

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1663

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE PSYCHIATRIE

Présentée et soutenue publiquement
par

Mathilde CHARNAY

Le 23 octobre 2020

PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES À HAUT RISQUE
MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL :
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE D'UN DISPOSITIF PLURIDISCIPLINAIRE EXISTANT AU
CHU PURPAN À TOULOUSE

Directrice de thèse : Dr Ludivine FRANCHITTO

JURY

Monsieur le Professeur RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur ARBUS	Assesseur
Monsieur le Professeur PARANT	Assesseur
Madame le Docteur FRANCHITTO	Assesseur
Monsieur le Docteur TAÏB	Suppléant
Madame la Professeure GARDETTE	Invitée

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	P.U. Médecine générale	
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	Professeur Associé Médecine générale	
M. GAME Xavier	Urologie	M. ABITTEBOUL Yves	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	Professeur Associé en Neurologie	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Mme MALAVALD Sandra	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	P.U. Médecine générale	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. BOYER Pierre	
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. STILLMUNKES André	
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme CORRE Jill	Hématologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	Mme VALLET Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Je vous suis très reconnaissante pour la qualité de votre accompagnement tout au long de l'internat. Vos enseignements et les récits de votre pratique m'ont passionnée et m'ont toujours confortée dans mon souhait de m'orienter vers la pédopsychiatrie. Je suis fière d'avoir passé 6 mois au sein du Service Universitaire de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent dont vous avez la responsabilité et où j'ai tant appris. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse, puisse-t-il être le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous en remercie. J'ai eu la chance de recevoir vos enseignements durant l'internat et ceux-ci ont été précieux. Je vous remercie aussi pour l'investissement que vous déployez auprès des internes en psychiatrie et pour l'attention que vous portez à la qualité de notre formation. Puisse ce travail témoigner de mon respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Olivier PARANT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissante pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet dès le début de son élaboration. J'ai été particulièrement marquée par l'attention que vous accordez depuis de si nombreuses années à la psychiatrie périnatale au sein de votre unité de gynécologie-obstétrique. Puisse ce travail témoigner de mon respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Ludivine FRANCHITTO,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse et je te remercie de tout cœur.

Merci pour tes conseils toujours avisés, pour ta disponibilité sans faille, pour tes paroles rassurantes et pour ta confiance tout au long de ce travail. Je garde un excellent souvenir des quelques semaines de stage passées au sein de l'équipe de psychiatrie périnatale. Je suis fière d'avoir accompli ce travail à tes côtés, sur un sujet et dans une discipline qui me tiennent particulièrement à cœur. Puisse ce travail être le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde amitié.

Monsieur le Docteur Simon TAÏB,

Tu me fais l'honneur de siéger à ce jury et je te remercie. Le semestre passé à tes côtés restera l'un des moments forts de mon internat. Ton exigence, ton professionnalisme et ton engagement auprès des patients et de leurs familles m'ont particulièrement marquée. Merci pour ton soutien dans ce travail, lorsqu'il n'était qu'un projet puis tout au long de sa réalisation. Puisse ce travail être le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde amitié.

Madame la Professeure Virginie GARDETTE,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissante de l'attention que vous avez porté à ce travail pendant sa réalisation. Merci pour votre disponibilité et pour vos si précieux conseils méthodologiques. Puisse ce travail témoigner de mon respect et de ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

À l'équipe de psychiatrie périnatale de la maternité Paule de Viguier, vous qui mettez en pratique chaque jour tout ce qui est décrit dans cette thèse, un grand merci à toutes pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail dès sa conception, pour votre accueil dans l'équipe et pour votre bienveillance. L'énergie que vous déployez au service des patientes est inspirante ! Un merci tout particulier à Aurélie, pour ta bonne humeur, ta gentillesse et ton sens de l'organisation. Sans toi ce travail n'aurait pas pu avoir lieu.

À Madame le Docteur MONÉGAT, merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre professionnalisme lors de la mise en place de l'étude. Je vous adresse mon profond respect et ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS PERSONNELS :

Merci à toutes les équipes rencontrées pendant mon externat au CHU de Dijon, en particulier au pôle femme-mère-enfant où j'ai réussi à passer la plupart de mes stages et où j'ai découvert la pédopsychiatrie.

Merci aux Dr LAVERGNE et Dr ILDIS et à toute l'équipe du Centre Pinel pour votre accueil lors de mon premier stage d'internat.

Merci à toute l'équipe de pédopsychiatrie d'Albi, et en particulier au Dr PUECH-MOREL pour tout ce que vous avez eu à cœur de m'enseigner, pour votre engagement auprès des familles et votre professionnalisme qui resteront toujours un exemple pour moi.

