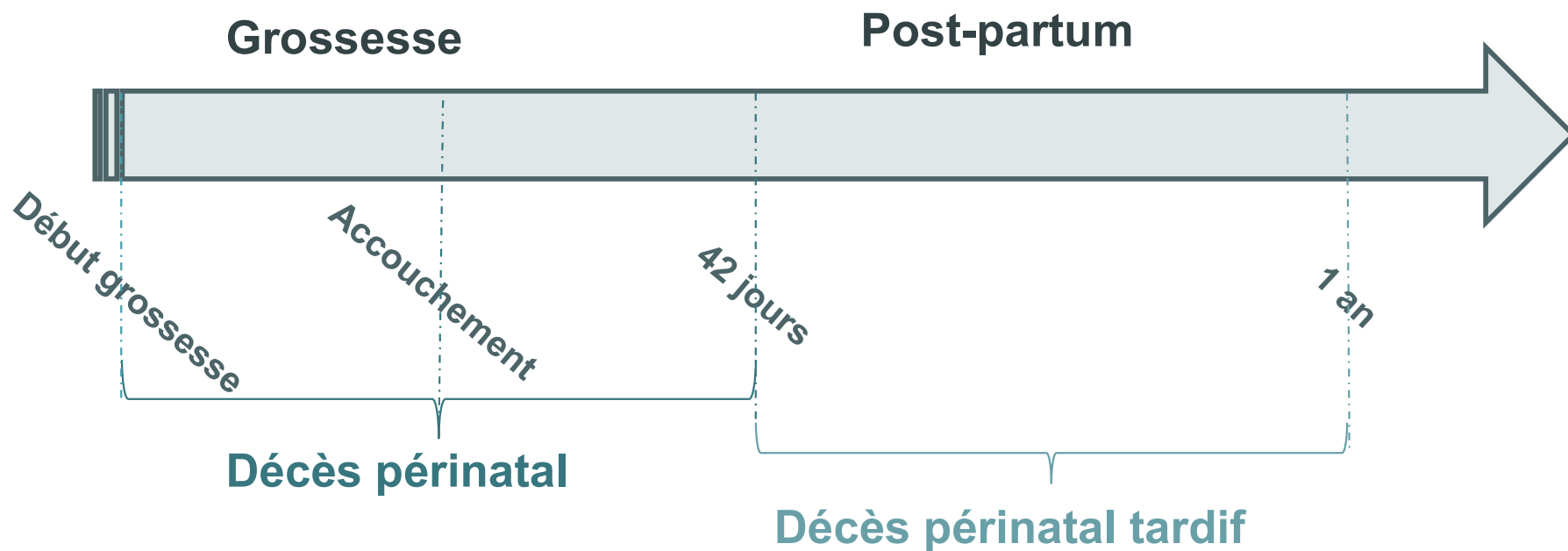
→ **Moment privilégié d'intervention précoce**

