

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

La suicidalité pendant la grossesse

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2021 à 16h00
au Pôle Formation
par **Marie-Mathilde COLIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

Madame le Docteur Mathilde WINANT

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

aOR : Odds Ratio ajusté

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès

CIM : Classification Internationale des Maladies

CS : Conduites Suicidaires

ECNMM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

EPDRS : Échelle de Depression Postnatale d'Édimbourg

HHS : Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien

IDS : Idées Suicidaires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MNI : Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PHQ : La Patient Health Questionnaire,

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

PSQI : Index de Qualité de Sommeil de Pittsburg

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TS : Tentative de Suicide

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

Table des matières

Table des matières	6
Résumé.....	9
Introduction	10
1. Contexte clinique.....	10
2. « Illustration » clinique.....	12
3. Définitions	13
3.1. Peut-on définir le suicide ?.....	13
3.1.1. Le suicide.....	13
3.1.2. Les caractéristiques cognitives du suicide : l'idéation suicidaire.....	13
3.1.3. Les caractéristiques comportementales du suicide.....	14
3.2. Les morts maternelles : définitions et indicateurs.....	15
3.2.1. Définitions	15
3.2.2. Les indicateurs de morts maternelles	16
4. Problématique	16
Méthodologie	17
Épidémiologie	18
1. Les idées suicidaires pendant la grossesse	18
1.1. Recueil de données	18
1.2. Prévalence des idées suicidaires pendant la grossesse	19
2. Les tentatives de suicide pendant la grossesse	21
2.1. Recueil de données	21
2.2. Prévalence des tentatives de suicide chez les femmes enceintes.....	21
3. Le décès maternel par suicide	24
3.1. Recueil de données	24
3.1.1. Les certificats de décès.....	24
3.1.2. Les Enquêtes nationales sur la mortalité maternelle : exemple de la France ; 25	
3.1.3. Des registres particuliers de mortalité : exemple du « National Violent Death Reporting »	26
3.2. Combien de mères meurent par suicide ?	26
3.2.1. En Europe :.....	26
3.2.2. En Amérique	29
3.2.3. En Asie.....	33
3.2.4. En Afrique	33
3.2.5. En Océanie	33

4.	Les facteurs de risque de suicidalité pendant la grossesse	35
4.1.	Facteurs liés à la grossesse.....	35
4.2.	Facteurs historiques.....	35
4.3.	Facteurs psychiatriques :	36
4.3.1.	Les pathologies psychiatriques	36
4.3.2.	Les addictions.....	37
4.3.3.	Les troubles du sommeil	38
4.4.	Facteurs sociodémographiques et socio-économiques	39
4.5.	Facteurs culturels.....	39
	Discussion.....	40
1.	Approche contextuelle de la suicidalité durant la grossesse	40
1.1.	Les facteurs de risque psychiatriques dans la suicidalité chez la femme enceinte	40
1.1.1.	Les remaniements psychiques durant la grossesse :	41
1.1.2.	Les pathologies psychiatriques pendant la grossesse	42
1.1.3.	Impact des troubles psychiatriques durant la grossesse sur la suicidalité	47
1.1.4.	Pistes	48
1.2.	Les adolescentes enceintes : une sous-population à risque de suicidalité	49
1.2.1.	Conduites suicidaires chez les adolescentes enceintes	50
1.2.2.	Les facteurs de risque de suicidalité chez les adolescentes enceintes	50
1.2.3.	Style parental d'attachement et conduites suicidaires	52
1.2.4.	La grossesse à l'adolescence, un acte socialement déviant ? (136)	53
1.2.5.	Implications cliniques	54
1.3.	Impact de l'histoire d'abus dans l'enfance sur la suicidalité de la femme enceinte	54
1.4.	Impact de la problématique addictologique chez les femmes enceinte sur la suicidalité	55
1.5.	Hypothèse : La mauvaise qualité de sommeil comme catalyseur d'IDS chez la femme enceinte	56
1.5.1.	Les troubles du sommeil chez la femme enceinte	56
1.5.2.	Les troubles du sommeil et suicidalité	57
1.5.3.	Rôle du sommeil dans la suicidalité chez la femme enceinte	58
1.5.4.	Implications cliniques	60
2.	L'hypothèse d'une inhibition comportementale durant la grossesse	60
2.1.	L'inhibition comportementale, approche neurobiologique	61
2.1.1.	Le système sérotoninergique.....	62

2.1.2.	L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS).....	64
2.2.	Inhibition comportementale : approche cognitive et neuropsychologique	65
2.2.1.	Déficits cognitifs et conduites suicidaires.....	66
2.2.2.	Évaluation des capacités d'inhibition chez les femme enceinte	67
2.3.	Implications cliniques :	68
3.	La violence du suicide de la femme enceinte.....	69
4.	Approche sociétale et idéologique.....	69
4.1.	L'ambiguïté autour du suicide et de l'Interruption Volontaire de Grossesse	69
4.2.	l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) et la suicidalité.....	70
4.3.	Place des grossesses non désirées dans la suicidalité.....	71
5.	Les limites méthodologiques	71
5.1.	Intérêt d'avoir recours à des études se basant sur l'autopsie psychologique.	71
5.2.	La sous-estimation des données épidémiologiques.....	72
5.3.	Intérêt d'étudier la grossesse et le post-partum	73
Conclusion		74
Bibliographie		75

Résumé

Introduction : Avec 800 000 décès annuels par suicide, le suicide est un enjeu de santé publique mondiale. Malgré une tendance à la diminution de la mortalité maternelle, le suicide maternel reste stable au fil des années. De plus, alors que la grossesse a longtemps été considérée comme protectrice vis-à-vis du suicide, les données actuelles tendent à remettre en cause ce postulat communément admis. L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux sur les connaissances actuelles autour de la suicidalité pendant la grossesse.

Méthode : Au travers d'une revue narrative de la littérature, nous avons exploré la suicidalité pendant la grossesse à partir d'indices tel que la prévalence et l'étude des facteurs de risques.

Résultats : La prévalence des conduites suicidaires pendant la grossesse est inférieure à la population générale. Toutefois la prévalence des idées suicidaires pendant la grossesse est comparable, voire supérieure à ce qui est rapportée chez les jeunes femmes du même âge non enceinte. Les méthodes de suicide diffèrent avec un recours à des méthodes plus violentes. Les facteurs de risque particulièrement identifiés de suicidalité sont le jeune âge, les troubles psychiatriques, les troubles du sommeil, les conduites addictives et les antécédents d'abus dans l'enfance.

Conclusion : L'étude de la suicidalité pendant la grossesse nous permet d'insister sur la nécessité de maintenir le niveau d'alerte des professionnels de santé durant la grossesse sur la santé mentale des parturientes.

Introduction

1. Contexte clinique

Avec plus de 800 000 décès par suicide recensés chaque année dans le monde, le suicide est l'une des principales causes de décès évitable (rapport de l'OMS, 2014). Le suicide compte à ce jour pour 1,4% des causes prématurées de décès. Cependant, depuis les années 2000, on constate une baisse du nombre de décès par suicide dans le monde (1). Cette baisse du nombre de décès par suicide est également retrouvée en France où l'on compte à ce jour moins de 9000 suicides par an (14/100 000 habitants). En France, le décès par suicide est la principale cause de décès chez les 25-34 ans et la deuxième cause chez les 15-24 ans (CepiDC).

D'autre part, les tentatives de suicide (TS) sont estimées à 20 à 50 fois plus fréquentes que les décès par suicide avec plus de 16 millions de TS par an dans le monde (1). En France, environ 150 000 hospitalisations pour TS sont enregistrées chaque année (2).

Depuis plusieurs décennies, des efforts ont été déployés pour mettre en évidence les facteurs sociodémographiques et cliniques augmentant le risque de suicide. Ainsi, les études épidémiologiques ont déterminé que l'abus de substances, les troubles psychiatriques (dépression, psychose, trouble du comportement alimentaire) et l'antécédent personnel et familial de TS étaient les facteurs ayant l'impact le plus important sur le risque suicidaire (1). Dès lors, la mise en lumière de ces facteurs de risque a permis de réduire les comportements suicidaires en mettant en œuvre des programmes de prévention du suicide (3–5).

D'autres facteurs de risque de suicide et de TS comme l'âge, le sexe et le statut socio-économique de l'individu ayant un comportement suicidaire ont été retrouvés et

peuvent varier selon les pays et régions. La méthode de suicide et l'accès aux soins de santé diffèrent également selon les pays (6).

En France, il est maintenant également bien établi que le sexe est un facteur associé aux conduites suicidaires. Si globalement les conduites suicidaires sont plus fréquentes chez les femmes, il existe une discordance entre la prévalence des tentatives et des suicides aboutis dans les deux sexes : le « *gender paradox* ». Dans la plupart des pays, le sexe masculin est associé à un taux de suicide plus important avec un ratio de 2 à 5 hommes pour une femme. A l'inverse, paradoxalement, le taux de tentative est plus important chez les femmes avec un ratio de 5 à 10 femmes pour un homme (7).

De plus, la suicidalité évolue au cours de la vie et on attribue chez la femme notamment le rôle de la maternité, du mariage et du divorce sur la suicidalité. En effet, Emile Durkheim (1897) avait déjà précisé le rôle protecteur de la maternité plus que le fait d'être en couple sur les conduites suicidaires (8). Le postulat selon lequel la grossesse protégerait du suicide est communément admis (9). Cependant, une méta-analyse a récemment estimé la prévalence des TS à 680 pour 100 000 (0.10–4.69%) pendant la grossesse et 210 pour 100 000 (0.01–3.21%) pendant la première année du post-partum (10). De plus, la littérature scientifique suggère actuellement que les idées suicidaires (IDS) sont fréquentes chez les femmes enceintes et qu'elles sont un facteur de risque majeur de TS (11). Les études récentes semblent donc estimer que la période périnatale et plus particulièrement la grossesse est une période où la suicidalité existe belle et bien avec des conséquences maternelles et fœtales importantes (12,13).

2. « Illustration » clinique

Jeanne Hébuterne était une artiste peintre française, connue pour avoir été la compagne du célèbre peintre Amedeo Modigliani.

Elle donne naissance à leur première fille Jeanne en 1918. Un an plus tard, elle attend un nouvel enfant. La famille vivant dans une situation très précaire et ne pouvant plus subvenir aux besoins de leur fille, se voit dans l'obligation de la confier à une nourrice. A ce moment, la jeune femme, qui présentait des fragilités psychologiques depuis déjà quelques années, sombre dans la dépression, envahie de pensées suicidaires.

Durant cette période, Jeanne Hébuterne peint deux aquarelles, l'une intitulée « *Suicide* » (Illustration 1), l'autre intitulée « *Mort* » (Illustration 2) (14).



Illustration 1 : « Suicide » de Jeanne Hébuterne
(15)

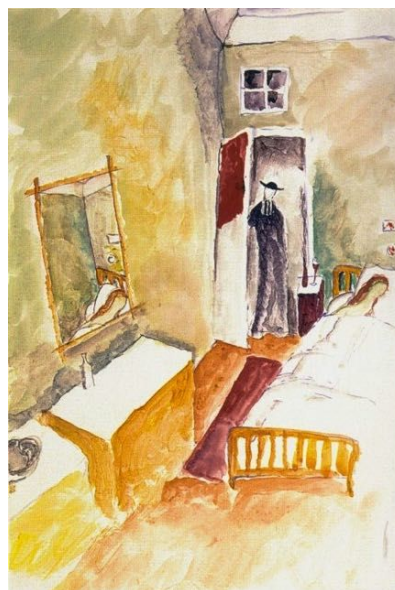


Illustration 2 : « Mort » de Jeanne Hébuterne
(14)

Amedeo Modigliani meurt jeune, atteinte d'une pathologie pulmonaire. Le lendemain de sa mort, sa compagne, Jeanne Hébuterne, enceinte de huit mois, se suicide en sautant du cinquième étage (16).

3. Définitions

3.1. **Peut-on définir le suicide ?**

Le développement d'une nomenclature de la suicidologie acceptée universellement se heurte à de multiples difficultés et controverses, de par le caractère multi-déterminé et multidimensionnel du comportement suicidaire. Dans la littérature les termes liés au suicide sont souvent non définis, utilisés d'une façon interchangeable ou ayant des sens différents en fonction des auteurs (10).

3.1.1. Le suicide

Le suicide est l'acte délibéré d'en finir avec sa propre vie, entraînant le décès de l'individu. Étymologiquement, du latin *sui*, de soi et *caedere*, mourir = acte de se donner volontairement la mort (*Dictionnaire Larousse*).

Pour Durkheim (1897), il s'agit de « la fin de la vie résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer » (8).

La suicidalité recouvre des caractéristiques cognitives (idéations suicidaires) et comportementales (conduites suicidaires). Selon l'Observatoire nationale de prévention du suicide (2001), la suicidalité est « *un terme qui inclut pensées suicidaires, idéation, plans, tentative de suicide et suicide abouti* ».

3.1.2. Les caractéristiques cognitives du suicide : l'idéation suicidaire.

Ce terme inclut toute pensée concernant le désir et la méthode pour commettre un suicide. L'idéation suicidaire peut être d'intensité variable : elle peut aller des pensées vagues et passagères sur la possibilité d'en finir avec la vie à un certain moment, aux

ruminations intrusives persistantes concernant la mort et à des plans très concrets de suicide avec la présence d'un plan pour se tuer soi-même (17).

3.1.3. Les caractéristiques comportementales du suicide

- Le **suicide** est la mort auto-infligée avec évidence (implicite ou explicite) de l'intention de mourir (18).
- La **tentative de suicide** représente un comportement auto-infligé, potentiellement dangereux, sans issue fatale, pour lequel il existe une preuve (explicite ou implicite) de l'intention de mourir (19).

Il s'agit de « *tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues...) sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et le refus de s'alimenter* » (20).

- **Self Harm = le parasuicide ou auto-agressivité** est l'auto-intoxication ou auto-blessure intentionnelle, quelle que soit la motivation. Ce terme englobe toutes les méthodes suicidaires non fatales, sans préciser l'intention (17).

Dans ce travail, la suicidalité est étudiée dans une population particulière, chez les femmes enceintes. La grossesse n'est qu'une partie de la période périnatale, qui concentre beaucoup de recherches ces dernières années. Quelques précisions terminologiques concernant cette population demandent à être clarifiées, afin de mieux appréhender certains concepts, comme celui de mort maternelle.

3.2. Les morts maternelles : définitions et indicateurs

3.2.1. Définitions

D'après la Classification internationale des maladies (CIM) :

La **mort maternelle** est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

La **mort maternelle tardive**, notion introduite depuis la CIM 10 (21), se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : les **décès par cause obstétricale directe** « résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ». Les **décès par cause obstétricale indirecte** « résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ».

Quand la nature directe ou indirecte du lien causal entre la grossesse et le décès est difficile à établir, ce lien est dit « **non établi** ». Dans cette catégorie sont classés les **suicides maternels**, et les morts maternelles de cause inconnue (22).

3.2.2. Les indicateurs de morts maternelles

Le ratio de mortalité maternelle : c'est le rapport du nombre de décès maternels au nombre de naissances vivantes, pendant la même période. Il est exprimé, selon les conventions internationales, pour 100 000 naissances vivantes (NV), car c'est le dénominateur le plus fiable pour une majorité de pays dans le monde.

Certains pays comme le Royaume-Uni ou l'Australie rapportent le nombre de décès maternels au nombre d'accouchements totaux (qu'ils aient donné lieu à une naissance vivante ou un mort-né) ou au nombre de grossesses, mais cela fait très peu de différence compte du niveau très faible des numérateurs par rapport aux dénominateurs (23,24).

4. Problématique

L'objectif de ce travail de thèse sera donc d'effectuer une revue de littérature narrative sur les idéations suicidaires et les comportements suicidaires pendant la grossesse afin d'appréhender les données parfois contradictoires à propos de l'aspect protecteur de la grossesse sur la suicidalité.

Nous rapporterons d'abord les données épidémiologiques de suicidalité durant la grossesse (prévalence, facteurs de risque) et discuterons ces résultats en regard de l'état des connaissances sur la suicidalité. Une meilleure compréhension des mécanismes conduisant aux actes suicidaires est nécessaire pour élaborer des mesures de prévention efficaces (25).

Méthodologie

Ce travail a été réalisé à partir d'une revue narrative de la littérature. Les articles scientifiques ont été récoltés grâce à des moteurs de recherche tels que Pub Med, Science Direct et d'autres ouvrages à partir de la base de données Cairn.

Les mots-clés pour cette recherche d'articles étaient : « suicide », « suicidal ideation », « self-harm », « suicide attempt », « pregnancy », « pregnant », « perinatal ».

Les articles écrits en langue française ou anglaise et publiés entre 1970 et 2021 étaient susceptibles d'être inclus.

Certains articles et revues de la littérature ont également été sélectionnés à partir de leur niveau d'expertise reconnu sur le sujet.

Épidémiologie

Pour aborder la suicidalité, nous nous intéressons à plusieurs indicateurs : les décès par suicide, les tentatives de suicide (TS) et les idées suicidaires (IDS).