Merci aux Dr VAYLEUX et Dr FAIVRE ainsi qu'à toute l'équipe de l'unité Charles Brault d'Albi d'avoir été si soutenantes pendant ce stage si particulier. À mes colocataires, Loïc, Amandine et Florentin, dont je chéris la mémoire.

Merci à toute l'équipe de l'UF4, aux Dr YRONDI, Dr TAÏB et au Dr SPORER qui m'a particulièrement impressionnée en menant plusieurs vies de front et en gardant le sourire en toutes circonstances. Merci à mes co-internes en or, Mama, Méli et Ali, pour tous les moments partagés à l'hôpital et en dehors, pendant le stage et depuis qu'il est fini..., merci à Billy d'avoir rejoint la team en cours de route et d'avoir fait de nous une famille.

Merci à toute l'équipe de la Villa Ancely, aux Dr REVET et Dr ASSAYAG. Ce semestre a été éprouvant mais a aussi été le plus formateur de mon internat, tant sur le plan professionnel que sur le plan humain. Merci Alexis pour ton engagement à nos côtés et pour nos longues discussions. Merci à ma co-interne Mélissa, j'ai eu la chance de te rencontrer pendant ton passage éclair à Toulouse et nos échanges m'ont beaucoup marquée.

Merci aux équipes de pédopsychiatrie de Lannemezan, de l'unité ados et de l'hôpital de jour Beausoleil, et en particulier aux Dr CAMPAN et Dr MOLINER pour l'énergie que vous déployez au quotidien pour offrir les meilleurs soins possibles à vos petits patients.

Merci à l'équipe du PAJA et aux Dr HUKUM, Dr VISA et Dr ROUILLON. Merci à la superbe équipe de l'EMIC, et en particulier au Dr REFFAY, pour votre bonne humeur et pour tout ce que vous avez à cœur de partager.

Merci aux équipes des PMI de Soupetard, des Minimes et de Bonnefoy, pour votre accueil et pour tout ce que vous avez eu à cœur de me transmettre.

Merci à tous mes co-internes de la promotion 2016.

À Charlène, merci la vie de t'avoir placé sur ma route dès le premier jour de mon internat, merci pour ta présence sans faille, ta douceur et ta sagesse de grande sœur, merci pour nos soirées gastronomiques organisées par nos moitiés et pour toutes celles à venir...

À Garance et Gabrielle, quel bonheur d'avoir passé l'internat à vos côtés et quelle chance d'avoir rencontré des amies si précieuses ! Merci pour votre présence, vos sourires ultra-bright et pour tout ce qu'on a déjà vécu ensemble, j'ai hâte de nous voir profiter de cette nouvelle vie et de la partager avec vous.

À Ali, si cher BenK, merci pour ton sourire, les fous-rires, les cours de sport, toutes les histoires racontées et surtout pour celles que tu racontes rarement.

À ma Jojo, ma meilleure amie. Merci pour tout ce qu'on a vécu ensemble et pour tout ce qui nous attend, nos rires, nos soirées étudiantes, nos voyages, nos révisions, notre année de colloc, nos doutes, nos séances shopping, nos cafés qui n'en finissent pas, nos soirées au téléphone, nos rdvs sur la voie verte, merci pour ta présence sans faille malgré la distance, pour ta force et ta détermination que j'admire.

À Sarah, à nos 27 ans d'amitié, merci pour tous nos souvenirs d'enfance tellement précieux et merci d'être toujours présente même à distance.

À Fanny et Lolo, merci pour votre présence durant tout l'externat, pour nos journées de travail et nos soirées bien méritées. À tous les Bourguignons, du lycée et de la fac.

À mes amis Toulousains, Tiphaine, Arthur, Clémence et Ronan, merci pour votre présence, pour nos soirées animées et nos intarissables sources de débat !

À mes beaux-parents, merci pour votre accueil dans votre famille et pour les valeurs que vous avez transmises à votre fils.

À Mamie, ma grand-mère chérie, merci pour ton attention, pour tes bons petits plats et pour tout ce que tu m'as raconté de ton histoire et de celle de notre famille. À la mémoire de ma grand-mère Gabrielle et de mes grands-pères.

À toute ma famille, merci pour les gîtes Charnay, concept unique au monde que vous avez inventé et avec lequel nous avons eu la chance de grandir. Merci à mes oncles et tantes pour votre soutien. Merci à mes cousins et en particulier à mes cousines Justine et Pénélope, merci pour nos discussions dans le noir et pour vos oreilles toujours attentives.

À mes grands-frères, Julien et Nicolas, merci d'être toujours présents quand il le faut, merci pour vos conseils, pour votre soutien indéfectible, merci de m'avoir ouvert le chemin et pour tout ce que vous m'avez appris de la vie. J'espère vous rendre fiers.

Merci à Béné, ma si chère belle-sœur, pour ton sourire lumineux et pour avoir toujours compris la place toute particulière qu'occupe mon frère.