Décès maternels



OMS – Esscher *et al.*, 2016

Décès maternels



➔ Décès maternel: **13-15 / 100 000 naissances**

OMS – Esscher *et al.*, 2016 – Palladino *et al.*, 2011

Suicides maternels

2012 : Suicide = décès maternel de cause **indirecte**

OMS, 2012

➔ 3 - 5 / 100 000 naissances

Esscher *et al.*, 2016

Suicides maternels

2012 : Suicide = décès maternel de cause **indirecte**

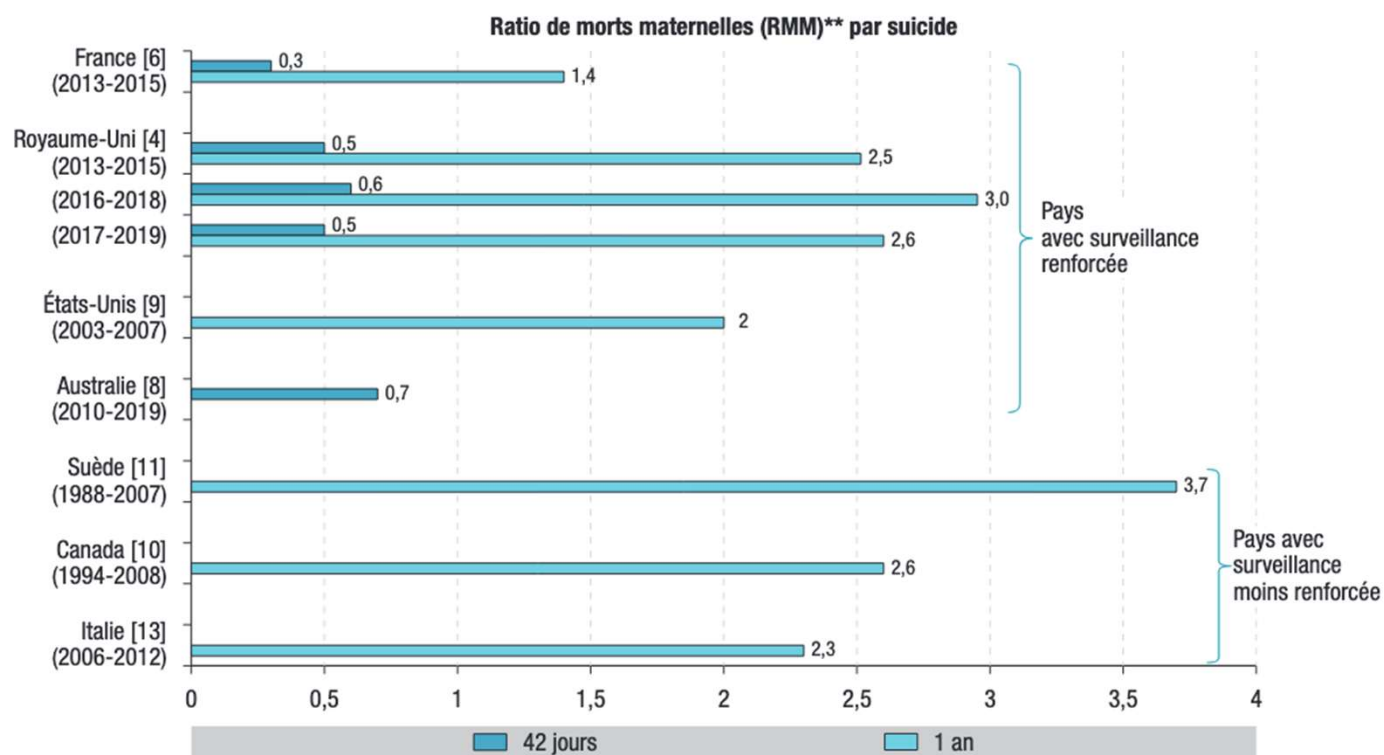
OMS, 2012

→ 3 - 5 / 100 000 naissances



Esscher *et al.*, 2016

Suicide maternel



** RMM calculé pour 100 000 naissances vivantes

Tebeka *et al.*, 2022

Suicides maternels

2012 : Suicide = décès maternel de cause **indirecte**

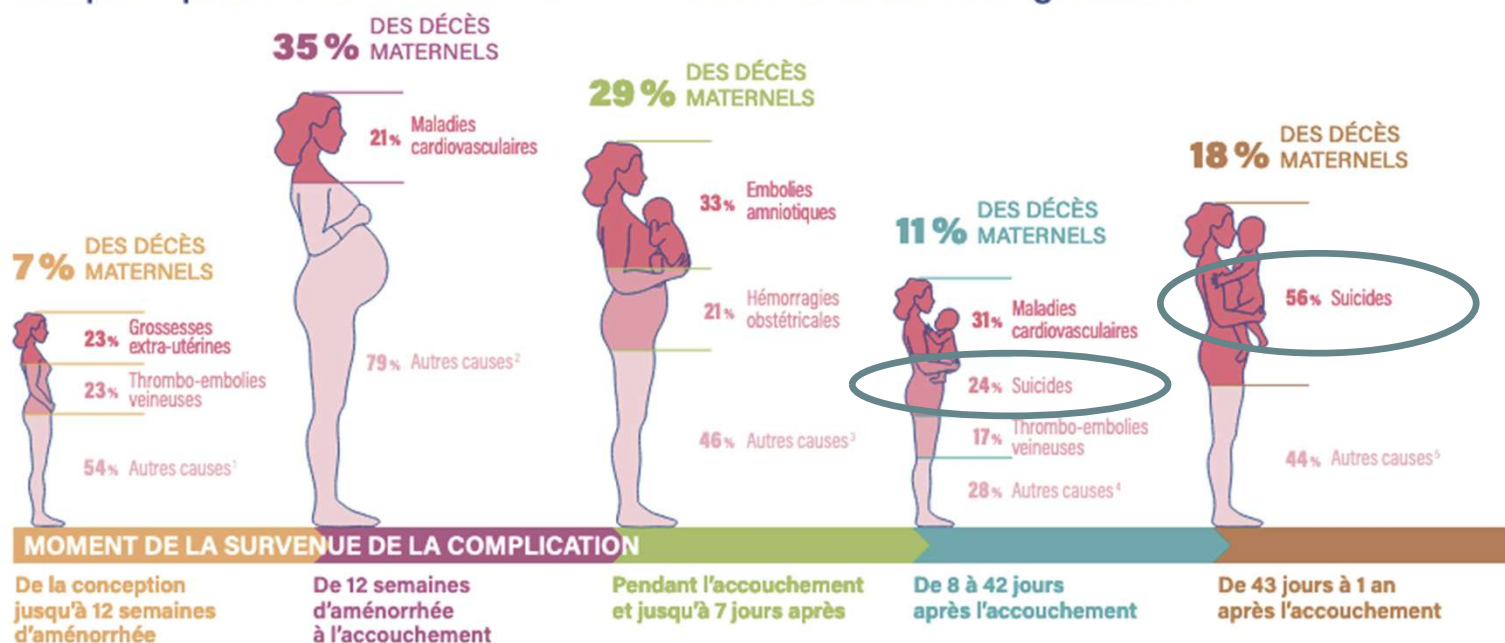
OMS, 2012

→ 20-30% des décès maternels

Palladino *et al.*, 2011

Suicides maternels

Les principales causes de décès en fonction du stade de la grossesse



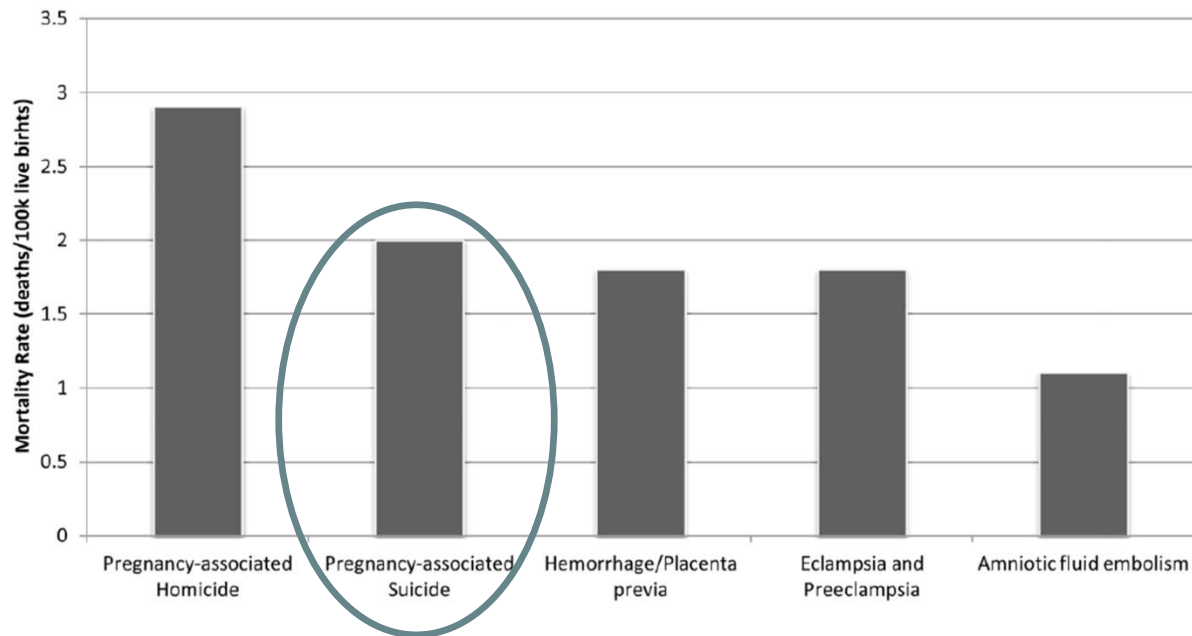
1. Maladies cardiovasculaires, infections indirectes, suicide, causes inconnues - 2. Cancers, accidents vasculaires cérébraux, thrombo-embolies veineuses, causes inconnues - 3. Infections à porte d'entrée génitale, thrombo-embolies veineuses, maladies cardiovasculaires, causes inconnues - 4. Accidents vasculaires cérébraux, infections indirectes, complications hypertensives, causes inconnues - 5. Cancers, thrombo-embolies veineuses, infections indirectes, causes inconnues