Plusieurs sources d'informations et plusieurs méthodes de recueil de données ont donc été exploitées.

1. Les idées suicidaires pendant la grossesse

1.1. Recueil de données

L'exploration des pensées suicidaire peut être réalisée à partir d'outils psychométriques. Afin de standardiser ces recueils, des échelles diagnostiques pour les troubles de l'humeur tels que la dépression, sont proposées desquelles sont extraites les questions spécifiques autour du suicide. Ces méthodes ont pu être validées (26). Certaines études utilisent parfois plusieurs échelles.

Ainsi durant la période périnatale, le recueil des idées suicidaires a pu se faire grâce à différentes échelles détaillées en annexe :

- L'Échelle de Depression Postnatale d'Édimbourg (EPDRS), question 10 (2,12,13),
- La Patient Health Questionnaire (PHQ), question 9 (3,14)
- L'inventaire de dépression de Beck : item 9 (4),
- L'échelle de dépression d'Hamilton (4),
- La « Mini International Neuropsychiatric Interview » (MINI), module C (5,15).
- Diagnostic Inventory Schedule (31)

Pour les patientes hospitalisées dans les secteurs psychiatriques, le recueil des IDS a pu être réalisé au travers de l'analyse des dossiers médicaux psychiatriques (32).

1.2. Prévalence des idées suicidaires pendant la grossesse

La prévalence des pensées suicidaires en période périnatale variait d'une étude à l'autre en raison de l'hétérogénéité des populations étudiées, de la diversité des échelles de mesure utilisées, et de la variabilité de la période d'évaluation. La prévalence signalée des idées suicidaires anténatales variait considérablement, allant **de 3 à 33 %**.

Dans l'ensemble, les estimations de prévalence les plus élevées d'idées suicidaires avant l'accouchement (23 à 33 %) avaient été rapportées à partir d'études menées aux États-Unis dans les communautés urbaines (33,34). En outre, cette prévalence diminuait à 3 – 4% dans les communautés rurales et suburbaines (35,36).

Les estimations de la prévalence des idées suicidaires à partir d'études menées dans d'autres pays (c'est-à-dire au Bangladesh, au Brésil, au Pakistan et au Pérou) variaient de **5 à 20 %** (26,37–39). Par rapport à l'estimation transnationale **dans la population générale de 9,2 %** (40), ces estimations de prévalence suggéraient que les idées suicidaires peuvent être plus fréquentes chez les femmes enceintes que dans la population générale.

La prévalence des idées suicidaires anténatales variait également considérablement selon l'origine ethnique de la mère et son âge. Par exemple, dans une étude de cohorte rétrospective portant sur 22 118 femmes enceintes dans l'Illinois, aux États-Unis, Kim et al. (2015) constataient que les idées suicidaires étaient plus fréquentes chez les femmes non blanches (5,7 %) que chez les femmes blanches (2,8 %, $p < 0,001$) (36). Un schéma similaire de prévalence plus élevée d'idées suicidaires anténatales chez les femmes non blanches avait été observé dans une étude menée dans le nord-ouest du Pacifique (36). Dans leur étude sur les femmes recevant des

soins prénataux dans un hôpital universitaire, Gavin et al. notaient que les femmes blanches non hispaniques avaient une probabilité réduite de 49 % d'idées suicidaires avant l'accouchement par rapport aux femmes d'autres ethnies (OR=0,51, IC à 95 % : 0,26-0,99) (35).

La prévalence des idées suicidaires anténatales semblait également varier selon l'âge de la mère. Kim et al. (2015) montraient que l'âge maternel plus jeune (âge moyen 30,9 contre 31,9 ans, $p = 0,001$) était statistiquement associé de manière significative aux idées suicidaires anténatales (36). De même, Gandhi et al., dans leur analyse des données californiennes, trouvaient des risques accrus de tentatives de suicide chez les femmes de ≤ 20 ans (OR = 2,88, IC à 95 % : 2,48 à 3,36, $p < 0,001$) par rapport aux femmes plus âgées (13).

Lors du premier trimestre, la prévalence des idées suicidaires dans une cohorte de 641 femmes péruviennes enceintes était de 16,8 % (41).

La prévalence des IDS durant la grossesse peut varier de 3 à 33% en fonction des études. La prévalence semble varier selon le pays, l'origine ethnique et l'âge de la mère. Elle est globalement supérieure à la prévalence des IDS dans la population

2. Les tentatives de suicide pendant la grossesse

2.1. **Recueil de données**

Pour les études récentes, la plupart des données explorant les tentatives de suicide chez les femmes enceintes sont issues des dossiers informatisés où les codages de motifs d'hospitalisation pour tentatives de suicide (X60-X84) grâce à la CIM-10 sont exploités (42). La passation de certaines échelles comme la MINI, permet également d'évaluer l'existence de tentative de suicide récente.

Dans des études plus anciennes, certaines données ont pu être recueillies auprès de patientes hospitalisées dans ces centres antipoison qui accueillaient des patients souffrant d'intoxication aiguë dont les tentatives de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire. Le statut de grossesse était alors recherché au travers d'un examen biologique pour pouvoir inclure les patientes dans l'étude (43,44).

2.2. **Prévalence des tentatives de suicide chez les femmes enceintes**

A partir de l'étude de 80311 dossiers médicaux relatifs à des hospitalisations de femmes âgées de 15 à 44 ans hospitalisées dans le Maryland entre 1979 et 1990, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était **significativement inférieur chez les femmes enceintes** par rapport aux femmes non enceintes du même âge (50% en moins) (45). Une étude similaire en Pennsylvanie montrait que les femmes enceintes étaient moins susceptibles d'être hospitalisées pour des empoisonnements et des blessures auto-infligées (taux de 0,62) (46). En Californie de 1991 à 1999, il y avait eu 4 833 286 accouchements. Parmi ces accouchements, 2 132 avaient été compliqués par une tentative de suicide pendant la grossesse (**40 pour 10 000 grossesses**) (13).

A noter que 96% des femmes enceintes avaient tenté de se suicider par ingestion de médicaments, drogues ou poison ou par l'usage d'arme à feu.

Une étude dans un centre antipoison menée en Pologne (44) montrait que le taux de femmes enceintes ayant présenté une intoxication était de **0,38%** entre 2001 et 2004, une prévalence considérée comme marginale.

Le même type d'étude avait été menée en Hongrie (43). Entre 1985 et 1993, toutes les femmes âgées entre 16 et 50 ans qui avaient été admises à l'hôpital en raison de tentatives de suicide par ingestion de médicaments avaient subi un test de grossesse sérique. Parmi les 22 969 femmes qui avaient ingéré volontairement des médicaments, 559 étaient enceintes (0,02%). La période la plus à risque de tentatives de suicide se situait dans le **premier mois post-conceptuel** et dans la majorité des cas, entraînait une perte fœtale très précoce. Le deuxième chiffre le plus élevé avait été enregistré au cours du deuxième mois post-conceptuel. Ainsi, **61 %** des tentatives de suicide étaient survenues avant le troisième mois post-conceptuel. Les grossesses tardives présentaient une proportion significativement plus faible de tentatives de suicide parallèlement à un développement fœtal avancé. Les auteurs concluaient leur étude en précisant que la plupart des tentatives de suicide par intoxication volontaire sont survenues après la détection précoce des grossesses non désirées et la plupart ont abouti à une perte fœtale très précoce.

D'après une base de données portant sur 90% des hôpitaux au Japon au cours d'une période de 27 mois (entre 2016 et 2018), 319 femmes enceintes avaient tenté de se suicider (12). La proportion d'adolescentes enceintes ayant fait des tentatives de suicide était plus élevée au premier trimestre qu'au deuxième et au troisième trimestre. Les patientes suicidantes présentaient également davantage de troubles de

la conscience au premier trimestre. **39,2%** des patientes avaient fait des tentatives de suicide en utilisant des **méthodes violentes**, et la prévalence des méthodes violentes étaient plus élevées au **premier et au troisième trimestre**, qu'au deuxième trimestre. La classification des méthodes de suicide violentes concernait la pendaison, la défenestration, le fait de se poignarder. Les méthodes non violentes étaient la prise de poison, le surdosage de drogues, la phlébotomie (7,8).

La prévalence des TS est moins importante durant la grossesse en comparaison à la population générale.

Les méthodes utilisées semblent être plus violentes. Les gestes suicidaires ont lieu principalement lors du premier trimestre.

3. Le décès maternel par suicide

3.1. **Recueil de données**

3.1.1. Les certificats de décès

Dans les pays utilisant des statistiques sanitaires, l'étude de la mortalité par suicide se base sur l'utilisation des **certificats de décès**. Même si une sous-déclaration existe, variable en fonction du circuit des informations avec les services de médecine légale en France ou avec les coroners dans d'autres pays (Grande-Bretagne), ils fournissent une description sur le plan social de la population qui se suicide et permettent des comparaisons dans le temps et dans l'espace de l'incidence du suicide (47).

En France, le centre épidémiologique sur les causes médicales de décès (CépiDc) assure la production de la statistique des causes médicales de décès sur le territoire. Après que les médecins aient établis les causes de décès sur le certificat de décès, des codeurs – nosologistes codifient ce dernier à l'aide de la classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) (21). Ce cadre garantit un certain niveau de qualité et de comparabilité internationale des données de mortalité.

Concernant la période périnatale, des enquêtes spécifiques autour de la mortalité maternelle ont été créées : « *les enquêtes confidentielles* », la mortalité maternelle globale étant un enjeu de santé publique mondiale.

3.1.2. Les Enquêtes nationales sur la mortalité maternelle : exemple de la France ;

Les études sur la mortalité maternelle plus particulièrement par suicide se basaient initialement sur les registres de mortalité, cependant il existait un écueil important dans l'étude du suicide maternel inhérent au système de recueil de données. Outre les possibles défauts de remplissage des certificats de décès, l'état gravidique, principalement à un terme précoce est parfois ignoré. Depuis 2000, pour faciliter le repérage une case « grossesse » a été ajoutée sur les certificats de décès(48).

Basée sur l'analyse unique des certificats de décès, la mortalité maternelle est donc souvent sous-estimée (9,49).

En France, pour pallier ce problème, les ENCMM (Enquête Nationale Confidentielle sur la Mortalité Maternelle) optent depuis quelques années pour une technique consistant à croiser différentes données.

Trois sources d'identification sont utilisées :

- 1) Les certificats de décès, avec la participation du centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc)
- 2) La base nationale des bulletins de naissances et de décès de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) permet d'identifier les femmes décédées dans l'année suivant une naissance ;
- 3) La base nationale du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) permet d'identifier les décès hospitaliers de femmes dans un contexte obstétrical.

En parallèle, l'ensemble des Réseaux de santé périnatal participent à un signalement direct en cas de survenue d'un décès possiblement maternel dans un établissement de leur territoire.

3.1.3. Des registres particuliers de mortalité : exemple du « National Violent Death Reporting »

Le « National Violent Death Reporting System » est basé sur les incidents (et non sur les victimes), ce qui signifie qu'il contient des rapports liés à la fois aux victimes et aux suspects associés à un incident donné dans un seul enregistrement d'incident. Cela relie toutes les victimes et les suspects à un incident donné, permettant aux chercheurs de déterminer si le suspect était un partenaire de la victime. Le système utilise également plusieurs sources de données complémentaires, y compris non seulement les certificats de décès, mais aussi les dossiers du coroner/médecin légiste (CME) et les rapports de police et contient environ 250 éléments de données uniques, y compris des données sur les caractéristiques des victimes et les circonstances précipitantes du décès (50).

3.2. Combien de mères meurent par suicide ?

3.2.1. En Europe :

En **France**, l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) réalisée sous la direction de la Haute Autorité de Santé répertorie les décès maternels (Tableau 1). Entre **1996 et 2001**, le taux de mortalité maternelle totale était de 9 à 13 décès pour 100 000 naissances. Il y avait **4 décès par suicide** qui ont été considéré comme indirectement liés à l'état gravido-puerpéral (51)

Entre **2001 et 2006**, le taux corrigé de mortalité maternelle est approximativement de 12 décès pour 100 000 naissances, 208 décès entre 2001 et 2003 et 176 entre 2004 et 2006. Parmi elles, on dénombre seulement **2 causes liées à une pathologie psychiatriques** répertoriées dans les pathologies obstétricales indirectes (52)

Entre **2007 et 2009**, on retrouve 254 décès maternels en France pour environ 820 000 naissances par an, correspondant à un rapport de 10,3 décès pour 100 000 naissances vivantes. Parmi celles-ci, on dénombre 62 suicides, soit un taux de suicide **2,5/100 000 NV** (4 pendant la grossesse, 1 après une IVG, 4 dans les 42 premiers jours, 47 entre le 43^{ème} et le 365^{ème} jour du post-partum, et 6 à un moment non précisé), ce qui caractérise le suicide comme première cause de décès maternel devant les hémorragies (18,1%) et les maladies thrombo-emboliques (11,8%).(53).

Entre **2013 et 2015**, 35 suicides maternels sont survenus en France soit un ratio de mortalité maternelle de **1,4 pour 100 000** naissances vivantes (Vacheron et al, 2021). Ils représentent 13,4% de l'ensemble des morts maternelles, ce qui place le suicide parmi les deux premières causes de mortalité (54).

Tableau 1 : Répartition des suicides maternels en France en fonction du contexte (45-48) :

	Grossesse	Post-Partum précoce	Post-partum tardif	Post-IVG	Indéfini
1996					2
–					
1998					
1999					2
–					
2001					
2007	4	4	47	1	6
–					
2009					
2013	0	8	26	1	0
–					
2015					

En **Italie**, avec une enquête similaire, **67 cas de suicide maternel** ont été recensés, ce qui correspond à un taux de suicide maternel de **2,30 pour 100 000** naissances vivantes entre 2006 et 2012 (55). Les suicides représentaient 12% des 549 décès maternels survenus entre 2006 et 2012. **Quatre suicides ont été commis**

pendant la grossesse, 34 dans les 12 mois suivant la naissance, 18 après un avortement provoqué et 11 après une fausse couche. Le taux de suicide était de 1,18 pour 100 000 après l'accouchement (n = 2 876 193), de 2,77 après un avortement provoqué (n = 650 549) et de 2,90 après une fausse couche (n = 379 583). La majorité des femmes décédées par suicide maternel (34/57) avaient des antécédents psychiatriques.

Au **Danemark**, entre 2002-2006, 26 cas de décès maternels étaient identifiés conduisant à un taux de mortalité maternelle de 8,0/100 000 naissances vivantes. En revanche, **aucun cas de décès par suicide n'a été recensé** (56)

En **Finlande**, entre 1987 et 2000, 53% des morts maternelles sont des suicides. Le taux de suicide maternel est estimé à 9,9 pour 100 000 naissances, sans différence significative avec celui des femmes du même âge, hors période périnatale, qui est calculé à 11,8 pour 100 000 personnes-années. Dans le cas de décès **lors de la grossesse, la mortalité par suicide est significativement diminuée** avec un taux de suicide à **5,5 pour 100 000 grossesses** (57).

En **Suède**, sur la période de 1980 à 2007, le taux de suicide maternel est estimé à 3,7 pour 100 000 naissances. Plus particulièrement, 103 suicides ont été comptabilisés, dont **3 sont survenus durant le dernier trimestre de la grossesse (0,1 pour 100 000 naissances)** (58).

En **Allemagne**, à partir des données issues des autopsies réalisées au département de médecine légale de Hambourg entre 1984 et 2018. Des autopsies ont été réalisées sur 57 cas de décès maternels sur la période de 34 ans, soit 1 ou 2 cas par an. L'âge moyen des femmes était de 30 ans. Environ les deux tiers des décès sont survenus pendant la grossesse. Les événements cardiovasculaires représentaient les principales causes de décès d'origine naturelle, les suicides étaient

les principales causes de décès non naturels (16%). **8 suicides sur 9 sont survenus pendant la grossesse, le plus souvent pendant le 2^{ème} trimestre (55%).** Près de la moitié des femmes ont utilisé des **moyens létaux violents** : saut d'une hauteur importante, pendaison (59).

Au **Royaume-Uni**, le taux de suicide maternel pendant la grossesse et jusqu'au 42 jours du post-partum entre 2015 et 2017 est estimé à **0,57 pour 100 000 naissances** (IC 95% 0,3-0,98). Ce taux varie en moyenne de 0,52 à 0,7 depuis 2011 (23).

En Europe, le taux de décès par suicide varie de 0 à 5,7/100 000 NV.

3.2.2. En Amérique

Aux **États-Unis**

Une étude rétrospective sur les avortements et les décès maternels au Minnesota au cours de la période **1950-1965**, comprenant des données sur plus de 1 400 000 femmes, n'a signalé que **quatre cas de suicides survenus pendant la grossesse** (60). Entre **1980 et 1985**, le « Maternity Mortality Collaborative » (un programme américain axé sur l'étude de l'incidence, des facteurs de risque et des causes de décès maternels dans 19 régions aux États-Unis) a identifié 13 cas de suicide (**0,3 décès pour 100 000 grossesses vivantes**) parmi 712 décès de femmes au cours de grossesse (14 décès pour 100 000 grossesses vivantes) (61).