Rapport ENCMM 2021- Vacheron *et al.*, 2021

Suicides maternels

→ Suicide maternel: 3 – 5 / 100 000 naissances

Esscher *et al.*, 2016



In Palladino *et al.*, 2011 - Vacheron *et al.*, 2021

Suicides maternels : sous diagnostiqués

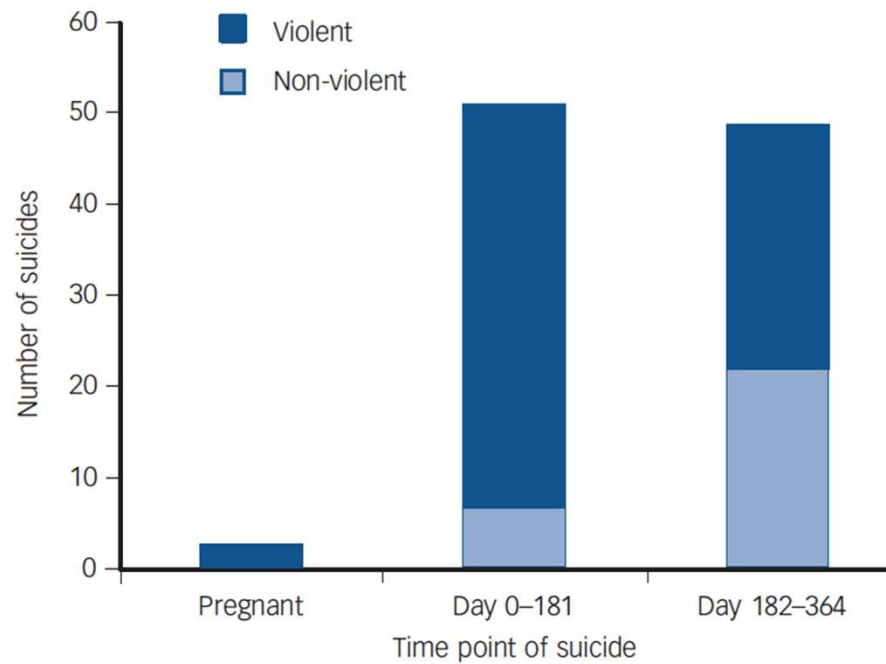
➤ Entre 26 et 56%

Horon et Cheng 2011

- ❖ Cause indirecte de la grossesse ?
- ❖ Classification: Suicide vs Accident ?
- ❖ Contexte de périnatalité non indiqué

Oates, 2003 – Austin *et al.*, 2007 – Cliffe *et al.*, 2008

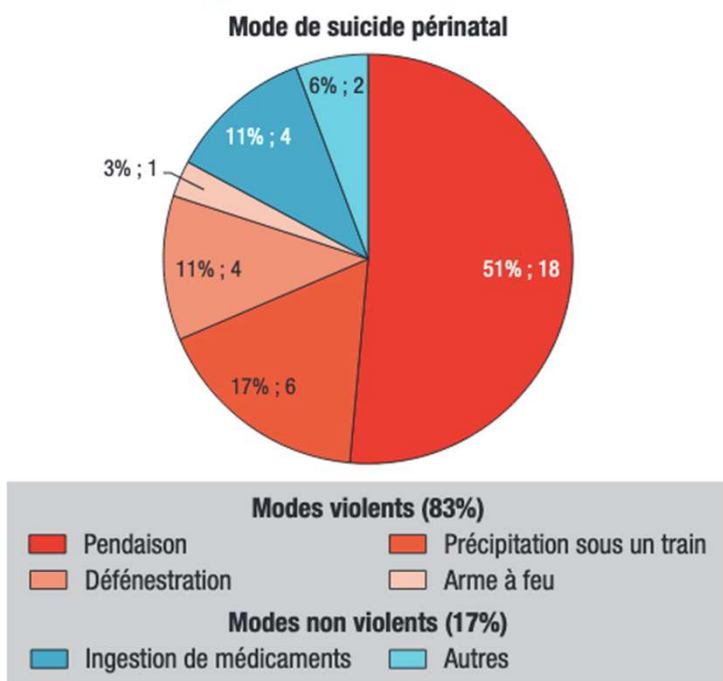
Suicides maternels : période à risque



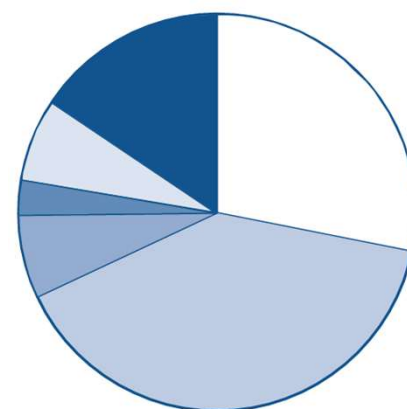
Esscher *et al.*, 2016

Suicides maternels : moyens utilisés

Mode de suicide périnatal en France, 2013-2015



Tebeka *et al.*, 2022



- Intoxication
- Hanging, strangulation or suffocation
- Drowning
- Firearm or knife
- Jumping from a height
- Jumping in front of train or other vehicle

Esscher *et al.*, 2016

Suicides maternels : facteurs associés

Socio-démographiques

- Jeune âge
- Célibat
 - Khalifeh et al., 2016 – Celik et al., 2015 – Gavin, 2011 – Kim et al., 2015 – Sit et al., 2015
- Trauma infantile
 - Gelaye et al., 2016
- Conflits familiaux
- Violences conjugales
- Faible de support social
 - Alhusen et al., 2015 – Stewart, 2015 – Fisher et al., 2013
- Discrimination raciale
- Minorité ethnique / religieuse
 - Kim et al., 2015

Suicides maternels : facteurs associés

Socio-démographiques

- Jeune âge
- Célibat
 - Khalifeh et al., 2016 – Celik et al., 2015 – Gavin, 2011 – Kim et al., 2015 – Sit et al., 2015
- Trauma infantile
 - Gelaye et al., 2016
- Conflits familiaux
- Violences conjugales
- Faible de support social
 - Alhusen et al., 2015 – Stewart, 2015 – Fisher et al., 2013
- Discrimination raciale
- Minorité ethnique / religieuse
 - Kim et al., 2015

Obstétricaux

- Primiparité
 - Vacheron et al., 2022
- Grossesse non désirée
 - Newport et al., 2007
- Idées d'IVG
 - Coelho et al., 2014 – da Silva et al., 2012

Suicides maternels : facteurs associés

Socio-démographiques

- Jeune âge
- Célibat
Khalifeh et al., 2016 – Celik et al., 2015 – Gavin, 2011 – Kim et al., 2015 – Sit et al., 2015
- Trauma infantile
Gelaye et al., 2016
- Conflits familiaux
- Violences conjugales
- Faible de support social
Alhusen et al., 2015 – Stewart, 2015 – Fisher et al., 2013
- Discrimination raciale
- Minorité ethnique / religieuse
Kim et al., 2015

Obstétricaux

- Primiparité
Vacheron et al., 2022
- Grossesse non désirée
Newport et al., 2007
- Idées d'IVG
Coelho et al., 2014 – da Silva et al., 2012



- Complications de la grossesse
- Complications du post-partum
Lynsell et al., 2018

Suicides maternels : facteurs associés

Socio-démographiques

- Jeune âge
- Célibat
Khalifeh et al., 2016 – Celik et al., 2015 – Gavin, 2011 – Kim et al., 2015 – Sit et al., 2015
- Trauma infantile
Gelaye et al., 2016
- Conflits familiaux
- Violences conjugales
- Faible de support social
Alhusen et al., 2015 – Stewart, 2015 – Fisher et al., 2013
- Discrimination raciale
- Minorité ethnique / religieuse
Kim et al., 2015

Obstétricaux

- Primiparité
Vacheron et al., 2022
- Grossesse non désirée
Newport et al., 2007
- Idées d'IVG
Coelho et al., 2014 – da Silva et al., 2012

Cliniques

- Antécédents familiaux
- Antécédents personnels
Khalifeh et al., 2016 – Celik et al., 2015 – Gavin, 2011 – Kim et al., 2015 – Sit et al., 2015
- Anxiété
Newport et al., 2007 – Celik et al., 2015

Suicides maternels : symptômes dans le post-partum

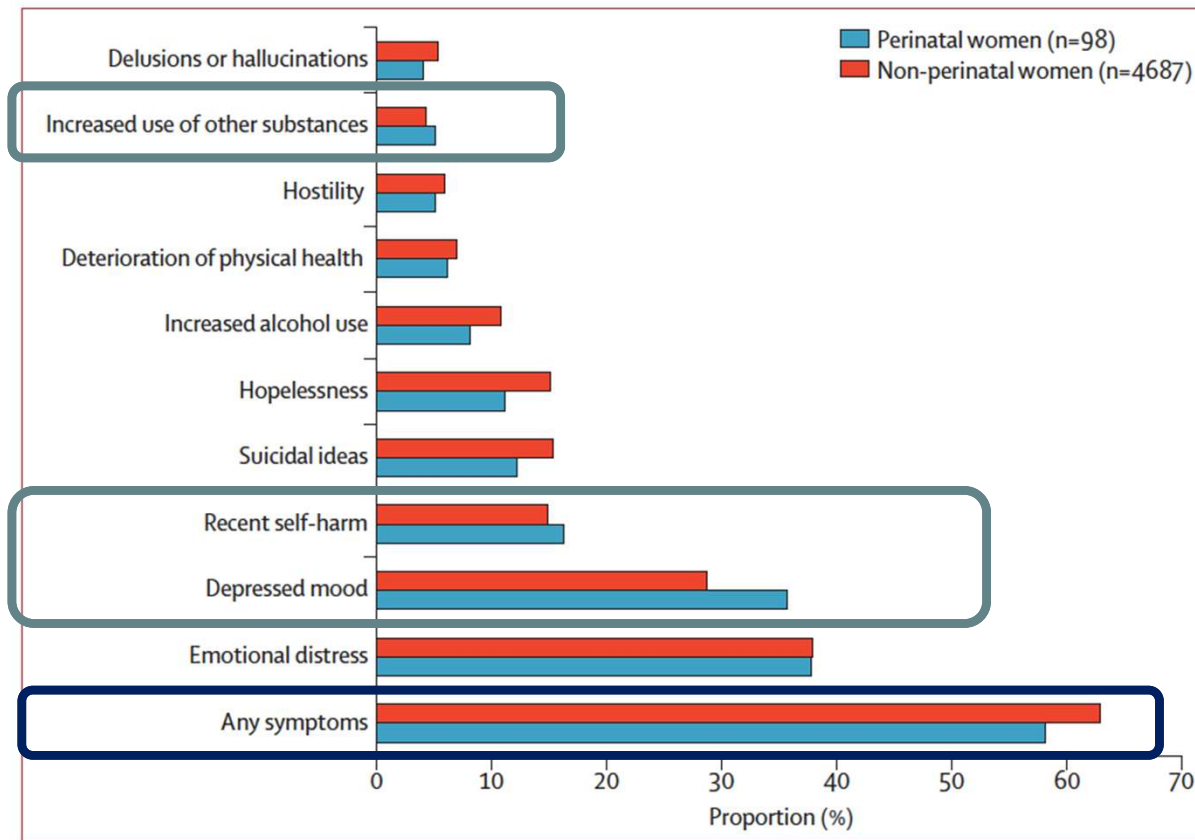


Figure: Symptoms at the time of last contact

Khalifeh *et al.* 2016

Suicides maternels et troubles psychiatriques

- ✓ 2/3 présentaient un trouble psychiatrique

Gelaye et al., 2015 - Oates et al., 2003

- ✓ Hospitalisation dans le PP: * **70 le risque suicidaire**

Appleby et al., 1998

- ✓ Trouble psychiatrique dans les 3 mois PP

Exposure Categories	N	MRR	95% CI
Short-term risk: ≤ 1 year after diagnosis of postpartum psychiatric disorder ^c	8	289.42	144.02–581.62
Long-term risk: > 1 year after diagnosis of postpartum psychiatric disorder ^e	21	39.97	25.90–61.70
Short-term risk: ≤ 1 year after diagnosis in non-postpartum-onset mothers ^f	152	120.62	105.24–138.26
Long-term risk: > 1 year after diagnosis in non-postpartum-onset mothers ^g	651	29.14	26.52–32.02
Short-term risk: ≤ 1 year after diagnosis in non-postpartum-onset nonmothers ^h	175	228.91	192.37–272.40
Long-term risk: > 1 year after diagnosis in non-postpartum-onset nonmothers ⁱ	639	69.27	62.11–77.25
Mothers with no psychiatric history	390	1.00	Reference
Nonmothers with no psychiatric history	483	1.90	1.67–2.17

*Johannsen
et al., 2016*

Suicides maternels et troubles psychiatriques

Vs suicide chez des femmes en dehors de la période périnatale

	Crude OR (95% CI)	p value	OR adjusted for sociodemographic characteristics (95% CI)*†	p value
Clinical characteristics				
Primary diagnosis of depression	2.06 (1.38 to 3.09)	<0.001	2.19 (1.43 to 3.34)	<0.001
Primary diagnosis of bipolar disorder	0.71 (0.34 to 1.47)	0.35	..	..
Primary diagnosis of schizophrenia or related illness	0.86 (0.48 to 1.55)	0.62	..	..
Primary diagnosis of personality disorder	0.57 (0.30 to 1.07)	0.083	0.56 (0.29 to 1.07)	0.081
Illness duration <1 year¶	3.74 (2.47 to 5.68)	<0.001	2.93 (1.88 to 4.56)	<0.001
Any past psychiatric admissions	0.60 (0.40 to 0.91)	0.016	0.79 (0.49 to 1.14)	0.18
Alcohol misuse in the past 3 months	0.44 (0.23 to 0.84)	0.013	0.47 (0.24 to 0.92)	0.027
Drug misuse in the past 3 months	0.79 (0.41 to 1.53)	0.049	..	..
Self-harm in the past 3 months	0.85 (0.53 to 1.35)	0.049	..	..
Violence towards others (ever)	0.47 (0.23 to 0.98)	0.043	0.50 (0.24 to 1.05)	0.068