L'examen des rapports d'autopsie par un médecin légiste de la ville de New-York entre **1990 et 1993** a permis de comparer les taux de suicide chez les femmes âgées de 10 à 44 ans enceintes et non enceintes. En ajustant l'âge et l'ethnie, le **risque de suicide était de 0,33** (IC à 95 % = 0,12– 0,72) pour les femmes enceintes (62)

En 2000, un effort de collaboration impliquant l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF et l'UNFPA a estimé 660 décès maternels aux États-Unis. Cela équivaut en moyenne à 11 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes signalées (63). Les causes les plus courantes de décès maternel varient quelque peu d'une région à l'autre. Plusieurs complications médicales et obstétricales, mais pas les tentatives de suicide, ont été identifiées comme contribuant significativement à la mortalité maternelle dans ces populations.

Entre 2004 et 2012, 211 décès maternels sont survenus dans le Colorado, 30 % (n = 63) sont dus un suicide ou un surdosage accidentel. Le taux de mortalité associée à la grossesse par surdosage était de 5,0 pour 100 000 naissances vivantes (IC à 95 % 3,4, 7,2) et par suicide de **4,6 pour 100 000 naissances vivantes** (IC à 95 % 3,0 - 6,6). On comptait 6 décès maternels par suicide pendant la grossesse, avec une **répartition équivalente pour chacun des trois trimestres**, le terme de la grossesse allait de 5SA à 35SA, lors du suicide. Dans la majorité des cas, mésusage et troubles psychiatriques étaient présents. Cependant, chez 22% des femmes, on ne retrouve aucun de ces facteurs de risque. La dépression était le diagnostic le plus commun (64).

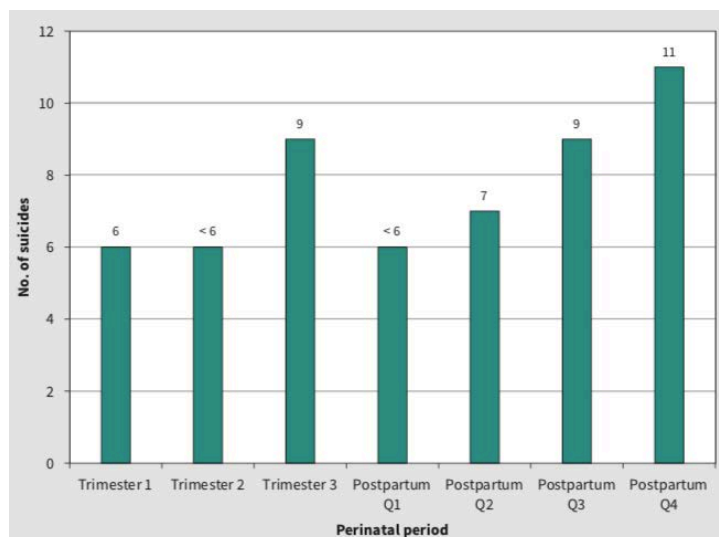
A partir des données issues du « NVDRS » recueillies dans 17 états (Caroline du Sud, Georgie, Caroline du Nord, Virginie, New Jersey, Maryland, Alaska, Massachusetts, Oregon, Colorado, Oklahoma, Rhode Island, Wisconsin, Californie, Kentucky, nouveau Mexique, et l'Utah), 94 femmes enceintes se sont suicidées entre 2003 et 2007 ce qui correspond à **2 décès/100 000 naissances vivantes**. Les parturientes plus âgées ou d'origine caucasienne ou amérindienne étaient plus à risque de suicide. De plus, 54, 3% des suicide survenaient dans un contexte de conflit conjugal (50). Les méthodes de suicide différaient selon l'état de la grossesse dans

l'analyse bivariée ($p < 0,0005$), les femmes enceintes étant plus susceptibles d'utiliser des armes à feu, les femmes en post-partum de mourir par asphyxie et les femmes non enceintes de choisir un empoisonnement ou un traumatisme contondant (65).

La prévalence des idées suicidaires a plus que doublé de 2006 à 2012 (47,5 à 115,0 pour 100 000 hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement), tandis que la prévalence du suicide et des blessures auto-infligées est restée stable. Près de 10 % des comportements suicidaires se sont produits dans le groupe des 12 à 18 ans, montrant la prévalence la plus élevée pour 100 000 hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement (158,8 en 2006 et 308,7 en 2012) au cours de la période d'étude (66)

Au **Canada**, dans une étude de cohorte rétrospective, des bases de données administratives sur la santé ont été couplés aux enregistrements de décès par le service de médecine légale (1994-2008) en Ontario. **Parmi les 1648 suicides**, 51 ont été classées comme morts maternelles (**20 pendant la grossesse**, 31 pendant la période post-partum). Le taux de suicide maternel était de 2,58 pour 100 000 naissances vivantes. Le suicide représentait 5,3 % morts maternelles en Ontario : **4,4 % (20/453) des décès liés à la grossesse** et 6,0 % (31/513) des décès post-partum. Le taux de suicide périnatal était de **2,58 pour 100 000** naissances vivantes, le suicide représentant 51 (5,3 %) des 966 décès périnatals.

La plupart des suicides sont survenus au cours du dernier trimestre de la première année post-partum, les taux les plus élevés étant enregistrés dans les régions rurales et éloignées (Graphique 1).



Graphique 1 : Répartition de la fréquence des décès par suicide en Ontario chez les femmes enceintes et post-partum (1994-2008), selon le trimestre de grossesse et le quadrimestre du post-partum.

Les valeurs de données inférieures à 6 sont considérées comme non déclarables, afin d'éviter la possibilité d'identifier des individus spécifiques ; ceux-ci sont signalés ici comme « < 6 »

Pendant la période périnatale, les femmes étaient plus susceptibles de mourir par pendaison (33,3 % [17/51]) ou en sautant d'une hauteur (19,6 % [10/51]) que les femmes décédées par suicide en dehors de la période périnatale ($p = 0,04$) (67).

En **Amérique Centrale ou Amérique du Sud**, la suicidalité est étudiée en ciblant des populations particulières notamment les adolescentes, le suicide maternel n'est pas encore considéré comme un enjeu de santé publique.

Par exemple, le Salvador n'inclut pas encore les décès par suicide pendant la grossesse parmi les décès maternels. Cependant, on estime entre huit ou neuf décès par suicide par an dans les années 2011 jusqu'en 2015, ce qui était plus important que pour toute autre cause de décès pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum pendant cette période. Inclure ces décès dans le calcul de la mortalité maternelle ferait donc augmenter considérablement ce taux (68).

En Amérique, le taux de décès par suicide varie de 0,33 à 4,6/100 000 NV.

3.2.3. En Asie

A **Singapour**, une étude épidémiologique s'est intéressée aux décès maternels de 2000 à 2004, en reliant les registres des décès regroupant les suicides féminins dans le groupe en âge de procréer 15-45 ans, avec la base de données d'enregistrement des naissances, pour identifier à la fois les décès maternels précoces et tardifs. Parmi les 589 cas de décès maternels identifiés par suicide, **aucun n'est survenu pendant la grossesse** (69)

En 2017, la Société japonaise d'obstétrique et de gynécologie a révélé une très forte proportion de décès maternels et maternels tardifs par suicide à **Tokyo** (8,7 pour 100 000 NV avec **23 suicides pendant la grossesse (3,2 pour 100 000 NV)** et 40 suicides dans l'année post-partum de 2005 à 2014 (70).

En Amérique, le taux de décès par suicide varie de 0,33 à 4,6/100 000 NV.

3.2.4. En Afrique

Une estimation des taux de mortalité maternelle entre 1982 et 1983 **en Zambie** a permis d'identifier **un seul cas de suicide** (induit par une grossesse illégitime) (71).

Parmi les décès maternels signalés dans deux districts du **Zimbabwe** sur deux ans (1989-1990), **quatre** ont été répertoriés comme des suicides en raison d'une grossesse non désirée (72).

En Afrique, le taux de décès par suicide est très faible.

3.2.5. En Océanie

En Australie, entre 1994 et 2002, 26 suicides maternels sont identifiés sur cette période dont **17 sont survenus pendant la grossesse (65%)**. La majorité des

moyens létaux utilisés sont considérés comme **violents** (65%) : pendaison, blessures par balle, noyades, traumatismes routiers intentionnels, sauts ou empoisonnement. Les neuf autres femmes sont mortes d'un surdosage de médicaments obtenus sur ordonnance ou illicites (73).

En ciblant particulièrement la région de la **Nouvelle Gale du Sud** à la même période, et en couplant les données des registres des sages-femmes de la région et l'institut national australien de la santé et des données sur la mortalité, 33 décès maternels par suicide sont recensés, dont **10 survenant pendant la grossesse jusqu'au 42^{ème} jour** du post-partum, ce qui correspond à **1,43 pour 100 000 naissances** (74).

Il existe une disparité importante dans la répartition des taux de des suicides durant la grossesse dans le monde. Globalement les pays en voie de développement ont mené peu d'études incluant le suicide dans les causes de décès maternels.

La prévalence du suicide est moins importante pendant la grossesse en comparaison à la période du post-partum et dans la population générale en dehors de ces périodes.

4. Les facteurs de risque de suicidalité pendant la grossesse

En épidémiologie du suicide, un facteur de risque est une variable, identifiée sur la base de données statistiques ou épidémiologiques, qui augmente la probabilité d'un geste suicidaire. Cette notion de facteur de risque n'implique pas de lien de causalité au niveau individuel mais au niveau populationnel entre ledit facteur et l'occurrence du risque. Tout en sachant que les conduites suicidaires sont généralement associées à différents facteurs qui se cumulent et interagissent (23).

4.1. Facteurs liés à la grossesse

Les facteurs de risque de suicide peuvent être liés à des facteurs en lien avec la grossesse comme les grossesses non désirées/non planifiée (34,75), la non accessibilité à l'avortement (43,44), les antécédents d'IVG (76), les antécédents de fausse-couche (77).

4.2. Facteurs historiques

Les antécédents d'abus sexuels, violences physiques et/ou psychologiques constituent des facteurs de risque de suicidalité durant la grossesse (78).

La prévalence des idées suicidaires est potentiellement à hauteur de 32% chez les femmes enceintes avec une histoire d'abus sexuel dans l'enfance, prévalence significativement plus importante que chez les femmes enceintes n'ayant pas d'histoire d'abus (79).

Dans une population de 2964 parturientes péruviennes, la prévalence de la maltraitance infantile était estimée à 71,8% et d'idées suicidaires à 15,8% (78). La prévalence d'idées suicidaires avant l'accouchement était plus élevée chez les femmes qui ont déclaré avoir subi des abus pendant l'enfance par rapport à celles qui

n'en ont déclaré aucun (89,3 % contre 10,7 %, $P < 0,0001$). Toute maltraitance infantile était associée à une augmentation de près de 3 fois (OR = 2,90 ; IC à 95 % : 2,12-3,97) des déclarations d'idées suicidaires au début de la grossesse, même avec un ajustement pour la dépression.

Les femmes qui ont subi à la fois des abus physiques et sexuels pendant leur enfance avaient un risque beaucoup plus élevé d'idées suicidaires (rapport de cotes ajusté, 4,04 ; IC à 95 %, 2,88-5,68).

Enfin, les probabilités d'idées suicidaires augmentaient avec l'augmentation du nombre d'événements de maltraitance subis pendant l'enfance (valeur P pour la tendance linéaire $< 0,001$). De plus, elles seraient plus à risque de tentatives de suicide, avec un risque exponentiel lié à la pluralité des abus (OR=13,73 : IC à 95% 3,75-50,25) (80).

4.3. Facteurs psychiatriques :

4.3.1. Les pathologies psychiatriques

Khalifeh et al (2016) ont étudié quelques caractéristiques de femmes enceintes, dans le post-partum ou en dehors de la période périnatale, qui se sont suicidées. Ces femmes étaient connues des services de psychiatrie depuis au moins un an avant leur décès (81).

Environ un suicide sur 50 chez les femmes âgées de 16 à 50 ans et un suicide sur 25 chez les femmes âgées de 20 à 35 ans ont eu lieu pendant la période périnatale. Les femmes qui se sont suicidées pendant la grossesse (n=18) étaient moins susceptibles d'avoir un diagnostic de **dépression** que les femmes qui se sont suicidées pendant la période postnatale (n=80 ; 33 % contre 51 % ; $p=0,16$) et plus susceptibles d'avoir un diagnostic de **schizophrénie** ou de troubles apparentés (28 %

vs 10 % ; $p=0.12$) ou de **trouble bipolaire** (17 % vs 6 % ; $p=0.1$). De plus, les femmes décédées par suicide pendant la grossesse étaient plus susceptibles de ne pas adhérer aux médicaments prescrits au cours du mois précédant leur suicide que les femmes décédées pendant la période postnatale (33 % contre 15 % ; $p = 0,11$) et étaient moins susceptibles de s'être automutilés dans les 3 mois précédant le suicide (11 % vs 28 % ; $p=0.17$).

Dans les études de cohorte, les facteurs de risque de décès par suicide comprennent les antécédents de tentatives de suicide (58), le fait d'être victime de violences conjugales (50,58,65). On retrouve également les troubles dépressifs (82–84), des troubles anxieux, l'état de stress post-traumatique (86), les troubles du sommeil .

4.3.2. Les addictions

Sur le plan addictologique, la consommation de **tabac** durant la grossesse augmente le risque de tentative de suicide chez la femme enceinte (35,87,88), ainsi que la consommation d'**alcool** (77).

L'étude de Czeizel (2011) rapportait une association significative entre tabac et TS chez les femmes enceintes, avec une proportion de fumeuses qui était 2,4 fois plus élevée chez les mères ayant fait une TS en comparaison avec les femmes enceintes issues de la population générale (89).

Une autre étude portant sur un échantillon de 239 femmes brésiliennes interrogées au cours du premier trimestre de la grossesse identifiait le tabac comme facteur associé au risque suicidaire actuel (84).

4.3.3. Les troubles du sommeil

Lors du premier trimestre, la prévalence des idées suicidaires dans une cohorte de 641 femmes péruviennes enceintes était de 16,8 %. Une mauvaise qualité subjective du sommeil était associée à une augmentation de 67 % des risques d'idées suicidaires, après ajustement pour les facteurs de confusion et la dépression (aOR = 1,67 ; IC à 95 % 1,02-2,71). Lorsqu'elles étaient évaluées en tant que variable continue pour chaque augmentation d'une unité du score PSQI (Index de Qualité de Sommeil de Pittsburg), évaluant la qualité subjective du sommeil, la probabilité d'idées suicidaires augmentait à 18 %, et cette augmentation était indépendante de la dépression (aOR=1,18 ; IC à 95 % 1,08-1,28).

Enfin, les femmes ayant à la fois une mauvaise qualité de sommeil subjective et une dépression avaient une probabilité particulièrement élevée d'idées suicidaires par rapport aux femmes qui n'avaient aucun facteur de risque (aOR = 3,48 ; IC à 95 % 1,96-6,18).

Lors du troisième trimestre, la prévalence des idées suicidaires était de 8,5% dans la cohorte, tandis que la mauvaise qualité du sommeil a été signalée par 16,9% des femmes. Après ajustement pour les facteurs de confusion, y compris la dépression anténatale, les femmes ayant une mauvaise qualité de sommeil présentaient un risque accru d'idées suicidaires (aOR = 2,81 ; IC à 95 % 1,78–4,45) par rapport à celles ayant une bonne qualité de sommeil.

Lorsqu'elles étaient évaluées en tant que variable continue pour chaque augmentation d'une unité du score PSQI (Index de Qualité de Sommeil de Pittsburg), la probabilité d'idées suicidaires augmentait à 28 %, et cette augmentation était indépendante de la dépression (aOR = 1,28 ; IC à 95 % 1,15–1,41). Les femmes qui

signalaient à la fois une mauvaise qualité de sommeil et une dépression avaient un risque accru d'idées suicidaires (aOR = 13,6 ; IC à 95 % : 7,53 à 24,41) par rapport à leurs homologues sans aucun facteur de risque.

4.4. Facteurs sociodémographiques et socio-économiques

En ce qui concerne l'âge, les adolescentes enceintes sont particulièrement à risque de conduites suicidaires . Toutefois, dans certains pays à revenus élevés, l'âge avancé est plus à risque (92).

Être un immigrant issu d'un pays en voie de développement (92), le statut social bas, le faible niveau d'éducation et le chômage (26) constituent des facteurs de risque de suicidalité chez la femme enceinte.

4.5. Facteurs culturels

Chez les femmes enceintes, le fait de ne pas être mariée, les conflits familiaux ou avec le partenaire, la préférence familiale pour un enfant de sexe masculin (37), le fait d'appartenir à une ethnie ou un groupe religieux minoritaire (36) ont été identifiés comme étant à risque de suicidalité.