Khalifeh *et al.* 2016

Suicides maternels et troubles psychiatriques

Vs femmes du même âge dans le postpartum

	Suicide N = 145		Controls N = 13,786		P Value	Adjusted Analysis ^a	
	n	(%)	n	(%)		RR ^b	CI 95%
<i>Mental disorders^c</i>							
Any mental disorder ^e	41	(28.3)	41	(0.3)	<0.001	–	–
Psychotic disorders ^e	18	(12.4)	17	(0.1)	<0.001	83.69	(36.99–189.31)
Affective disorders ^e	17	(11.7)	10	(0.1)	<0.001	133.94	(45.93–390.61)
Personality disorders ^e	3	(2.1)	2	(0.0)	<0.01	2.42	(0.20–29.34)
Substance use disorders ^e	5	(3.4)	7	(0.1)	<0.001	16.87	(3.54–80.34)
History of self-harm ^{d,e}	30	(20.7)	155	(1.1)	<0.001	47.56	(18.24–124.02)

a) Adjusted for all other variables.

Lynsell *et al.*, 2018

Suicides maternels et recours aux soins

Vs suicide chez des femmes en dehors de la période périnatale

→ Contact psychiatrique : **39.2% vs 47.7%** (OR= 0.71, IC95% 0.40-1.25)

Grigoriadis et al. 2017

	Crude OR (95% CI)	p value	OR adjusted for sociodemographic characteristics (95% CI)*†	p value
Treatment given, service contact, and treatment adherence at time of death				
Medication	0.53 (0.30 to 0.91)	0.023	0.63 (0.35 to 1.10)	0.106
Psychological therapy	0.66 (0.34 to 1.27)	0.21	..	..
Other non-pharmacological treatment	0.80 (0.51 to 1.24)	0.32	..	..
At least one of above	0.45 (0.24 to 0.82)	0.010	0.54 (0.29 to 1.00)	0.052
Inpatient at time of suicide	1.11 (0.63 to 1.97)	0.71	..	..
Suicide within 3 months of discharge	0.87 (0.53 to 1.45)	0.603	..	..
Last contact >1 month before suicide	0.77 (0.47 to 1.28)	0.32	..	..
Missed last appointment before suicide	0.97 (0.61 to 1.53)	0.89	..	..
Non-adherent with prescribed medication in the month before suicide	1.34 (0.80 to 2.26)	0.26	..	..

Khalifeh *et al.* 2016

Suicides maternels : évitabilité

- Soins non optimaux dans **72 %** des cas
- **91% des suicides** considérés comme potentiellement **évitables**
 - * Défaut de PEC multidisciplinaire :
 - Traitement médicamenteux inadapté,
 - Absence d'anticipation du post-partum,
 - Sous-évaluation de la gravité de la situation,
 - Mauvais lien entre psychiatres et maternités
 - * Interaction inadéquate entre patiente et système de soins
 - Défaut de dépistage et de repérage

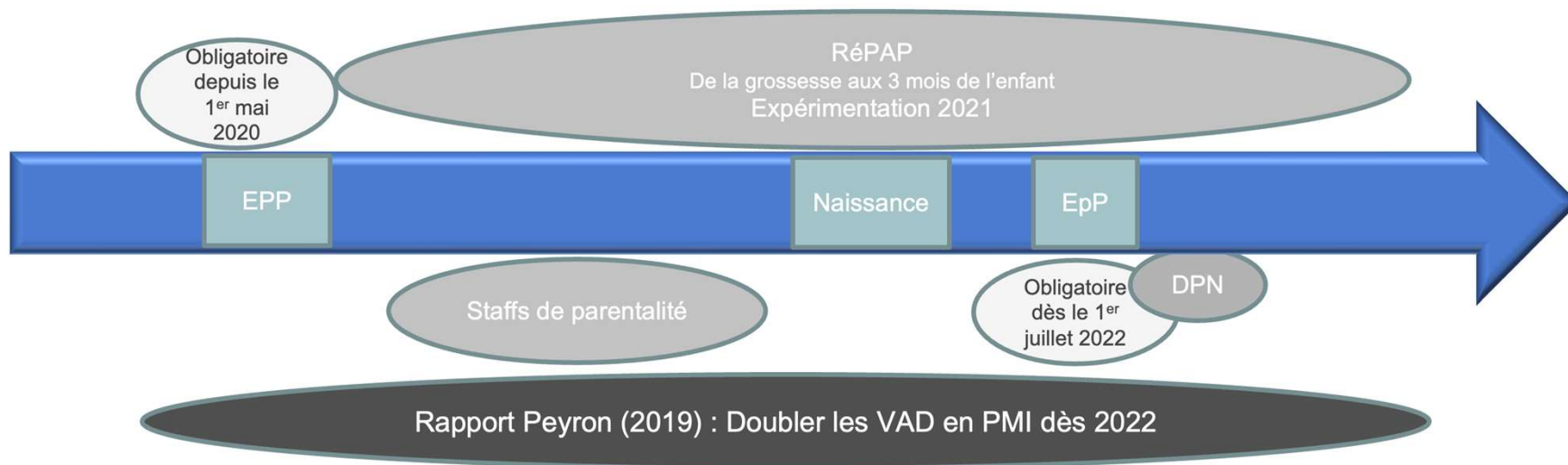
Suicides maternels : prévention ?

- **Dépistage** systématique :
 - Atcd psychiatrique perso et familiaux à la maternité
 - ! Atcd TS

Suicides maternels : prévention ?

➤ Dépistage systématique :

Le parcours 1000 jours:



à l. 2022

Suicides maternels : prévention ?

- **Dépistage** systématique :
- **Evaluation** régulière de l'état de la mère
Vécu de la grossesse, relation familiale
Outils (EPDS)

Stratégies de prévention

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci

Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

Autant que d'habitude

Plutôt moins que d'habitude

Vraiment moins que d'habitude

Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

Non, pas du tout

Presque jamais

Oui, parfois

Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements*.

Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Pas très souvent

Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Seulement de temps en temps

Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

- Auto questionnaire
- Rapide: 10 questions
- Echelle fiable et validée
- Bien accepté par les patientes et les cliniciens

Suicides maternels : prévention ?

- **Dépistage** systématique :
- **Evaluation** régulière de l'état de la mère
- **Travail en réseau** : sage-femme, obstétricien, MG, PMI, pédiatre, psychologue, psychiatre, infirmière...
- En cas de tb psy: **Parcours de soins coordonné**

Parcours de soins aux 3 temps

Avant la grossesse

Planifier la grossesse

Réévaluer les psychotropes

Conseiller

Pendant la grossesse

Evaluation régulière

Réseau de soins

Prévention

Repérage précoce

Pas d'arrêt des traitements

Allaitement?