Discussion

La suicidalité peut s'aborder au travers d'une approche contextuelle, qui consiste à dresser le portrait clinique précis de la population des suicidants ou des suicidés. On essaie de déterminer dans quelle mesure une variable a une influence quelconque sur la production d'un passage à l'acte suicidaire. Dans le cas d'une réponse positive, cette variable devient un facteur de risque (93).

Ainsi, nous discuterons certains facteurs de risque identifiés permettant de mettre en exergue certaines sous-populations à risque de suicidalité durant la grossesse.

1. Approche contextuelle de la suicidalité durant la grossesse

1.1. Les facteurs de risque psychiatriques dans la suicidalité chez la femme enceinte

Cette partie développe l'hypothèse de la suicidalité comme une complication d'une maladie psychiatrique

La pathologie mentale constitue le facteur de risque le plus déterminant de la suicidalité (94). Environ 90 % des suicidés souffriraient d'un trouble mental au moment de leur mort (95). Dans l'échantillon de Schneider et al. (2006) (96), par exemple, 88% des femmes suicidés avaient un trouble de l'axe I du DSM-IV (contre 35 % dans le groupe contrôle.). Au terme de leur revue de littérature, Staikowsky *et al.* (2008) concluent que le risque suicidaire est de 20 à 120 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique que dans la population normale (97).

Avant de détailler la réalité des troubles psychiatriques durant la grossesse, nous détaillerons certaines particularités psychiques spécifiques à la période de la

grossesse qui rend même parfois difficile la distinction entre le normal et le pathologique

1.1.1. Les remaniements psychiques durant la grossesse :

Dans les années 1950, Ted Berry Brazelton rapporte l'état d'importante anxiété des jeunes parturientes qu'il rencontre, qui lui semble dans un premier temps pathologique ; « *La bizarrerie des matériaux inconscients exprimés et l'univers fantasmatiques de ces femmes l'inquiètent* ». Mais il observe finalement des mères qui s'adaptent parfaitement à leur nouveau rôle (98). Ces observations font état des remaniements psychiques spécifiques relatifs à cette crise identitaire autour du « devenir mère » que certains auteurs considèrent comme nécessaires.

Les préoccupations maternelles primaires

Donald Winnicott décrit sous le terme de **préoccupation maternelle primaire** la période particulière, de quelques semaines précédant l'accouchement et le suivant immédiatement, pendant laquelle la mère se montre tout spécialement « *capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité* » (99). Elle capterait des signaux qu'elle serait à même de décoder et d'interpréter avec une efficacité extrême. Cet état durerait pendant les semaines qui suivent la naissance et l'auteur le compare à un repli, à une dissociation, voire à un état schizoïde, une « *maladie mentale normale* » dont la mère va se remettre. « *Certaines femmes y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre... d'autres ne sont pas capables de se laisser aller à cet abandon* ». Par ces commentaires, Winnicott indique aussi l'existence de variations individuelles (100).

La maternalité

Paul-Claude Racamier (1961) est à l'origine du concept de **maternalité**, qu'il définit comme « *L'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et*

s'intègrent chez la femme lors de la maternité » ; L'expérience de devenir mère est une véritable étape du développement psychoaffectif de la femme, que l'on peut considérer comme une crise maturative (101).

La transparence psychique

Plus récemment, la psychanalyste Monique Bydlowski (1997) a employé le terme de **transparence psychique** pour qualifier l'état relationnel particulier de la femme enceinte. La barrière du refoulement est beaucoup moins forte, les fantasmes et les affects sont plus accessibles à la conscience. « *On observe chez la femme enceinte une spontanéité à parler d'elle-même et une grande facilité à laisser émerger l'inconscient* » (102).

1.1.2. Les pathologies psychiatriques pendant la grossesse

La dépression

Contrairement à la période du post-partum, la grossesse était traditionnellement considérée comme une période où les femmes sont protégées de la dépression. Mais une vaste étude épidémiologique américaine ne rapporte pas de différences dans la prévalence de la dépression chez les femmes enceintes et non enceintes (103).

Dans les pays développés, la prévalence du trouble dépressif majeur (DSM-IV)- est estimée entre 3,1% et 4,9% pendant la grossesse, cette estimation augmente à 11% si les troubles dépressifs mineurs sont retenus (104).

Dans les pays en voie de développement, les résultats sont variables d'un pays à l'autre, mais une méta-analyse retrouve une prévalence de **15,6% de troubles dépressifs, troubles anxieux et troubles de l'adaptation durant la grossesse** (105).

A noter que cette prévalence est probablement sous-estimée car l'identification de la dépression peut être limitée par une présentation symptomatique qui pourrait ressembler des symptômes de grossesse, communément admis (106).

De plus, le recours à des traitements est très prudent chez les femmes enceintes (107), les données se basant sur le recours au traitement pour attester d'un diagnostic de dépression sont donc biaisées (biais de classement).

Enfin, parmi les dépressions classées comme dépression du post-partum 33% débuteraient durant la grossesse et 27% serait antérieure à la grossesse (106).

Les troubles anxieux

Les troubles anxieux au cours de la période périnatale sont souvent négligés ou considérés comme adaptés à la « nidation psychique » de la femme qui acquiert un nouveau statut de mère et de manière inhérente s'inquiète pour son enfant à naître. Il existe une comorbidité importante avec les troubles dépressifs (108). Buist et al (2011) s'intéressent à l'évolution des symptômes anxieux au cours de la grossesse, plus particulièrement des troubles anxieux généralisés.

Dans une cohorte de 2793 femmes enceintes, 9.5% souffraient d'un trouble anxieux généralisé. Les symptômes anxieux étaient **plus fréquents lors du premier trimestre** (7%) et diminuaient progressivement au cours de la grossesse (109). Les facteurs de risque de présenter une anxiété était le célibat, le faible niveau de soutien extérieur, le faible niveau d'éducation et les antécédents de maltraitance de l'enfance.

Par ailleurs, il existe un risque significativement plus élevé de **trouble obsessionnel compulsif** chez les femmes enceintes et en post-partum que chez les femmes non enceintes (110): augmentation de la prévalence des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) pendant la grossesse et la période post-partum avec la prévalence

la plus faible dans la population générale (moyenne = 1,08 %) suivie des femmes enceintes (moyenne = 2,07 %) et post-partum (moyenne = 2,43 %).

Trouble de stress post-traumatique

La prévalence de trouble de stress post – traumatique (TSPT) est plus importante que dans la population générale (6 – 8%).

Une revue de la littérature (111) suggère trois causes potentielles d'augmentation de la symptomatologie du TSPT pendant la grossesse :

- 1) Les facteurs psychologiques et physiologiques liées à la grossesse pourraient constituer un facteur de vulnérabilité s'il existe un psychotraumatisme (antérieur ou durant la grossesse) au développement ou à la réactivation de symptômes de TSPT »
- 2) Les phénomènes psychosomatiques normaux de la grossesse pourraient être signalés comme des symptômes psychiatriques,
- 3) Les échantillons peuvent différer en ce qui concerne les caractéristiques démographiques associée à un risque accru de TSPT.

Les modifications physiques inhérentes à la grossesse telles que l'hypersensibilité des seins et les mouvements fœtaux sont potentiellement des sensations qui pourraient déclencher une réactivation du psychotraumatisme (112). Les soins prénataux, y compris les examens vaginaux et mammaires, peuvent être des déclencheurs, en particulier pour les patientes ayant vécu des traumatismes sexuels. Le travail lui-même, en particulier le travail médicalisé, peut exacerber un sentiment d'impuissance et de vulnérabilité, ce qui peut déclencher des symptômes de TSPT (113).

Les troubles alimentaires

Les troubles alimentaires peuvent être à l'origine de nombreuses carences chez les femmes, ce qui impacte négativement sur la fertilité. Toutefois, chez les femmes enceintes avec des antécédents de troubles alimentaires, des symptômes peuvent persister chez les jeunes femmes ayant eu des épisodes de troubles de l'alimentation récents (114)

En s'intéressant à l'apparition de novo de troubles alimentaires, cette équipe retrouve une incidence de 1,1/1000 femmes présentant une hyperphagie boulimique, associé à un faible niveau socio-économique. Les autres troubles n'étaient pas concernés par une incidence significative durant la grossesse.

Troubles de personnalité :

Börjesson et (2005) ont suivi 625 femmes primipares autour de leur grossesse et des 18 premiers mois après l'accouchement (115). Un nombre plus important de symptômes dépressifs et anxieux durant la grossesse était retrouvé par rapport au post-partum (115). De plus, la prévalence d'un trouble de personnalité était de 6,4%, estimation un peu moins importante que dans la population générale. Les auteurs expliquent alors que cette différence pourrait être en lien avec les caractéristiques des femmes enceintes étudiées, une majorité de femmes vivant dans des relations stables, qui avaient décidé de poursuivre leur grossesse. Ces facteurs indiquent une population socialement plus établie que dans un échantillon aléatoire de femmes. Le statut socio-économique, le jeune âge et un traitement antérieur pour des troubles psychiatriques ont été identifiés comme des facteurs de risque.

Troubles psychotiques

Peu d'études ont examiné l'incidence des troubles psychiatriques tels que le trouble bipolaire ou la schizophrénie durant la grossesse (116). Une étude danoise, a signalé une réduction du risque d'être hospitalisé pour une première décompensation psychotique durant la grossesse (117).

Alors que dans une étude à faible échantillon, certaines femmes enceintes présentant une schizophrénie rapportaient une détérioration de leur santé mentale durant la grossesse (118), une étude plus vaste portant sur 919 femmes n'a pas identifié de risque accru de décompensation avec seulement 3 femmes ayant présenté un épisode aigu durant leur grossesse survenant à chaque fois au cours du premier trimestre (119).

Trouble bipolaire

La grossesse serait en partie protectrice vis-à-vis de la décompensation d'un trouble bipolaire, que cela concerne l'apparition d'un premier épisode ou la rechute d'un trouble préexistant. Di Florio et al (2013) retrouvent que parmi 980 patientes en période périnatales, souffrant d'un trouble bipolaire de type I, 8% décompensent pendant la grossesse et 92% dans le post-partum (120). En revanche, les données de la littérature ne sont pas consensuelles.

Dans une étude prospective incluant 89 patientes enceintes souffrant d'un trouble bipolaire selon le DSM-IV, le risque global de décompensation concernait 71% de ces femmes. Ce risque était deux fois plus élevé chez celles qui arrêtaient leur traitement stabilisateur de l'humeur (121). De plus chez les patientes arrêtant leur traitement, le temps de latence entre l'arrêt de traitement et la décompensation était quatre fois plus

court et la durée de la rechute était cinq fois plus longue, comparativement à celles qui poursuivaient leur traitement.

Un arrêt brutal du traitement conduisait à un temps de latence avant une nouvelle rechute onze fois plus court par rapport à un arrêt progressif. La plupart des récurrences étaient dépressives ou mixtes (74 %), et 47 % sont survenues au cours du premier trimestre.

Comparativement à la période du post-partum, la proportion de femmes enceintes qui présentait une décompensation de leur trouble de l'humeur était moins importante (122).

1.1.3. Impact des troubles psychiatriques durant la grossesse sur la suicidalité

La prévalence ponctuelle du trouble dépressif majeur est d'environ 5 % pendant la grossesse et au cours des 3 premiers mois postnatals (106). Si on s'intéresse aux symptômes présentés par les parturientes avant leur geste suicidaire, les symptômes les plus couramment rapportés étaient la détresse, l'humeur dépressive, les idées suicidaires et le désespoir ; peu ont signalé des hallucinations ou des délires (81).

De plus, les femmes arrêtent souvent leur traitement antidépresseur pendant la période périnatale (123), principalement par crainte de préjudice potentiel pour le bébé à naître ou le nourrisson allaité, les laissant vulnérables aux rechutes pendant la grossesse et par la suite (124). La présence d'une dépression anténatale multiplie par 11,5 le risque d'idées suicidaires pendant la grossesse (35).

Dans la majorité des études, la dépression apparaît comme un facteur de risque majeur de suicidalité chez la femme enceinte.

Cependant, les patientes souffrant de troubles bipolaires ou de schizophrénie seraient plus à risque de suicide que les patientes présentant une dépression (81). Les femmes souffrant de psychose sont une population à haut risque d'IDS et de CS qui sont moins susceptibles d'être incluses dans la plupart des études car elles utilisent des méthodes d'auto-évaluation pour saisir les tendances suicidaires (82). Les femmes ayant des scores EPDS élevés ou un certain niveau d'idées suicidaires peuvent refuser de participer à la recherche ou peuvent être exclues en raison de la nature de crise de leur état (125). Leur exclusion peut contribuer à des estimations plus faibles de la suicidalité dans cette population.

1.1.4. Pistes

En pratique, ces résultats suggèrent que les cliniciens doivent surveiller de près le risque de suicide périnatal non seulement chez les femmes atteintes de maladies psychotiques, mais aussi chez celles souffrant de dépression.

Les décisions concernant l'arrêt du traitement doivent être prises après une analyse individuelle minutieuse des risques et des avantages.

Pour les femmes qui choisissent d'arrêter la médication, des traitements alternatifs adéquats et opportuns (un traitement psychologique) et un suivi approprié et proactif doivent être assurés (124).

De plus, il existe des modifications physiologiques dues à la grossesse comme par exemple, l'augmentation du volume de distribution, la modification de l'activité des cytochromes P450, l'augmentation de la filtration glomérulaire qui peuvent impacter la pharmacocinétique des traitements. Elles peuvent alors se traduire par une diminution des concentrations plasmatiques maternelles. En pratique, cette réduction physiologique a été observée pour divers médicaments dont les inhibiteurs sélectifs

de la recapture de la sérotonine et nécessite pour d'autres classes thérapeutiques une adaptation posologique pendant la grossesse (par exemple, lithium, certains antiépileptiques) (126)

Il est possible que certaines femmes fassent le choix de mener un projet de grossesse durant une période où elle se sente mieux (42).

1.2. Les adolescentes enceintes : une sous-population à risque de suicidalité

Malgré la baisse des taux de grossesse chez les adolescentes dans les pays occidentaux, elle reste relativement courante. Dans les pays en voie de développement, sa prévalence continue d'augmenter ces dernières décennies (127). Elle reste un point de préoccupation importante, car une morbidité importante y est associée avec des possibles conséquences sur le bébé à naître telles que la prématurité, l'insuffisance pondérale, le décès (69,128). Ses jeunes mères semblent plus vulnérables au développement de troubles psychiatriques et aux conduites suicidaires (83).

Le jeune âge est en effet repéré comme un facteur de risque bien connu de suicidalité chez les femmes enceintes (91). La grossesse à l'adolescence impacterait le processus de développement normal de cette période, et ces deux transitions adolescence et maternité augmenteraient l'instabilité psychologique selon certains auteurs (129).

En général, la grossesse chez les adolescentes est plus susceptible d'être mal programmée et/ou non désirée, et plus sujette à la stigmatisation liée à la grossesse avant le mariage, aux difficultés financières, à la perte d'éducation et d'opportunités

d'emploi, et aux obstacles à l'avortement sécurisé, pouvant conduire à un comportement suicidaire immédiatement après la reconnaissance de la grossesse (83,130,131).

1.2.1. Conduites suicidaires chez les adolescentes enceintes

Les adolescentes enceintes présentent un taux de suicide significativement inférieur à celui observé chez leurs homologues de la population générale (SMR = 0,28). Néanmoins, elles ont un taux de suicide plus de cinq fois supérieur au taux global des adultes enceintes (Etude Angleterre et Wales).

Dans une étude portant sur une population vivant au Brésil de 828 adolescentes enceintes, 13,3% rapportaient des conduites suicidaires. Le risque suicidaire évalué de faible, modéré, à élevé concernait respectivement 8,6%, 1,3% et 3,4% des participantes. 1,3% des jeunes parturientes rapportaient avoir tenté de se suicider lors du précédent mois, ces chiffres sont congruents avec les données de la littérature.

1.2.2. Les facteurs de risque de suicidalité chez les adolescentes enceintes

Les conduites suicidaires ont pu être associées de manière significative à certaines variables socio-démographiques ou données médicales, que Musyimi et al (2020) catégorisent à différents niveaux (Illustration 3). Sur le plan individuel, les facteurs de risque concernent la catégorie la plus âgée des adolescente (18-19 ans), un faible niveau d'instruction (132), un avortement antérieur, une maladie chronique (HIV/AID's), les troubles psychiatriques, principalement les troubles dépressifs et les troubles anxieux (38). D'un point de vue interpersonnel des abus physiques au cours des 12 derniers mois (83,133), un conjoint violent, le rejet familial (134). Au niveau

communautaire, l'isolement social et la stigmatisation par la communauté, les grossesses survenant la plupart du temps hors mariage sont des facteurs de risque de pensées suicidaires. Enfin, à un niveau sociétal, la pauvreté, le manque de soutien et de moyen de subsistance étant également des facteurs de risque.

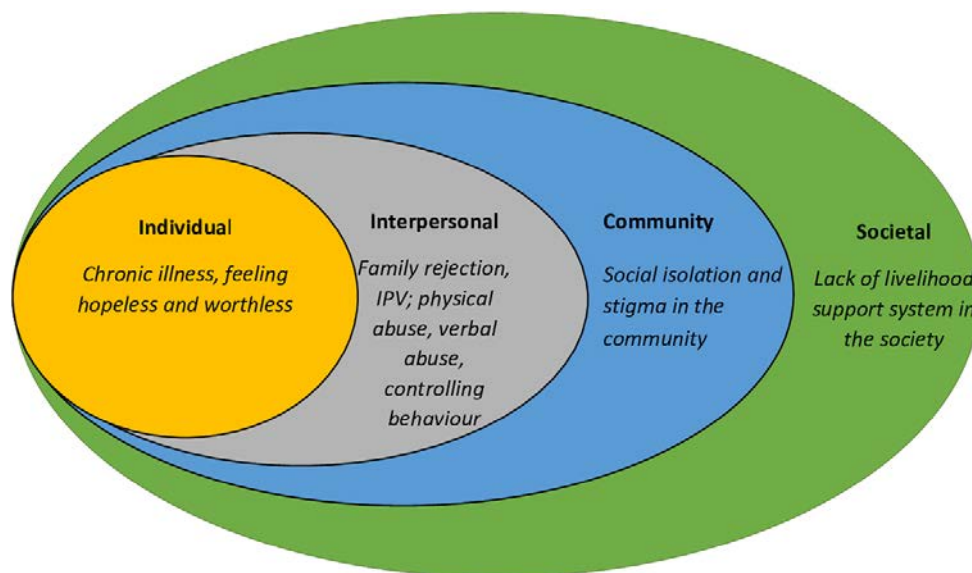


Illustration 3 : Modèle socio-écologique mettant en évidence les risques de comportement suicidaire chez les mères adolescentes (Musyimi et al, 2020).

Par ailleurs, l'apparition des troubles psychiatriques à l'adolescentes semble étroitement liée au style parental perçu, en effet, la qualité du lien parental a été impliqué comme facteur de risque pour un large éventail de troubles psychiatriques tels que la dépression et les troubles anxieux, et les comportements suicidaires. Il est donc probable que le type de relation parentale puisse jouer un rôle dans le développement de symptômes psychiatriques chez ces jeunes femmes « en transition » vers la maternité, particulièrement vulnérables avec une identité maternelle en cours de développement (133).

1.2.3. Style parental d'attachement et conduites suicidaires

Le lien parental perçu a été mesuré à l'aide du Parental Bonding Instrument (PBI), qui est basé sur les souvenirs des participants de leurs parents au cours des 16 premières années après la naissance (135). Le lien parental évalué par le PBI se base sur deux dimensions principales, « soins » et « surprotection ».

La dimension « soins » reflète la chaleur, l'affection et l'implication parentales perçues par opposition à la froideur, l'indifférence et le rejet. La dimension de « surprotection » reflète le contrôle psychologique parental perçu et l'intrusion par opposition à l'encouragement à l'autonomie et à l'indépendance. Ainsi, le lien parental peut être classé en quatre quadrants selon les combinaisons possibles des deux dimensions : « Lien optimal » (haute attention, faible surprotection), « parentalité négligente » (faible attention, faible surprotection), « contrainte affectueuse » (attention élevée, surprotection élevée) et « contrôle sans affection » (attention faible, surprotection élevée) (Illustration 4).

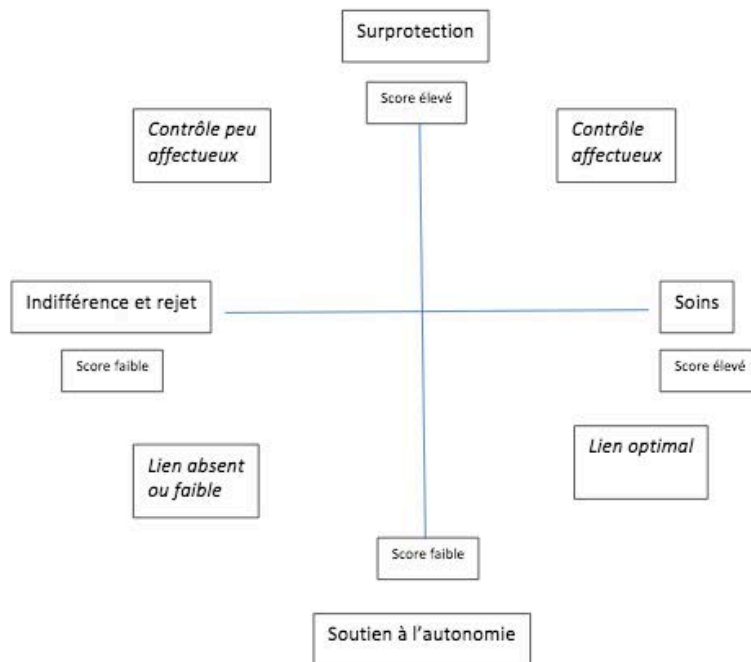


Illustration 4 : Représentation du style d'attachement parental (133)

Les styles de liens maternels et paternels contribuent différemment au développement de la suicidalité chez les adolescentes enceintes.

En effet, Coehlo et al (2014) montrent que les styles parentaux sous-optimaux du « contrôle sans affection » maternel et le « parentage négligent » paternel sont des prédicteurs indépendants de la suicidalité chez les adolescentes enceintes (133).

1.2.4. La grossesse à l'adolescence, un acte socialement déviant ? (136)

En réalité, il n'y a pas « une » mais « des » grossesses à l'adolescence. Bien que fréquemment employé au singulier, le vocable « grossesse adolescente » homogénéise abusivement une grande diversité d'histoires, de personnalités, de conditions de vie. Les diverses publications courantes et savantes tendent pourtant à construire la « grossesse adolescente » comme une quasi-catégorie de pensée et à la renvoyer systématiquement dans le registre du drame et du pathologique. L'explication de la grossesse s'assortit généralement d'une description plutôt stigmatisante de l'adolescente enceinte par une banalisation des relations sexuelles, voire un « vagabondage sexuel ».

Ce constat ne peut que favoriser la vulnérabilité de l'adolescente face au regard de la société. En effet, la suicidalité est exacerbée par des pressions psychosociales stigmatisantes (137).

1.2.5. Implications cliniques

Sur la base de ces résultats, les professionnels de santé doivent être particulièrement vigilant à la question de la suicidalité chez les femmes enceintes, en particulier pendant le premier trimestre.

1.3. Impact de l'histoire d'abus dans l'enfance sur la suicidalité de la femme enceinte

L'association entre la maltraitance infantile et les idées suicidaires n'est pas claire dans les cultures orientales, en particulier dans certains pays de l'Est où les liens familiaux forts sont soulignés (138,139) et les châtiments corporels pour discipliner les enfants est acceptable (140).

Toutefois une revue de la littérature récente souligne l'impact négatif des abus dans l'enfance chez les femmes enceintes (141). Chez les femmes enceintes, l'exposition à des abus dans l'enfance a été associée à une augmentation de la suicidalité (78). La maltraitance infantile a un effet négatif sur la santé mentale pendant la grossesse et est liée à la dépression périnatale et au trouble de stress post-traumatique (142–144). Les premières expériences traumatiques peuvent refaire surface pendant cette période de transition vers la maternité, activant ainsi des réponses émotionnelles liées aux expériences de l'enfance (145).

Par exemple, lors de violences psychologiques répétées, les enfants rencontrent d'importantes difficultés dans leur construction identitaire. Ainsi, la grossesse qui est une période de transition vers la maternité et donc une période où l'ego et l'identité sont remis en question, est particulièrement à risque de décompensation psychique car les assises identitaires sont clairement menacées (146).

Dans le cas des abus sexuels, les changements corporels associés à la grossesse pourraient intensifier les préoccupations somatiques existantes et les sentiments conflictuels à propos de l'image corporelle qui incitent souvent à des comportements autodestructeurs chez les survivantes d'abus (79).

De telles vulnérabilités peuvent être particulièrement marquées plus tard dans la grossesse en prévision des expériences du travail et de l'accouchement.

L'impuissance et le caractère invasif de l'accouchement dans l'histoire de la victime d'abus sexuels peuvent, pendant la grossesse, créer de profondes craintes et les rendre plus vulnérables à l'arrivée du nouveau-né.

Pour certaines, cela peut s'accompagner de doutes sur leur capacité à protéger l'enfant ou à être un assez bon parent.

Dans de tels cas, les fantasmes de la mort de soi et de l'enfant à naître (basés sur des pensées suicidaires) peuvent représenter un mode perçu d'évasion de ces peurs.

A cet égard, nous pouvons supposer qu'une histoire d'abus, en particulier d'abus sexuel, crée des facteurs de stress qui outrepassent les mécanismes d'adaptation qui pourraient autrement atténuer les tendances suicidaires pendant la grossesse (79). Brunton & Dryer suggèrent un rôle médiateur de la dépression et/ou des stratégies d'adaptation (141).

1.4. Impact de la problématique addictologique chez les femmes enceinte sur la suicidalité

La consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse est associée à un risque accru de CS pendant la grossesse.

Une hypothèse pour expliquer ces résultats est que la consommation d'alcool et/ou de tabac pendant la grossesse pourrait être des marqueurs de niveaux élevés de

détresse maternelle. En effet, les femmes enceintes reçoivent tellement d'informations sur les effets nocifs de l'alcool et du tabac que celles qui ne contrôlent pas leur consommation sont probablement particulièrement vulnérables. Cela peut laisser suggérer un stress lié à la grossesse et/ou des difficultés à s'impliquer dans la grossesse (77). La problématique addictologique est alors perçue comme un marqueur de détresse psychique qui amènerait alors aux CS. Par contre, d'autres études mettent en avant les mésusages, addictions d'alcool, héroïne, cocaïne, opiacés, cannabis, amphétamines comme facteurs précipitants dans les passages à l'acte par notamment levée d'inhibition (147).

1.5. Hypothèse : La mauvaise qualité de sommeil comme catalyseur d'IDS chez la femme enceinte

1.5.1. Les troubles du sommeil chez la femme enceinte

La grossesse est une période caractérisée par de nombreux changements physiologiques, y compris des variations dans les demandes d'énergie et de sommeil, conduisant souvent à des troubles du sommeil (148). Plus précisément, pendant la grossesse, les femmes souffrent de troubles du sommeil qui augmentent le risque de développer des insomnies (149). L'enquête sur les femmes et le sommeil de la National Sleep Foundation en 2007 a révélé que jusqu'à 78 % des femmes se plaignaient de troubles du sommeil au cours du troisième trimestre de la grossesse (150). Cependant, les femmes enceintes subissent des modifications de la durée du sommeil (151), de la qualité (152,153) et du schéma (153) au cours de toutes les semaines de gestation, et pas seulement en fin de grossesse (154)

En fin de grossesse, une étude basée sur des enregistrements polysomnographiques a montré une augmentation du réveil après l'endormissement et une efficacité de

sommeil plus faible par rapport au groupe témoin. Le pourcentage de sommeil paradoxal était significativement diminué et le pourcentage de stade 1 significativement augmenté par rapport au groupe non enceinte (153).

Une mauvaise qualité du sommeil et d'autres troubles du sommeil durant la grossesse ont été associés à des complications pendant la grossesse (diabète gestationnel, prééclampsie), obstétricales (accouchement prématuré, augmentation de la durée du travail), et dans le développement du fœtus (retard de croissance intra-utérin), en stimulant le système inflammatoire (150,155).

1.5.2. Les troubles du sommeil et suicidalité

Des associations entre une mauvaise qualité subjective du sommeil et des risques accrus d'idées suicidaires sont biologiquement plausibles (41). La privation de sommeil peut entraîner des altérations du traitement cognitif et émotionnel, ce qui peut contribuer à un risque accru de labilité émotionnelle, d'irritabilité et de comportements impulsifs et agressifs. Ces modifications sont associées à un risque élevé de comportement suicidaire (156,157).

De plus, les chercheurs ont noté que les troubles du sommeil affectent un certain nombre de voies neuroendocriniennes et métaboliques (par exemple, le cortisol, la leptine et la ghrelin), et que la perturbation de ces voies a un impact sur le risque de suicide (158).

Enfin, les troubles du sommeil et les comportements suicidaires partageraient des processus neurobiologiques communs, en particulier une réduction de la synthèse de la sérotonine, favoriserait l'éveil (159) et des études chez le rat ont démontré qu'une restriction du sommeil entraînait une désensibilisation du système de récepteurs

sérotoninergiques, et cet effet persistait malgré un temps illimité de récupération du sommeil (160).

Enfin, les troubles du sommeil, en plus d'être un symptôme de troubles psychiatriques, peuvent également être un facteur de risque pour le développement d'une maladie mentale qui à son tour peut être fortement associée au risque de suicide (161). Toutefois, bien que la dépression anténatale soit fortement associée aux IDS, seule une proportion de participants connaît la cooccurrence troubles du sommeil/dépression (26).

1.5.3. *Rôle du sommeil dans la suicidalité chez la femme enceinte*

Il existe un risque accru d'idées suicidaires chez les parturientes ayant une mauvaise qualité de sommeil en l'absence de dépression anténatale confirmant que les troubles du sommeil sont un important facteur de risque indépendant d'idées suicidaires (162).

La relation entre l'insomnie et la dépression, cependant, n'est pas une simple conséquence de la perte de sommeil ou de la fatigue, mais plutôt modulée par une dérégulation émotionnelle liée au stress

La réactivité du sommeil

L'exposition au stress déclenche généralement le développement de l'insomnie, bien qu'il soit clair que toutes les personnes exposées au stress ne développent pas d'insomnie (163). Par extension, la manière dont les individus régulent le stress détermine l'apparition de l'insomnie. Le degré de perturbation du sommeil en réponse à l'exposition au stress est appelé réactivité du sommeil (164). La réactivité du sommeil est un trait caractéristique, et il a été démontré que les personnes ayant une réactivité

élevée du sommeil (c'est-à-dire des systèmes de sommeil facilement perturbés par le stress) présentent un risque élevé de développer une insomnie par rapport à celles ayant une faible réactivité de sommeil (c'est-à-dire un sommeil plus robuste)(165). Notamment, une réactivité élevée du sommeil est liée à une plus grande hyperexcitation cognitivo-émotionnelle et à une dérégulation du stress, et préexiste même au développement de la dépression et de l'anxiété (165)

Près de la moitié des femmes en milieu de grossesse ont rapporté des systèmes de sommeil très réactifs, et signalaient alors davantage d'insomnies (166). Chez ces femmes, le taux d'idées suicidaires rapporté était supérieur à celui rapporté par les femmes ayant une faible réactivité de sommeil.

La rumination comme médiateur entre l'insomnie et les idées suicidaires

La rumination (répétition de pensées négatives) est une stratégie de régulation des émotions courante mais nocive pour de nombreuses personnes souffrant d'insomnies. Notamment, les insomniaques sont particulièrement enclins à ruminer la nuit (167). La rumination agirait même comme un médiateur potentiel de la relation insomnie/risque suicidaire dans la population générale.

Les taux de dépression et d'idées suicidaires sont plus élevés chez les femmes enceintes présentant des niveaux cliniques d'insomnie et de rumination élevée. Précisément, le contenu des ruminations peut jouer un rôle, puisque les femmes enceintes qui ruminent spécifiquement sur leur grossesse et/ou le bébé à naître ont des taux d'idées suicidaires plus élevés que les femmes enceintes qui ne ruminent pas sur les problèmes périnataux (168).

Ainsi, le risque d'idées suicidaires périnatales est plus élevé lorsque l'insomnie est associée à une dérégulation cognitive la nuit à savoir un hyperéveil cognitif et des

pensées ruminatives axées sur la périnatalité en essayant de dormir. Il existe une interaction complexe entre la dysrégulation cognitivo-émotionnelle nocturne et l'insomnie dans leur influence sur les idées suicidaires (169).

1.5.4. Implications cliniques

Dans un premier temps, il semble important d'évaluer la qualité de sommeil chez les femmes enceintes. En effet, la perte de sommeil a un impact sur les performances cognitives et peut affecter la prise de décision, amenant les patients à prendre des décisions précipitées et à sous-estimer les conséquences potentielles des actions, augmentant ainsi le risque de TS (170). L'évaluation de la suicidalité est également primordiale. Enfin, l'éveil cognitif nocturne, les préoccupations périnatales et les insomnies peuvent constituer des cibles thérapeutiques pour réduire l'apparition des idées suicidaires chez les femmes enceintes.

2. L'hypothèse d'une inhibition comportementale durant la grossesse

Dans une étude menée dans 15 prisons belges, de nombreux détenus qui pensent au suicide ne tentent pas de se suicider pendant leur incarcération. Les facteurs associés aux idées suicidaires sont distincts de ceux qui régissent la transition vers un comportement suicidaire. Au-delà d'un accès plus difficile aux moyens létaux, les résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle la désinhibition comportementale pourrait agir comme un catalyseur dans la traduction des pensées suicidaires en action (171).