Après la grossesse

Evaluation régulière

Accompagnement

Allaitement

PEC mère-enfant

Place du père

Conclusion

- **Dépistage** systématique :
- **Evaluation** régulière de l'état de la mère
- **Travail en réseau** : sage-femme, obstétricien, MG, PMI, pédiatre, psychologue, psychiatre, infirmière...
- En cas de tb psy: **Parcours de soins coordonné**

Conclusion

Suicide périnatal

❖ **Principale cause de décès maternel**

❖ **Des spécificités sémiologiques**

- ✓ Moyens violents
- ✓ Début des troubles en post-partum
- ✓ Trouble psychiatrique sévère
- ✓ Dépression, antécédent de TS

Conclusion

Suicide périnatal

- ❖ **Principale cause de décès maternel**

- ❖ **Des spécificités sémiologiques**

- ✓ Moyens violents
- ✓ Début des troubles en post-partum
- ✓ Trouble psychiatrique sévère
- ✓ Dépression, antécédent de TS

Période périnatale

= vulnérabilité / d'opportunité

- ❖ **Anticipation**

- ❖ **Travail en réseau**

- ❖ **Dépistage**

Suicide prevention strategy: action plan

Published 11 September 2023

Pregnant

Action	Lead	Delivery date
Have maternal mental health services, which combine maternity, reproductive health and psychological care, fully operational in every ICS area.	NHSE	2024
Offer personalised care and support plans, taking into account physical health, mental health and social complexities, with a risk assessment updated at every contact.	NHSE	By 2026
NHSE will work closely with the Royal College of General Practitioners (RCGP) to develop new guidance for GPs who deliver 6-to-8-week postnatal consultations. This includes a chapter specifically on support for perinatal mental health, and what the most appropriate crisis and/or emergency support might be where required.	NHSE and RCGP	2023
The VCSE Health and Wellbeing Alliance , managed by DHSC, NHSE and UK Health Security Agency, is sponsoring a project being led by the Tommy's and Sands Maternity Consortium , which will explore experiences of perinatal suicide and self-harm and their risk factors.	DHSC, NHSE	2023 to 2024



Périnatalité et suicide : des pistes de prévention

Sarah Tebeka
Sarah.tebeka@aphp.fr

Sous-diagnostic

BANALISATION

Symptômes « classiques » de la période périnatale (asthénie, trouble du sommeil ...)

CULPABILITE

Peur de la
STIGMATISATION

Manque d'INFORMATION

- Des femmes
- De leur entourage
- Des soignants

Pas de diagnostic

>50% pendant la grossesse
>1/3 en post-partum

Cox, 2016

Stratégies de prévention

Dépistage systématique en suite de couche de la dépression périnatale

Ce score ne se substitue pas à l'évaluation clinique réalisée quotidiennement pas les sages-femmes. De plus, ne pas oublier que les psychologues continuent à assurer des consultations en chambre sur de nombreuses autres indications.

Donner le questionnaire EPDS avec le « kit d'entrée »

Le récupérer dans la même journée et calculer le score

Si refus de la patiente
➢ Lien PMI ++
➢ Noter dans le CRH « Patiente dépister à risque de dépression du post-partum. N'a pas souhaité d'évaluation au cours de son séjour à la maternité »

0-8

=
Pas de risque de dépression

9-12

=
Souffrance psychique

≥ 13, ou
score de 2 ou 3 à la question 10
=
Souffrance psychique importante avec risque de dépression

Pas de raisons cliniques retrouvées

Raisons cliniques (en dehors de l'EPDS)

Informer la patiente

Transmettre les coordonnées de l'équipe de psychiatrie périnatale

Orienter vers un psychologue de la maternité

Orienter vers un psychiatre
➢ Eval. en SDC si possible
+/- différer la sortie selon évaluation de la SF
➢ Sinon: laisser un message pour programmer un rdv

➢ Eval. en SDC si possible
➢ Sinon proposer un rdv

Coordonnées à donner aux patientes :

- Equipe de psychiatrie de liaison : 06 33 62 47 85 / sarah.tebeka@aphp.fr
- Psychologues de maternité :
Astrid : 01.47.60.61.64 / astrid.brunswick@aphp.fr
Lydie : 01.47.60.68.58 / lydie.lopez@aphp.fr
- SF libérale : liste SF SDC à donner
- PMI

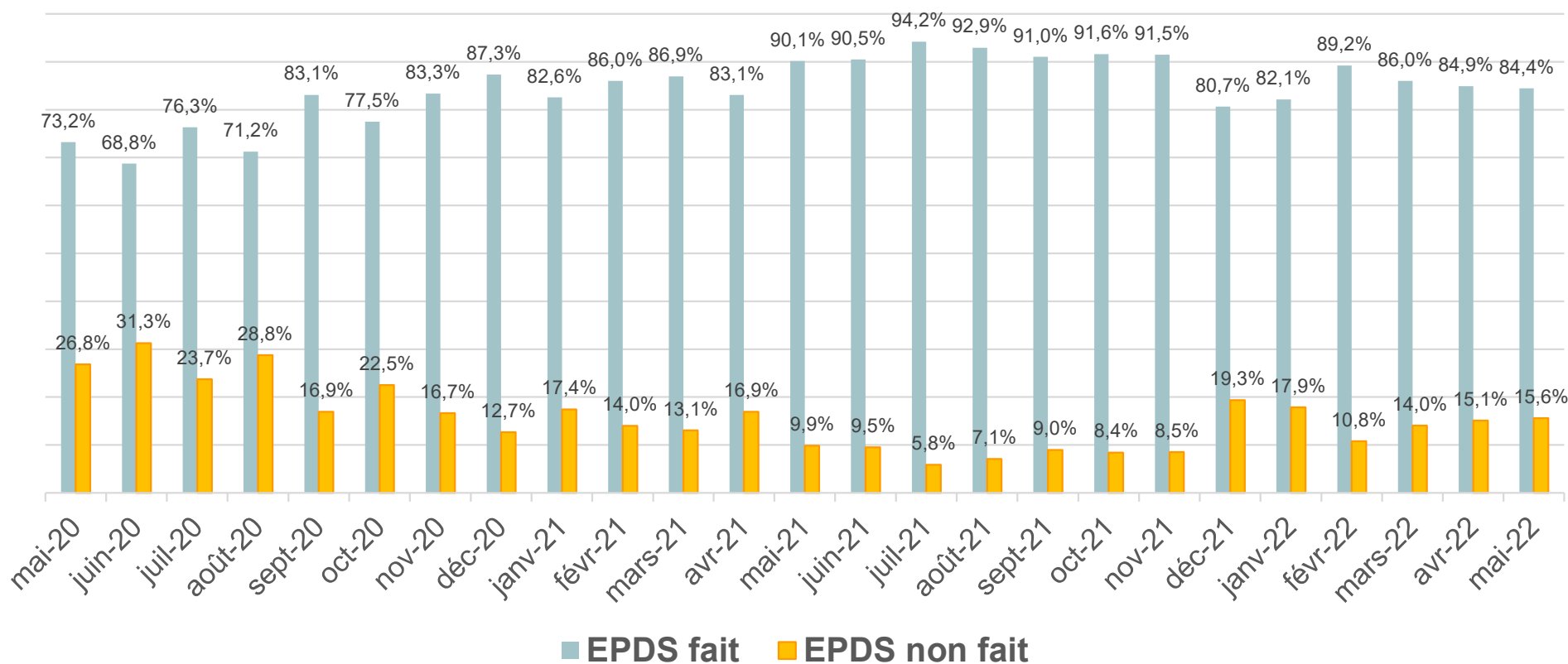
Lors de votre séjour en maternité vous avez répondu à un questionnaire de dépistage systématique de la dépression périnatale. Si au retour à la maison vous en ressentez le besoin, voici les coordonnées de l'équipe de psychologues et psychiatres de la maternité