L'écart entre la prévalence importante d'IDS et la faible proportion de conduites suicidaires nous amène à questionner le continuum entre IDS et CS en faisant l'hypothèse d'une inhibition comportementale plus marquée pendant la grossesse.

2.1. L'inhibition comportementale, approche neurobiologique

Certaines personnes mettront fin à leur jour, tandis que d'autres ne le feront pas. Cette réalité indique qu'il existe des différences fondamentales entre le cerveau suicidaire et non suicidaire, Même si l'on attribue ces différences aux caractéristiques de la personnalité ou à la force de l'ego, on suggère qu'il existe des différences neuronales, génétiques, épigénétiques ou phylogénétiques sous-jacentes (137).

Le modèle stress-vulnérabilité postule que le suicide est le résultat d'une interaction entre des facteurs de stress dépendants de l'état (environnementaux) et une vulnérabilité de type trait ou une susceptibilité au comportement suicidaire, indépendamment des troubles psychiatriques (172).

Parallèlement à un dysfonctionnement du système sérotoninergique qui serait associé aux perturbations du contrôle de l'anxiété, de l'impulsivité et de l'agressivité (facteur trait de vulnérabilité), un dysfonctionnement de la réactivité au stress (hyperactivité de l'axe Hypothalamo-Hypophyso-Surénalien) pourrait contribuer à augmenter le risque de suicide si d'autres facteurs « état » tels que la survenue d'une maladie psychiatrique ou un stress psychosocial important surviennent.

2.1.1. Le système sérotoninergique

« L'objectif premier du suicide est souvent de faire cesser une émotion insupportable face à une dépression ou un stimulus aversif (un stresseur). Le dysfonctionnement sérotoninergique au niveau du cortex ventro-médian entraîne un dyscontrôle de l'agressivité qui pourrait conduire à une propension accrue aux passages à l'acte (vulnérabilité) en présence d'un stimulus aversif. » (173)

Le dysfonctionnement du système serotoninergique

Un grand nombre de résultats issus d'études utilisant des techniques variées permet de considérer qu'indépendamment du diagnostic de trouble psychiatrique, le dysfonctionnement sérotoninergique central est un trait biochimique de vulnérabilité suicidaire. Ainsi les conduites suicidaires constituent une entité comportementale sous-tendue par un dysfonctionnement biologique particulier et non un simple épiphénomène des maladies psychiatriques (174):

- Diminution des taux de sérotonine ou de son principal métabolite,
- Diminution du nombre de transporteurs de la sérotonine,
- Augmentation du nombre de récepteurs post-synaptiques au niveau du cortex préfrontal
- Réduction du 5-HIAA dans le LCR (qui reflète la fonction sérotoninergique centrale) ;

A la suite des observations neurochimiques, l'étude génétique du comportement suicidaire s'est centrée sur l'étude des gènes qui régissent la fonction du système sérotoninergique. Bien que différents polymorphismes dans les gènes qui codent pour la tryptophane hydroxylase, le transporteur de la sérotonine, les différents récepteurs

de la sérotonine et la monoamine oxydase aient été trouvés, leur relation avec le comportement suicidaire reste incertaine (172).

De plus, le dysfonctionnement sérotoninergique semble être plus marqué chez les patients ayant réalisé des TS de nature violente ou sévère médicalement et planifié, ce qui conduit à émettre l'hypothèse que le dysfonctionnement du système sérotoninergique participerait à une levée d'inhibition comportementale.

Le système sérotoninergique pendant la grossesse

Il a été rapporté que les femmes enceintes présentaient des niveaux plus élevés de sérotonine urinaire et de son métabolite en fin de gestation que les sujets de non enceintes et que les taux sanguins de sérotonine augmentaient pendant la grossesse (175). Les concentrations de sérotonine chez le rat augmentent dans l'hypothalamus, le rhinencéphale et le mésencéphale pendant la grossesse (176).

Le tryptophane est un des précurseurs de la sérotonine, durant la grossesse. Or, une faible teneur en tryptophane pendant la grossesse ou après l'accouchement est observée chez la plupart des femmes, mais seule une fraction des sujets a semblé éprouver un « blues post-partum », peut-être en raison de la protection par les niveaux élevés de progestérone et d'œstradiol pendant la grossesse (177).

Certains auteurs suggèrent qu'un meilleur fonctionnement du système sérotoninergique serait un avantage dans une perspective évolutionniste. Il faciliterait l'inhibition des comportements « autodestructeurs » de la mère (62).

Implications pour la recherche

L'ensemble des données chez l'animal demande à être confirmé. En effet, les recherches menées sur le système sérotoninergique impliquent des stimulations

pharmacologiques, des études par imagerie cérébrale souvent difficiles à réaliser chez les femmes enceintes. Les études post-mortem pourraient alors être privilégiées.

2.1.2. L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS)

Hyperactivité de l'axe HHS et CS

L'axe HHS est considéré comme un système physiologique critique qui participe à la médiation de la réponse au stress et à l'éveil psychologique et physiologique. Face aux facteurs de stress environnementaux, l'axe HHS est activé, entraînant la sécrétion de cortisol du cortex surrénalien vers la circulation sanguine (178). La sécrétion de cortisol, qui représente un indicateur biologique de l'éveil, est une réponse adaptative qui alerte l'individu aux changements environnementaux et favorise la récupération de l'homéostasie (179). Il a été démontré que le cortisol affecte la fonction cognitive car il est capable de moduler les processus psychologiques liés à l'attention, à l'apprentissage et à la mémoire grâce à son action sur les récepteurs des structures limbiques telles que l'amygdale et l'hippocampe (180).

Fonctionnement de l'axe HHS durant la grossesse

La grossesse implique des changements endocriniens drastiques, y compris un changement considérable de la fonction de l'axe HHS (178).

En général, la grossesse est caractérisée par une augmentation progressive des concentrations plasmatiques de CRH, d'ACTH et de cortisol (181), tandis que le rythme diurne du cortisol reste majoritairement le même (182). Un amortissement progressif de l'axe HHS et une atténuation des réponses comportementales au stress pendant la grossesse ont été signalés principalement chez les rongeurs femelles (181) et, dans une moindre mesure, chez les femmes (183).

Il a été suggéré qu'une réactivité atténuée de l'axe HHS pourrait protéger la mère et le fœtus des effets néfastes de l'excitation et du stress (181,184).

Implications cliniques

Les hypothèses neurobiologiques mettent globalement en évidence une réactivité au stress moindre durant la grossesse. Toutefois, il semble trop tôt d'amener à des conclusions quant au fonctionnement sérotoninergique et à d'éventuels fonctions d'inhibition de ce système durant la grossesse ; En effet, les études demandent à être poursuivies.

2.2. Inhibition comportementale : approche cognitive et neuropsychologique

Turecki et Brent (2016) proposent un modèle du risque suicidaire modulé par une série de facteurs tant au niveau de la population qu'au niveau de l'individu (147).

Ils soulignent une dynamique chronologique avec d'abord des facteurs distaux ou prédisposant, puis des facteurs développementaux et enfin les facteurs proximaux ou précipitant.

Ce modèle propose différents facteurs qui impacteraient le continuum IDS/CS, en d'autres termes, les facteurs qui conduiraient les individus présentant des IDS à passer à l'acte.

Parmi eux, les déficits cognitifs pourraient influencer les CS, se manifestant par des traits de personnalité et des styles cognitifs particuliers ou en modulant la réponse au stress chez les personnes qui tentent de se suicider.

2.2.1. Déficits cognitifs et conduites suicidaires

Des méta-analyses et des revues ont confirmé divers déficits cognitifs chez ceux qui ont tenté de se suicider par rapport aux patients qui n'ont jamais tenté de se suicider mais souffraient de troubles mentaux similaires et aux sujets sains, notamment une prise de décision plus risquée, un contrôle cognitif réduit, un déficit des fonctions exécutives (trouble de l'inhibition) et mémoire déficiente (25,185–187).

La prise de décision

Il s'agit d'un processus de choix entre des alternatives concurrentes dans lequel les individus pèsent les coûts et les bénéfices de chaque décision possible et estiment les conséquences de leurs actions. Le processus de prise de décision est placé sur un continuum qui va de l'ignorance totale à l'incertitude ou à l'ambiguïté au risque et enfin à la certitude (185).

Des travaux récents ont suggéré que la prise de décision à risque était liée à des antécédents de CS plutôt qu'à des troubles mentaux comorbides (185).

Un déficit de la prise de décision est un trait cognitif stable de la vulnérabilité suicidaire plutôt qu'un état, plutôt qu'un état temporel associé à des phases aiguës.

Ainsi, la prise de décision pourrait être considérée comme un facteur de risque psychologique de CS dans tous les diagnostics psychiatriques (188).

Les capacités d'inhibition

Une inhibition réussie permet de supprimer les réponses comportementales devenues inutiles, dangereuses ou inappropriées et soutient un comportement orienté vers un objectif, flexible et adaptatif dans un environnement en constante évolution (178).

Une étude évaluant les capacités d'inhibition de participants âgés de plus de 60 ans grâce au test STROOP, a montré que comparativement aux sujets témoins en bonne santé psychiatrique et ceux présentant des IDS, les patients ayant présenté des tentatives de suicide violentes ont mis plus de temps à terminer les essais d'inhibition. Les patients, ayant réalisé des TS avec « faible niveau de létalité », présentaient un profil neuropsychologique marqué également par plus de difficultés sur le plan de l'inhibition par rapport aux autres participants, mais cela se manifestait par un taux important d'erreur non corrigées (187).

2.2.2. *Évaluation des capacités d'inhibition chez les femme enceinte*

De nombreuses modifications neuroendocrines et neurobiologiques sont observées durant la grossesse, quelques auteurs se sont donc intéressés aux éventuelles modifications cognitives durant la grossesse. D'autant plus que de nombreuses parturientes rapportent un vécu subjectif d'altération de leur fonctionnement cognitif (178).

Une étude a examiné les potentiels évoqués cérébraux, le taux de cortisol chez les femmes enceintes lors du troisième trimestre et en parallèle a évalué leurs capacités d'inhibition en comparaison avec un groupe contrôle. Pris ensemble, les résultats suggèrent que les parturientes en fin de grossesse ont tendance à être moins impulsives et plus prudentes, avec des schémas de réponses plus retenus et contrôlés. Tout en étant plus lentes à produire des réponses motrices aux stimuli cibles, les femmes enceintes étaient significativement meilleures pour retenir les réponses inutiles lorsqu'elles étaient invitées à le faire. Elles présentaient également

des réponses neuronales électrophysiologiques modérées et des niveaux de cortisol inférieures au groupe contrôle lors des conditions du test jugées comme stressantes.

Contrairement à la perception subjective du déclin cognitif global fréquemment rapporté par les femmes enceintes, ces résultats indiquent que certains domaines de la fonction cognitive comme les capacités d'inhibition peuvent en fait être améliorées chez les femmes enceintes par rapport aux femmes non enceintes.

D'un point de vue évolutionniste, un comportement plus précautionneux, une excitation physiologique et psychologique atténuée et une réponse maternelle réduite au stress sont justifiés pendant la grossesse pour optimiser la croissance et le développement du fœtus (189). Ces modifications comportementales pourraient avoir un impact dans la suicidalité en limitant les passages à l'acte suicidaires.

2.3. Implications cliniques :

En s'intéressant à la dimension cognitive repérée dans la suicidalité, l'évaluation de la prise de décision chez les femmes enceintes pourraient se révéler intéressante à des termes différents de la grossesse, ainsi que dans le post-partum. On pourrait en effet attendre des performances améliorées pour les femmes enceintes, qui s'atténueraient dans le post-partum.

L'intérêt de poursuivre ces recherches est de continuer à développer des outils de prévention efficaces du suicide. En effet, certains auteurs appréhendent les déficits dans la prise de décision comme un nouvelle cible préventive, thérapeutique en développant des programmes d'intervention clinique tels que la remédiation cognitive et la thérapie cognitivo-comportementale axée sur la résolution de problèmes (190–192).

3. La violence du suicide de la femme enceinte

Dans la majorité des études évaluant les conduites suicidaires chez la femme enceinte, les moyens létaux utilisés sont décrits comme particulièrement violents en comparaison avec les moyens habituellement utilisés dans la population générale.

Le recours à des moyens violents peut être associé à une haute intentionnalité dans le geste suicidaire (12), la gravité de la décompensation psychique ou encore traduire certaines composantes de la personnalité (82).

En effet, les moyens létaux violents ont été associés à des personnalités agressives et impulsives (171).

On pourrait formuler l'hypothèse selon laquelle, les parturientes qui réalisent des gestes suicidaires sont celles avec une personnalité plus impulsive et agressive, et qu'elles sont moins sensibles aux atténuations de la réponse au stress majoritairement observées durant la grossesse.

4. Approche sociétale et idéologique

« ce n'est pas la société qui éclaire le suicide, c'est le suicide qui éclaire la société ».

4.1. L'ambiguïté autour du suicide et de l'Interruption Volontaire de Grossesse

« La grossesse protège du suicide », ce concept voit le jour dans les années 60 aux États-Unis, sur fond de controverse autour de la légalisation de l'avortement. Dans 60 à 80% des cas, les avortements étaient pratiqués pour des raisons psychiatriques, principalement en raison du risque de suicide des parturientes. Cette indication a été mise en cause, considérée comme infondée et abusive. A partir d'études épidémiologiques mettant en évidence une prévalence de suicide inférieure chez les

parturientes, des conclusions telles que : « *Le fœtus in utero doit avoir un mécanisme de protection contre le suicide...* » sont apportées (60). De telles conclusions sont alors sorties de leur contexte et utilisées dans des discours de propagandes anti-avortement. Cet événement met en lumière le caractère polémique autour de la thématique de la suicidalité pendant la grossesse.

4.2. l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) et la suicidalité

Les études sont très hétérogènes, le caractère polémique de l'IVG souligne quelques désaccords et incohérences malgré des études censées être présentées comme scientifiques.

Dans certaines études, la prévalence des conduites suicidaires était plus importante chez les jeunes femmes ayant connu une IVG en comparaison avec un groupe de jeune femme qui était allée jusqu'au bout de leur grossesse, malgré une grossesse non désirée (76). Un antécédent d'IVG augmenterait le risque de 55% de développer un trouble mental lors d'une future grossesse menée à terme. Un auteur estimait que près de 10% des troubles mentaux et 21% des comportements suicidaires survenant chez les femmes peuvent être directement attribué à l'avortement (193). Toutefois, ces résultats ont été remis en question par une analyse de l'étude montrant des erreurs méthodologiques graves et invalidant ainsi les résultats, concluant que l'IVG n'augmente pas le risque de troubles mentaux (194). L'auteur de l'article s'affichait comme résolument « Pro'Life », ce qui a pu mettre en doute son honnêteté intellectuelle (195). Une récente revue de la littérature a pu toutefois conclure, que l'IVG n'était pas à l'origine de conduites suicidaires, mais qu'il convenait de s'intéresser à la santé psychique des jeunes femmes avant l'IVG (196).

4.3. Place des grossesses non désirées dans la suicidalité

La prévalence des suicides est plus importante dans les pays qui n'ont pas légalisé l'avortement ou encore dans les pays qui n'assurent pas un cadre sécurisant d'accès à l'avortement pour des raisons idéologiques, culturelles, religieuses. Dans une étude en Hongrie, alors que l'avortement n'était pas légalisé, la plupart des tentatives de suicide par intoxication volontaire sont survenues après la détection précoce des grossesses non désirées et la plupart ont abouti à une perte fœtale très précoce (43). Les auteurs questionnent alors le passage à l'acte suicidaire comme une recherche d'interruption de grossesse.

A noter que selon certaine théorie psychanalytique, le désir ou pas d'avoir un enfant est la plupart du temps sous-tendu par des mécanismes inconscients et n'est donc pas forcément en accord avec le souhait déclaré d'avoir un enfant. « *Parfois, le projet conscient est inexistant et la naissance complètement inattendue ; l'effet de surprise comme dans un lapsus permet l'élucidation du désir. La venue d'un enfant traduit à l'état pur la mise à jour, la mise en corps, de désirs inconscients...* » (197)

Dès lors, les problèmes ciblant la conception ne sont pas suffisants pour justifier les actes suicidaires durant la grossesse (198).

5. Les limites méthodologiques

5.1. Intérêt d'avoir recours à des études se basant sur l'autopsie psychologique.

Cette méthode se base sur l'utilisation des données de mortalité pour caractériser les suicidés. Des techniques d'investigation spécifiques, découlant des méthodes d'investigation des services de police appliqué en cas de mort suspectes consistant en des entretiens avec les proches visant à reconstituer le plus précisément

possible le contexte et les circonstances de décès. L'apport de ces données en complément des études épidémiologiques permet d'étudier les facteurs associés au décès par suicide : diagnostic d'une pathologie psychiatrique, l'effet du tissu sanitaire : violences conjugales par exemple ou encore l'influence des facteurs professionnels ou sociaux.

5.2. La sous-estimation des données épidémiologiques

La plupart des échelles évaluant les IDS ne sont pas spécifiques de la suicidalité, les IDS sont évaluées avec seulement une question se rapportant la plupart du temps sur un vécu relativement récent « la semaine qui vient de s'écouler, « les 15 derniers jours.

Cette limite temporelle peut donc entraîner une sous-estimation des IDS.

Les études se basant sur des questionnaires demandent donc la participation active des patientes qui peut donc limiter la participation de certaines patientes présentant des troubles psychiatriques décompensés.

Par ailleurs, les ratios de mortalité maternelle sont encore très peu disponibles notamment dans les pays en voie de développement. En effet, les enquêtes épidémiologiques sur le suicide maternel se font actuellement en fonction des politiques de santé de chaque pays, l'OMS commence à s'interroger sur la place du suicide dans la mortalité maternelle, mais il n'y a pas encore de projets autour du suicide durant la grossesse.

Enfin le statut de grossesse n'est pas toujours connu lors des tentatives de suicide ou suicides.

5.3. Intérêt d'étudier la grossesse et le post-partum

Dans de nombreuses études, la grossesse et le post-partum sont indifférenciés. Cependant, les modifications psychiques et physiologiques sont majeures entre ces deux périodes. Il est donc important de développer des études qui soulignent les spécificité de chaque période pour pouvoir par la suite identifier les besoins en terme de prévention et de soins (42).

Conclusion

La diminution des conduites suicidaires pendant la grossesse doit tout de même laisser les professionnels de santé en alerte sur la question de la prévention du suicide chez les femmes enceintes. En effet, l'intentionnalité dans les gestes suicidaires a été reconnue comme plus importante, avec le recours à des méthodes plus violentes. Les IDS sont également particulièrement présentes pendant cette période. Certaines populations apparaissent particulièrement à risque, telles que les adolescentes, les femmes avec des antécédents d'abus, la présence de comorbidité psychiatrique, troubles du sommeil ou conduites addictives.

L'étayage familiale constitue un levier essentiel pour soutenir les femmes qui peuvent être en difficultés psychiques. Dans ce contexte, les pères sont souvent identifiés comme interlocuteur privilégié. Mais il est intéressant de souligner que les pères ne sont pas épargnés par les modifications psychiques liées à la parentalité. Certaines fragilités psychiques peuvent conduire à des dépressions paternelles. Ces troubles semblent corrélés à la dépression maternelle (199). C'est pourquoi certains programmes de santé publique proposent que le dépistage des troubles de l'humeur et des troubles anxieux chez les futures mères soit associé à une évaluation psychique du père (200,201).

Bibliographie

1. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 16 janv 2020;382(3):266-74.
2. Chee CC, Jezewski-Serra D, InVS (Institut de veille sanitaire). Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2014. 51 p.
3. Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, Vaiva G, Amad A. Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 sept 2021;
4. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 1 juin 2016;3.
5. Hill NT, Witt K, Rajaram G, McGorry PD, Robinson J. Suicide by young Australians, 2006–2015: a cross-sectional analysis of national coronial data. *Med J Aust*.. 30 nov 2020
6. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 6 juill 2018;15(7):E1425.
7. Fekete S, Voros V, Osvath P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J*. avr 2005;46(2):288-93.
8. Durkheim, Emile. *Le suicide : Etude de sociologie*. éd. Payot et Rivages. Paris; 2009.
9. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*. 19 janv 1991;302(6769):137-40.
10. Rao W-W, Yang Y, Ma T-J, Zhang Q, Ungvari GS, Hall BJ, et al. Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mai 2021;56(5):711-20.
11. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health*. oct 2016;19(5):741-51.
12. Shigemi D, Ishimaru M, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. Suicide attempts during pregnancy and perinatal outcomes. *J Psychiatr Res*. janv 2021;133:101-5.
13. Gandhi SG, Gilbert WM, McElvy SS, El Kady D, Danielson B, Xing G, et al. Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstet Gynecol*. mai 2006;107(5):984-90.
14. Coignard J. Jeanne Hébuterne, artiste énigmatique et muse d'Amedeo Modigliani *Connaissance des Arts*. 2020. Disponible sur: <https://www.connaissancedesarts.com/arts-expositions/jeanne-hebuterne-artiste-enigmatique-et-muse-damedeo-modigliani>
15. Blumenfeld Z. Jeanne Hébuterne, avec et sans Modigliani. *Le Quotidien des Arts*; 2003.
16. Prat V. Modigliani, une descente en enfer, *LEFIGARO*. 2008,. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/lefigaromagazine/2008/03/08/01006-20080308ARTFIG00124-une-descente-en-enfer.php>
17. Ionita A, Courtet P. *Peut-on définir les conduites suicidaires ?* Lavoisier; 2010
18. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2007;37(3):248-63.

19. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* juin 2007;37(3):264-77.
20. Amad A, Camus, V, Geoffroy P-A, Thomas P, Cottencin O. Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge. In: *Référentiel Collège de Psychiatrie et Addictologie.*, Presses Universitaires François Rabelais. Tours; 2021, p. 454.
21. World Health Organization. ICD 10: international statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision. 1992;
22. Santé Publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. 2021
23. Knight M, Bunch K, Kenyon S, Tuffnell D, Kurinczuk JJ. A national population-based cohort study to investigate inequalities in maternal mortality in the United Kingdom, 2009-17. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2020;34(4):392-8.
24. Australian Institute of Health and Welfare. Maternal deaths in Australia, Maternal deaths in Australia [Internet]. Australian Institute of Health and Welfare. 2017
25. Perrain R, Dardennes R, Jollant F. Risky decision-making in suicide attempters, and the choice of a violent suicidal means: an updated meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 févr 2021;280(Pt A):241-9.
26. Zhong Q-Y, Gelaye B, Rondon MB, Sánchez SE, Simon GE, Henderson DC, et al. Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Arch Womens Ment Health.* déc 2015;18(6):783-92.
27. Shi P, Ren H, Li H, Dai Q. Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Res.* mars 2018;261:298-306.
28. O'Connor A, Geraghty S, Doleman DG, De Leo A. Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review. *Ment Health Prev.* 1 déc 2018;12:67-75.
29. Benute GRG, Nomura RMY, Jorge VMF, Nonnenmacher D, Fráguas Junior R, Lucia MCS de, et al. Risk of suicide in high risk pregnancy: an exploratory study. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. oct 2011;57(5):583-7.
30. Onah MN, Field S, Bantjes J, Honikman S. Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Arch Womens Ment Health.* avr 2017;20(2):321-31.
31. Chaudron LH, Klein MH, Remington P, Palta M, Allen C, Essex MJ. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* juin 2001;22(2):103-12.
32. Dejean D, Chan-Chee C, Legendre G, Picard A, Krembel A, Gillard P, et al. Suicidalité en période périnatale : quels sont les facteurs associés ? *L'Encéphale* [Internet]. 13 mai 2021
33. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Womens Ment Health.* août 2015;18(4):573-8.
34. Newport DJ, Levey LC, Pennell PB, Ragan K, Stowe ZN. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Womens Ment Health.*

2007;10(5):181-7.

35. Gavin AR, Tabb KM, Melville JL, Guo Y, Katon W. Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. juin 2011;14(3):239-46.
36. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, et al. Suicide Risk Among Perinatal Women Who Report Thoughts of Self-Harm on Depression Screens. *Obstet Gynecol*. avr 2015;125(4):885-93.
37. Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study. *Arch Womens Ment Health*. oct 2009;12(5):351-8.
38. Freitas GVSD, Botega NJ. [Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents]. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. sept 2002;48(3):245-9.
39. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med*. oct 2003;33(7):1161-7.
40. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. févr 2008;192(2):98-105.
41. Gelaye B, Barrios YV, Zhong Q-Y, Rondon MB, Borba CPC, Sánchez SE, et al. Association of poor subjective sleep quality with suicidal ideation among pregnant Peruvian women. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 sept 2015;37(5):441-7.
42. Mota NP, Chartier M, Ekuma O, Nie Y, Hensel JM, MacWilliam L, et al. Mental Disorders and Suicide Attempts in the Pregnancy and Postpartum Periods Compared with Non-Pregnancy: A Population-Based Study. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juill 2019;64(7):482-91.
43. Czeizel AE, Tímár L, Susánszky E. Timing of suicide attempts by self-poisoning during pregnancy and pregnancy outcomes. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. avr 1999;65(1):39-45.
44. Sein Anand J, Chodorowski Z, Ciechanowicz R, Klimaszuk D, Lukasik-Głębocka M. Acute suicidal self-poisonings during pregnancy. *Przegl Lek*. 2005;62(6):434-5.
45. Greenblatt JF, Dannenberg AL, Johnson CJ. Incidence of hospitalized injuries among pregnant women in Maryland, 1979-1990. *Am J Prev Med*. oct 1997;13(5):374-9.
46. Weiss HB. Pregnancy-associated injury hospitalizations in Pennsylvania, 1995. *Ann Emerg Med*. nov 1999;34(5):626-36.
47. Facy F. *Épidémiologie des conduites suicidaires*. Lavoisier; 2010
48. Guillard V, Gressier F. Suicidalité en période périnatale. *Presse Médicale*. 1 juin 2017;46(6, Part 1):565-71.
49. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. mars 2011;118 Suppl 1:1-203.
50. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold K. Homicide and Suicide During the Perinatal Period: Findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol*. nov 2011;118(5):1056-63.

51. Bouvier-Colle M-H, Saucedo M, deneux C. L'enquête confidentielle française sur les morts maternelles, 1996–2006 : quelles conséquences pour les soins en obstétrique ? *Rev Sage-Femme*. 1 juin 2011;40:87-102.
52. Saucedo M, Deneux Tharaux C, Bouvier Colle MH. Epidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. *Bull Epidémiologie Hebd*. 2010;(n°. 2-3):10-4.
53. Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle M-H. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007–2009. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 nov 2013;42(7):613-27.
54. Vacheron M-N, Tessier V, Rossignol M, Deneux-Tharaux C. Mortalité maternelle par suicide en France 2013–2015. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2021;49(1):38-46.
55. Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, et al. Maternal suicide in Italy. *Arch Womens Ment Health*. avr 2020;23(2):199-206.
56. Bødker B, Hvidman L, Weber T, Møller M, Aarre A, Nielsen KM, et al. Maternal deaths in Denmark 2002-2006. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5):556-62.
57. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle M-H, Buekens P. Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *Eur J Public Health*. oct 2005;15(5):459-63.
58. Esscher A, Essén B, Innala E, Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mai 2016;208(5):462-9.
59. Edler C, Sperhake JP, Püschel K, Schröder AS. Pregnancy-related and maternal deaths in Hamburg, Germany: an autopsy study from 1984 - 2018. *Forensic Sci Med Pathol*. déc 2019;15(4):536-41.
60. Barno A. Criminal abortion deaths, illegitimate pregnancy deaths, and suicides in pregnancy. Minnesota, 1950-1965. *Am J Obstet Gynecol*. 1 juin 1967;98(3):356-67.
61. RoCHAT RW, Koonin LM, Atrash HK, Jewett JF. Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortality Collaborative. *Obstet Gynecol*. juill 1988;72(1):91-7.
62. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry*. janv 1997;154(1):122-3.
63. Christiansen LR, Collins KA. Pregnancy-associated deaths: a 15-year retrospective study and overall review of maternal pathophysiology. *Am J Forensic Med Pathol*. mars 2006;27(1):11-9.
64. Metz TD, Rovner P, Hoffman MC, Allshouse AA, Beckwith KM, Binswanger IA. Maternal Deaths From Suicide and Overdose in Colorado, 2004-2012. *Obstet Gynecol*. déc 2016;128(6):1233-40.
65. Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL. Mental health, substance use, and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. mars 2012;34(2):139-45.
66. Zhong Q-Y, Gelaye B, Miller M, Fricchione GL, Cai T, Johnson PA, et al. Suicidal behavior-related hospitalizations among pregnant women in the USA, 2006-2012. *Arch Womens Ment Health*. juin 2016;19(3):463-72.
67. Grigoriadis S, Wilton AS, Kurdyak PA, Rhodes AE, VonderPorten EH, Levitt A, et al.

Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. *CMAJ Can Med Assoc J*. 28 août 2017;189(34):E1085-92.

68. Faúndes A, de Gil MP. Restricted abortion law in El Salvador. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. avr 2019;145(1):136.

69. Chen YH, Lau G. Maternal deaths from suicide in Singapore. *Singapore Med J*. sept 2008;49(9):694-7.

70. Takeda S, Takeda J, Murakami K, Kubo T, Hamada H, Murakami M, et al. Annual Report of the Perinatology Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2015: Proposal of urgent measures to reduce maternal deaths. *J Obstet Gynaecol Res*. janv 2017;43(1):5-7.

71. Mhango C, Rochat R, Arkutu A. Reproductive mortality in Lusaka, Zambia, 1982-1983. *Stud Fam Plann*. oct 1986;17(5):243-51.

72. Mbizvo MT, Fawcus S, Lindmark G, Nyström L. Maternal mortality in rural and urban Zimbabwe: social and reproductive factors in an incident case-referent study. *Soc Sci Med* 1982. mai 1993;36(9):1197-205.

73. Austin M-P, Kildea S, Sullivan E. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Med J Aust*. 2 avr 2007;186(7):364-7.

74. Cliffe S, Black D, Bryant J, Sullivan E. Maternal deaths in New South Wales, Australia: a data linkage project. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. juin 2008;48(3):255-60.

75. Frautschi S, Cerulli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. déc 1994;47(3):275-84.

76. Bellieni CV, Buonocore G. Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. *Psychiatry Clin Neurosci*. juill 2013;67(5):301-10.

77. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Sutter-Dallay A-L. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res*. 1 janv 2017;84:284-91.

78. Zhong Q-Y, Wells A, Rondon MB, Williams MA, Barrios YV, Sanchez SE, et al. Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2016;215(4):501.e1-8.

79. Farber EW, Herbert SE, Reviere SL. Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital-based urban prenatal clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. janv 1996;18(1):56-60.

80. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Le H-N. Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in Mexican pregnant women. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. sept 2015;37(3):203-10.

81. Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry*. 1 mars 2016;3(3):233-42.

82. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. juin 2005;8(2):77-87.

83. Pinheiro RT, Coelho FM da C, da Silva RA, Quevedo L de Á, Souza LD de M, Castelli RD, et al. Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: Social, obstetric and

psychiatric correlates. *J Affect Disord.* 1 févr 2012;136(3):520-5.

84. Farias DR, Pinto T de JP, Teofilo MMA, Vilela AAF, Vaz J dos S, Nardi AE, et al. Prevalence of psychiatric disorders in the first trimester of pregnancy and factors associated with current suicide risk. *Psychiatry Res.* 30 déc 2013;210(3):962-8.

85. Asad N, Karmaliani R, Sullaiman N, Bann CM, McClure EM, Pasha O, et al. Prevalence of suicidal thoughts and attempts among pregnant Pakistani women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* déc 2010;89(12):1545-51.

86. Eggleston AM, Calhoun PS, Sviki DS, Tuten M, Chisolm MS, Jones HE. Suicidality, aggression, and other treatment considerations among pregnant, substance-dependent women with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry.* oct 2009;50(5):415-23.

87. Huang H, Faisal-Cury A, Chan Y-F, Tabb K, Katon W, Menezes PR. Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health.* avr 2012;15(2):135-8.

88. Mangla K, Hoffman MC, Trumppf C, O'Grady S, Monk C. Maternal self-harm deaths: an unrecognized and preventable outcome. *Am J Obstet Gynecol.* oct 2019;221(4):295-303.

89. Czeizel AE. Attempted suicide and pregnancy. *J Inj Violence Res.* janv 2011;3(1):45-54.

90. Fuhr DC, Calvert C, Ronsmans C, Chandra PS, Sikander S, De Silva MJ, et al. Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 1 août 2014;1(3):213-25.

91. Gentile S. Suicidal mothers. *J Inj Violence Res.* juill 2011;3(2):90-7.

92. Esscher A, Essén B, Innala E, Papadopoulos F, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 23 oct 2015;208.

93. Vandevoorde J. Chapitre 2. L'approche contextuelle : les facteurs de risque du passage à l'acte suicidaire. *Psycho Sup.* 2013;15-33.

94. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* août 2007;101(1-3):27-34.

95. Isometsä ET. Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* nov 2001;16(7):379-85.

96. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* févr 2006;256(1):17-27.

97. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation.* 1 déc 2008;17(8):783-9.

98. Bayle B. 2. Les remaniements psychologiques de la grossesse [Internet]. Dunod; 2017 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-13.htm>

99. Winnicott, D.W. La préoccupation maternelle primaire. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Petite Bibliothèque Payot. Paris: Payot,; 1975. p. 168-74.

100. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle

primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet PSY*. 2001;n° 63(3):30-3.

101. Racamier P.-C. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'évolution Psychiatr.* 1961;26(4):532.

102. Bydlowski, M. *La dette de vie*. PUF. Paris; 1997. 75 p.

103. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. juill 2008;65(7):805-15.

104. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* nov 2005;106(5 Pt 1):1071-83.

105. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 1 févr 2012;90(2):139-149.

106. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet Lond Engl.* 15 nov 2014;384(9956):1775-88.