EPDS
En suite de couche
à Louis Mourier

Stratégies de prévention

N = 6630 femmes

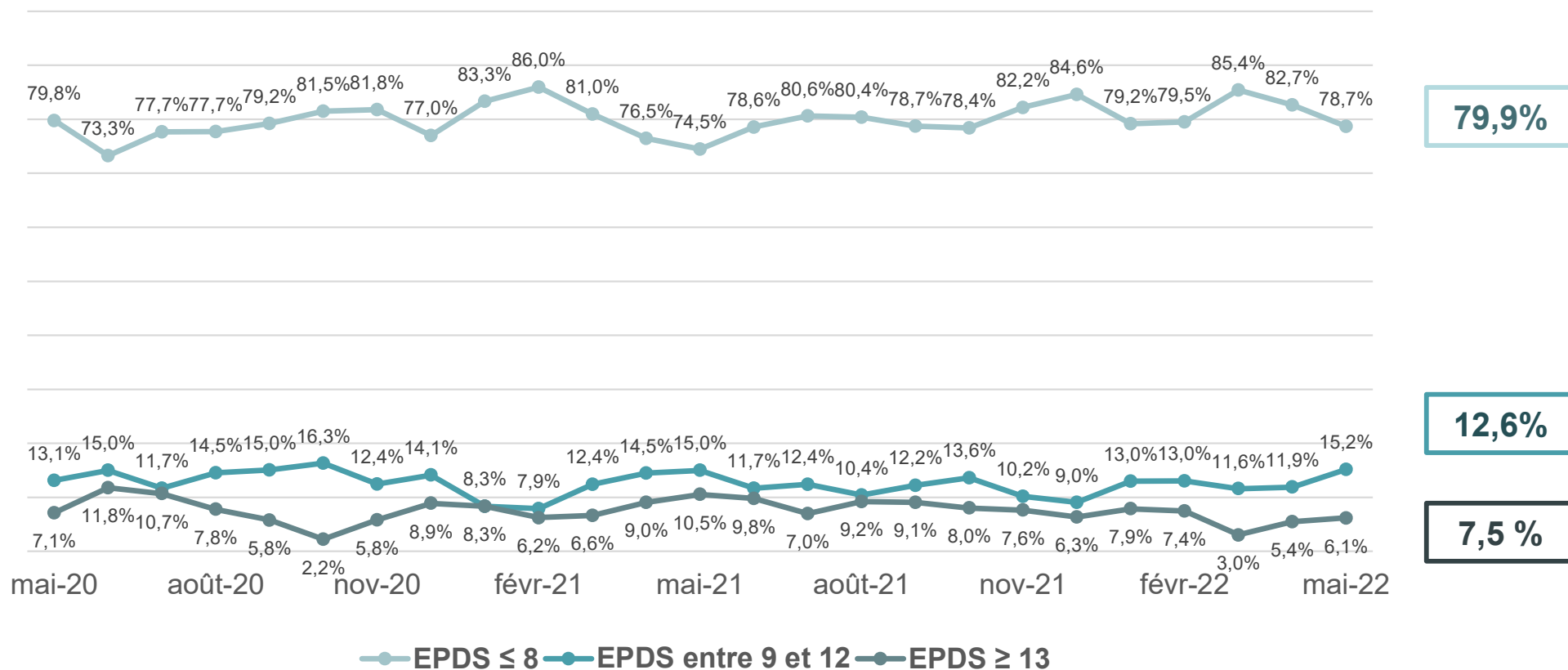
dont 5592 femmes (soit **84,3%**) ayant fait l'EPDS du 01/05/2020 au 31/05/2022



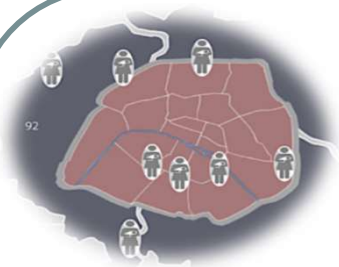
N = 6630 femmes

dont 5592 femmes (soit **84,3%**) ayant fait l'EPDS du 01/05/2020 au 31/05/2022

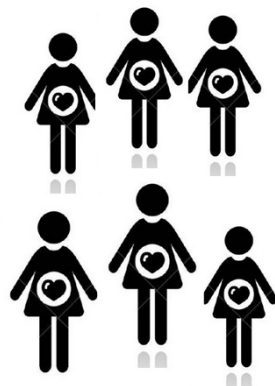
Stratégies de prévention



PREVIDEPP



**INCLUSION
10-24 SA**



EPDS

VS

Soins habituels

**Randomisation
des sages-femmes**

PREVIDEPP

Critères d'inclusion

- ✓ Femmes majeure (âgées > 18 ans)
- ✓ Entre 10 et 24 semaines de grossesse
- ✓ Maîtrise du français écrit et parlé (peut comprendre un auto-questionnaire);
- ✓ Affilié à un régime de sécurité sociale

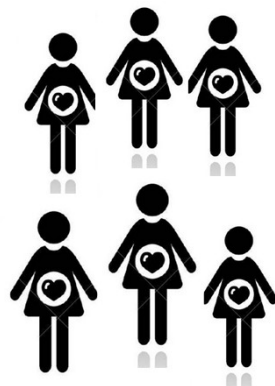
Critères d'exclusion

- ≠ Diagnostic rapporté de schizophrénie ou état physique et intellectuel incompatible avec une évaluation clinique
- ≠ Personnes incapables de donner leur consentement
- ≠ Personnes sous protection (tutelle ou tutelle)
- ≠ Patiente sous AME (aide médicale d'État)