107. Ko JY, Farr SL, Dietz PM, Robbins CL. Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009. *J Womens Health* 2002. août 2012;21(8):830-6.

108. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry.* mai 2013;70(5):490-8.

109. Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *J Affect Disord.* juin 2011;131(1-3):277-83.

110. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* avr 2013;74(4):377-85.

111. Seng JS, Rauch SAM, Resnick H, Reed CD, King A, Low LK, et al. Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2010;31(3):176-87.

112. Seng JS, Sparbel KJH, Low LK, Killion C. Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity care practices: women's perspectives. *J Midwifery Womens Health.* oct 2002;47(5):360-70.

113. Courtois CA, Courtois Riley C. Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: implications for care. *Birth Berkeley Calif.* déc 1992;19(4):222-3.

114. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res.* sept 2007;63(3):297-303.

115. Börjesson K, Ruppert S, Bågedahl-Strindlund M. A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Arch Womens Ment Health.* nov 2005;8(4):232-42.

116. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet Lond Engl.* 15 nov 2014;384(9956):1789-99.

117. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and

- mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 6 déc 2006;296(21):2582-9.
118. McNeil TF, Kaij L, Malmquist-Larsson A. Women with nonorganic psychosis: mental disturbance during pregnancy. *Acta Psychiatr Scand*. août 1984;70(2):127-39.
119. Trixler M, Gati A, Tenyi T. Risks associated with childbearing in schizophrenia. *Acta Psychiatr Belg*. juin 1995;95(3):159-62.
120. Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, et al. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*. févr 2013;70(2):168-75.
121. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*. déc 2007;164(12):1817-24; quiz 1923.
122. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry*. nov 2011;168(11):1179-85.
123. Petersen I, Gilbert RE, Evans SJW, Man S-L, Nazareth I. Pregnancy as a major determinant for discontinuation of antidepressants: an analysis of data from The Health Improvement Network. *J Clin Psychiatry*. juill 2011;72(7):979-85.
124. Khalifeh H, Dolman C, Howard L. Safety of psychotropic drugs in pregnancy. *BMJ*. 13 mai 2015;350:h2260.
125. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract*. févr 2001;50(2):117-22.
126. Weisskopf E, Fischer Fumeaux C, Bickle Graz M, Morisod Harari M, Epiney M, Borradori Tolsa C, et al. Bon usage des antidépresseurs ISRS durant la grossesse – le défi de l'évaluation de la balance bénéfice-risque. *Rev Médicale Suisse*. 16 mars 2016;510:561-6.
127. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. [Teenage pregnancy: Behavioral and socio-demographic profile of an urban Brazilian population]. *Cad Saude Publica*. janv 2007;23(1):177-86.
128. Gilbert W, Jandial D, Field N, Bigelow P, Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. nov 2004;16(5):265-70.
129. Laurenzi CA, Gordon S, Abrahams N, du Toit S, Bradshaw M, Brand A, et al. Psychosocial interventions targeting mental health in pregnant adolescents and adolescent parents: a systematic review. *Reprod Health*. 14 mai 2020;17(1):65.
130. Martini J, Bauer M, Lewitzka U, Voss C, Pfennig A, Ritter D, et al. Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *J Affect Disord*. 1 oct 2019;257:518-26.
131. Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R. Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. *Int J Environ Res Public Health*. 30 avr 2014;11(5):4729-44.
132. Coelho FM da C, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo L de Á, Souza LD de M, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Braz J Psychiatry*. mars 2013;35:51-6.
133. Coelho FM da C, Pinheiro RT, Silva RA, de Ávila Quevedo L, de Mattos Souza LD, de Matos MB, et al. Parental bonding and suicidality in pregnant teenagers: a population-based

- study in southern Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* août 2014;49(8):1241-8.
134. Musyimi CW, Mutiso VN, Nyamai DN, Ebuenyi I, Ndetei DM. Suicidal behavior risks during adolescent pregnancy in a low-resource setting: A qualitative study. *PLoS ONE.* 22 juill 2020;15(7):e0236269.
135. Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawata H, Sawamoto R, et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. *BMC Psychiatry.* 31 juill 2015;15:181.
136. Van CL. La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? *Adolescence.* 2006;T. 24 n°1(1):225-34.
137. Harcourt S. The neuropsychology of epilepsy and suicide: A review. *Aggress Violent Behav.* 1 sept 2020;54:101411.
138. Fuligni AJ, Yip T, Tseng V. The impact of family obligation on the daily activities and psychological well-being of Chinese American adolescents. *Child Dev.* févr 2002;73(1):302-14.
139. Messner SF, Lu Z, Zhang L, Liu J. Risks of Criminal Victimization in Contemporary Urban China: An Application of Lifestyle/Routine Activities Theory. *Justice Q.* 1 sept 2007;24(3):496-522.
140. Lau AS, Takeuchi DT, Alegría M. Parent-to-Child Aggression Among Asian American Parents: Culture, Context, and Vulnerability. *J Marriage Fam.* 2006;68(5):1261-75.
141. Brunton R, Dryer R. Child Sexual Abuse and Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Child Abuse Negl.* janv 2021;111:104802.
142. Li Y, Long Z, Cao D, Cao F. Maternal history of child maltreatment and maternal depression risk in the perinatal period: A longitudinal study. *Child Abuse Negl.* janv 2017;63:192-201.
143. Wosu AC, Gelaye B, Williams MA. History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review. *Arch Womens Ment Health.* oct 2015;18(5):659-71.
144. Wosu AC, Gelaye B, Williams MA. Childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder among pregnant and postpartum women: review of the literature. *Arch Womens Ment Health.* févr 2015;18(1):61-72.
145. Stöckl H, Gardner F. Women's perceptions of how pregnancy influences the context of intimate partner violence in Germany. *Cult Health Sex.* 2013;15(10):1206-20.
146. Talmon A, Horovitz M, Shabat N, Haramati OS, Ginzburg K. « Neglected moms » - The implications of emotional neglect in childhood for the transition to motherhood. *Child Abuse Negl.* févr 2019;88:445-54.
147. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet Lond Engl.* 19 mars 2016;387(10024):1227-39.
148. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: is there a relationship? *Sleep Med Rev.* avr 2010;14(2):107-14.
149. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep Med.* 1 août 2014;15(8):853-9.
150. Bacaro V, Benz F, Pappaccogli A, De Bartolo P, Johann AF, Palagini L, et al.

Interventions for sleep problems during pregnancy: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 1 avr 2020;50:101234.

151. Elek SM, Hudson DB, Fleck MO. Expectant parents' experience with fatigue and sleep during pregnancy. *Birth Berkeley Calif.* mars 1997;24(1):49-54.

152. Mindell JA, Jacobson BJ. Sleep Disturbances During Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1 nov 2000;29(6):590-7.

153. Hertz G, Fast A, Feinsilver SH, Albertario CL, Schulman H, Fein AM. Sleep in Normal Late Pregnancy. *Sleep.* 1 mai 1992;15(3):246-51.

154. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med.* 1 avr 2015;16(4):483-8.

155. Okun ML, Hall M, Coussons-Read ME. Sleep disturbances increase interleukin-6 production during pregnancy: implications for pregnancy complications. *Reprod Sci Thousand Oaks Calif.* sept 2007;14(6):560-7.

156. Dombrovski AY, Butters MA, Reynolds CF, Houck PR, Clark L, Mazumdar S, et al. Cognitive Performance in Suicidal Depressed Elderly: Preliminary Report. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1 févr 2008;16(2):109-15.

157. Dour HJ, Cha CB, Nock MK. Evidence for an emotion–cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behav Res Ther.* 1 avr 2011;49(4):294-8.

158. Ferrie JE, Kumari M, Salo P, Singh-Manoux A, Kivimäki M. Sleep epidemiology—a rapidly growing field. *Int J Epidemiol.* 1 déc 2011;40(6):1431-7.

159. Ursin R. Serotonin and sleep. *Sleep Med Rev.* févr 2002;6(1):55-69.

160. Roman V, Van der Borght K, Leemburg SA, Van der Zee EA, Meerlo P. Sleep restriction by forced activity reduces hippocampal cell proliferation. *Brain Res.* 14 déc 2005;1065(1):53-9.

161. Szklo-Coxe M, Young T, Peppard PE, Finn LA, Benca RM. Prospective Associations of Insomnia Markers and Symptoms With Depression. *Am J Epidemiol.* 15 mars 2010;171(6):709-20.

162. Gelaye B, Addae G, Neway B, Larrabure-Torrealva GT, Qiu C, Stoner L, et al. Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *J Affect Disord.* 1 févr 2017;209:195-200.

163. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A Behavioral Perspective on Insomnia Treatment. *Psychiatr Clin North Am.* 1 déc 1987;10(4):541-53.

164. Drake C, Richardson G, Roehrs T, Scofield H, Roth T. Vulnerability to Stress-related Sleep Disturbance and Hyperarousal. *Sleep.* 1 mars 2004;27(2):285-91.

165. Kalmbach DA, Anderson JR, Drake CL. The impact of stress on sleep: Pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders. *J Sleep Res.* déc 2018;27(6):e12710.

166. Palagini L, Cipollone G, Masci I, Novi M, Caruso D, Kalmbach DA, et al. Stress-related sleep reactivity is associated with insomnia, psychopathology and suicidality in pregnant women: preliminary results. *Sleep Med.* 1 avr 2019;56:145-50.

167. Harvey AG. A Cognitive Theory and Therapy for Chronic Insomnia. *J Cogn Psychother.* 1 mars 2005;19(1):41-59.

168. Kalmbach DA, Cheng P, Ong JC, Ciesla JA, Kingsberg SA, Sangha R, et al. Depression and suicidal ideation in pregnancy: exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep Med.* 1 janv 2020;65:62-73.
169. Kalmbach DA, Ahmedani BK, Gelaye B, Cheng P, Drake CL. Nocturnal cognitive hyperarousal, perinatal-focused rumination, and insomnia are associated with suicidal ideation in perinatal women with mild to moderate depression. *Sleep Med.* 1 mai 2021;81:439-42.
170. Porras-Segovia A, Pérez-Rodríguez MM, López-Esteban P, Courtet P, Barrigón M ML, López-Castromán J, et al. Contribution of sleep deprivation to suicidal behaviour: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 1 avr 2019;44:37-47.
171. Favril L, O'Connor RC, Hawton K, Vander Laenen F. Factors associated with the transition from suicidal ideation to suicide attempt in prison. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 13 nov 2020;63(1):e101.
172. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci.* oct 2003;4(10):819-28.
173. Courtet P, Olié É. Sérotonine et conduites suicidaires : une longue histoire toujours actuelle [Internet]. Lavoisier; 2010.
174. Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Postmortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. *Ann N Y Acad Sci.* 29 déc 1997;836:269-87.
175. O'Reilly S, Loncin M. Ceruloplasmin and 5-hydroxyindole metabolism in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1 janv 1967;97(1):8-12.
176. Uluitu M, Duşleag L, Constantinescu D, Petcu G, Catrinescu G, Pană S. Serotonin through pregnancy. Comparative researches in different species and in mankind. *Physiol Bucar.* 1975;12(4):275-80.
177. Russo S, Kema I, Bosker F, Haavik J, Korf J. Tryptophan as an evolutionarily conserved signal to brain serotonin: Molecular evidence and psychiatric implications. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* 1 janv 2009;10:258-68.
178. Fiterman O, Raz S. Cognitive, neural and endocrine functioning during late pregnancy: An Event-Related Potentials study. *Horm Behav.* nov 2019;116:104575.
179. Foley P, Kirschbaum C. Human hypothalamus–pituitary–adrenal axis responses to acute psychosocial stress in laboratory settings. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 sept 2010;35(1):91-6.
180. Fairchild G. Hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis function in attention-deficit hyperactivity disorder. *Curr Top Behav Neurosci.* 2012;9:93-111.
181. Brunton PJ, Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci.* janv 2008;9(1):11-25.
182. Kivlighan KT, DiPietro JA, Costigan KA, Laudenslager ML. Diurnal rhythm of cortisol during late pregnancy: associations with maternal psychological well-being and fetal growth. *Psychoneuroendocrinology.* oct 2008;33(9):1225-35.
183. de Weerth C, Buitelaar JK. Physiological stress reactivity in human pregnancy--a review. *Neurosci Biobehav Rev.* avr 2005;29(2):295-312.
184. Brunton PJ, Russell JA, Douglas AJ. Adaptive responses of the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during pregnancy and lactation. *J Neuroendocrinol.* juin 2008;20(6):764-76.

185. Sastre-Buades A, Alacreu-Crespo A, Courtet P, Baca-Garcia E, Barrigon ML. Decision-making in suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 déc 2021;131:642-62.
186. Bredemeier K, Miller IW. Executive function and suicidality: A systematic qualitative review. *Clin Psychol Rev.* août 2015;40:170-83.
187. Richard-Devantoy S, Szanto K, Butters MA, Kalkus J, Dombrovski AY. Cognitive inhibition in older high-lethality suicide attempters. *Int J Geriatr Psychiatry.* mars 2015;30(3):274-83.
188. Gvion Y, Levi-Belz Y, Hadlaczky G, Apter A. On the role of impulsivity and decision-making in suicidal behavior. *World J Psychiatry.* 22 sept 2015;5(3):255-9.
189. Hahn-Holbrook J, Holbrook C, Haselton MG. Parental precaution: neurobiological means and adaptive ends. *Neurosci Biobehav Rev.* mars 2011;35(4):1052-66.
190. Cáceda R, Durand D, Cortes E, Prendes-Alvarez S, Moskovciak T, Harvey PD, et al. Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal depressed patients. *Psychosom Med.* août 2014;76(6):445-51.
191. Ghahramanlou-Holloway M, Bhar SS, Brown GK, Olsen C, Beck AT. Changes in problem-solving appraisal after cognitive therapy for the prevention of suicide. *Psychol Med.* juin 2012;42(6):1185-93.
192. Stanley B, Brown G, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J, et al. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* oct 2009;48(10):1005-13.
193. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* sept 2011;199(3):180-6.
194. Kendall T, Bird V, Cantwell R, Taylor C. To meta-analyse or not to meta-analyse: abortion, birth and mental health. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janv 2012;200(1):12-4.
195. Esterle. Le traumatisme post-ivg, une réalité scientifique? *Revue de la littérature* Disponible sur: <https://docplayer.fr/23238219-Le-traumatisme-post-ivg-une-realite-scientifique-revue-de-la-litterature.html>
196. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard O, Mortensen PB. First-time first-trimester induced abortion and risk of readmission to a psychiatric hospital in women with a history of treated mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* févr 2012;69(2):159-65.
197. Abdel-Baki A, Poulin M-J. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychotherapies.* 2004;Vol. 24(1):3-9.
198. Vaiva G, Teissier E, Cottencin O, Thomas P, Goudemand M. On suicide and attempted suicide during pregnancy. *Crisis.* 1999;20(1):22, 27, 40.
199. Glasser S, Lerner-Geva L. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health.* juill 2019;139(4):195-8.
200. Kumar SV, Oliffe JL, Kelly MT. Promoting Postpartum Mental Health in Fathers: Recommendations for Nurse Practitioners. *Am J Mens Health.* mars 2018;12(2):221-8.
201. Anding JE, Röhrle B, Grieshop M, Schücking B, Christiansen H. Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *J Affect Disord.* 15 janv 2016;190:300-9.

AUTEUR : Nom : Colin

Prénom : Marie-Mathilde

Date de soutenance : 25 Novembre 2021

Titre de la thèse : La suicidalité pendant la grossesse

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : DES PSYCHIATRIE

Mots-clés : Suicide, Idées Suicidaires, Tentative de suicide, Grossesse, Périnatalité

Résumé : Introduction : Avec 800 000 décès annuels par suicide, le suicide est un enjeu de santé publique mondiale. Malgré une tendance à la diminution de la mortalité maternelle, le suicide maternel reste stable au fil des années. De plus, alors que la grossesse a longtemps été considérée comme protectrice vis-à-vis du suicide, les données actuelles tendent à remettre en cause ce postulat communément admis. L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux sur les connaissances actuelles autour de la suicidalité pendant la grossesse.

Méthode : Au travers d'une revue narrative de la littérature, nous avons exploré la suicidalité pendant la grossesse à partir d'indices tel que la prévalence et l'étude des facteurs de risques.

Résultats : La prévalence des conduites suicidaires pendant la grossesse est inférieure à la population générale. Toutefois la prévalence des idées suicidaires pendant la grossesse est comparable, voire supérieure à ce qui est rapportée chez les jeunes femmes du même âge non enceinte. Les méthodes de suicide diffèrent avec un recours à des méthodes plus violentes. Les facteurs de risque particulièrement identifiés de suicidalité sont le jeune âge, les troubles psychiatriques, les troubles du sommeil, les conduites addictives et les antécédents d'abus dans l'enfance.

Conclusion : L'étude de la suicidalité pendant la grossesse nous permet d'insister sur la nécessité de maintenir le niveau d'alerte des professionnels de santé durant la grossesse sur la santé mentale des parturientes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Codirecteurs de thèse :

Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

Madame le Docteur Mathilde WINANT