PREVIDEPP



INCLUSION
10-24 SA



EPDS
VS
Soins habituels

Suite de
couche

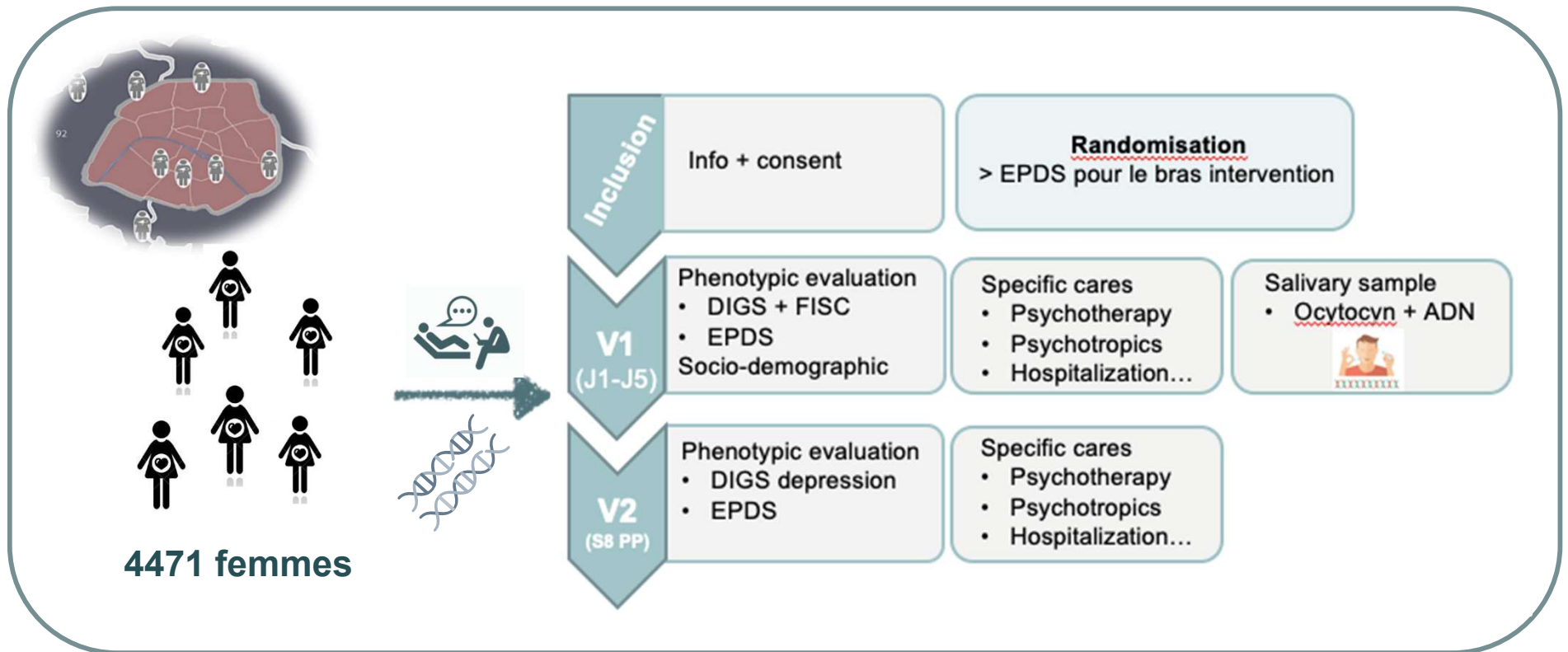


8 Sem
Post-Partum



Dépression ?

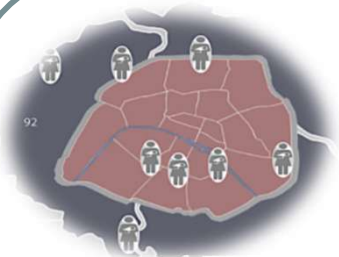
PREVIDEPP



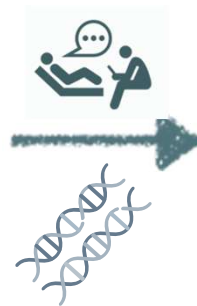
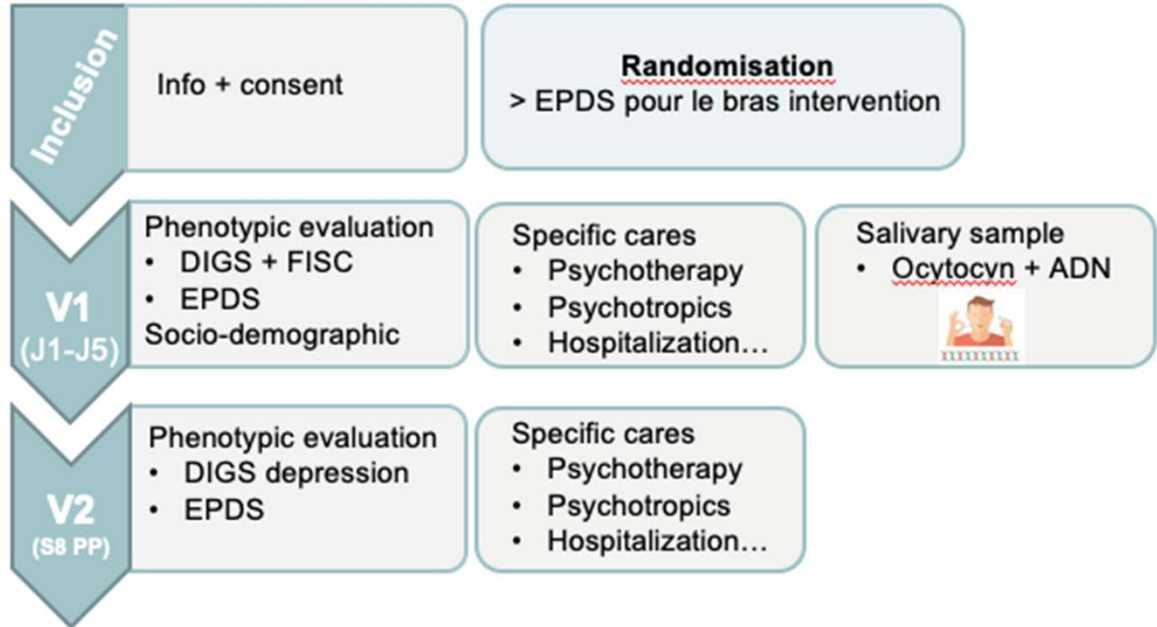
=> 23 inclusions / site / mois

PREVIDEPP

En l'absence de visite, les femmes peuvent être appelées pendant les deux premières semaines post-partum pour bénéficier de l'entretien téléphonique. En cas de non-réponse, l'évaluation de la dépression pendant la grossesse peut être faite lors de la deuxième visite de suivi.



4471 femmes



=> 23 inclusions / site / mois