À mes nièces adorées, Johanna et Alice, vous êtes arrivées pendant ma première et pendant ma dernière année d'internat et avez illuminé ces années de joie et de douceur, merci d'avoir fait de moi une Tatie, je serai toujours là pour vous.

À mes parents, votre confiance si puissante en la vie et en nous est le plus beau cadeau que vous m'avez fait. Merci pour votre soutien indéfectible, pour vos mots rassurants, pour tout

ce que vous nous avez fait découvrir. Merci Papa de ne jamais cesser de me répéter que la vie ce n'est pas que le travail. Merci Maman d'être toujours présente de la meilleure des manières quand j'ai besoin de toi, et le plus souvent avant même que je ne te le dise.

À Elliot, mon Amour, quel chemin parcouru depuis notre rue Monge il y a 10 ans... Merci pour ton amour, ton soutien, ta confiance. Merci de n'avoir jamais cessé de croire en moi et en nos rêves quand je doutais. Merci pour tout ce que tu représentes pour moi aujourd'hui, à l'heure où nos projets fourmillent. Je nous souhaite une vie douce et remplie de bonheur...

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	15
1.	Troubles psychiques en période périnatale	16
1.1.	Épidémiologie	16
1.2.	Impacts de la grossesse sur la santé mentale maternelle.....	17
1.2.1.	Lorsqu'il n'existe pas de trouble psychiatrique préexistant à la grossesse.	17
1.2.2.	Lorsqu'il existe un trouble psychiatrique préexistant à la grossesse	18
1.3.	Impacts de la période du post-partum sur la santé mentale maternelle	20
1.4.	Impacts des troubles psychiques maternels périnataux sur l'enfant.....	22
1.4.1.	In utero.....	22
1.4.2.	A la naissance	23
1.4.3.	Dans l'enfance.....	23
1.5.	Impacts des troubles psychiques maternels périnataux sur la société.....	25
2.	Directives gouvernementales en France.....	26
3.	Place de la psychiatrie périnatale de liaison	28
3.1.	Missions	28
3.2.	Travail pluridisciplinaire au sein des maternités.....	29
3.3.	Vécu et connaissances des soignants en maternité face aux troubles psychiques.	29
4.	Contexte local au CHU Purpan à Toulouse.....	31
4.1.	Présentation de l'équipe de psychiatrie périnatale de liaison	31
4.2.	Présentation du dispositif	31
4.3.	Objectifs de l'étude	34
II.	MÉTHODE.....	34
III.	RÉSULTATS	36
1.	Description de la population totale	36
1.1.	Constitution de l'échantillon	36
1.2.	Caractéristiques sociodémographiques	38
1.3.	Caractéristiques obstétricales et somatiques	38
1.4.	Caractéristiques psychopathologiques	38
2.	Conformité aux exigences qualité de la charte.....	39
2.1.	Sélection des dossiers	39
2.2.	Traçabilité des informations dans la fiche de synthèse	39
3.	Décisions prises lors des staff « PPP » et conformité en post-partum	40
3.1.	Mesure « ajustement de la durée du séjour post-partum ».....	40
3.2.	Mesure « étayage du retour au domicile ».....	41
3.3.	Mesure « évaluation des interactions mère-enfant ».....	41
IV.	DISCUSSION.....	43

1.	Interprétation des résultats	43
1.1.	Constitution de l'échantillon	43
1.2.	Caractéristiques des patientes	44
1.3.	Conformité aux exigences de la charte.	46
1.3.1.	Sélection des dossiers	46
1.3.2.	Traçabilité des informations dans la fiche de synthèse	47
1.4.	Conformité entre les décisions prises au staff PPP et les mesures appliquées dans le post-partum.....	47
1.4.1.	Ajustement de la durée du séjour en suites de couche	47
1.4.2.	Étayage du retour au domicile	52
1.4.3.	Évaluation des interactions mère-enfant.....	53
2.	Limites et points forts	54
V.	CONCLUSION.....	55
	BIBLIOGRAPHIE	57
	ANNEXES	60

I. INTRODUCTION

Chaque année, en France, près d'un million de grossesses sont déclarées. Toutes les femmes peuvent aujourd'hui prétendre à une grossesse, quelle que soit leur condition physique, mentale ou sociale. La grossesse, en tant qu'évènement de vie majeur, a des répercussions sur le fonctionnement interne de la femme, mais aussi sur le couple et plus globalement sur l'environnement de la femme enceinte. Elle bouleverse un équilibre, qui parfois était déjà précaire ou fragile, du fait de difficultés somatiques, psychiques ou sociales préexistantes. L'accès à la maternité peut donc majorer ces difficultés ou précipiter leur apparition au cours de la grossesse, à l'accouchement ou pendant la période du post-partum. L'expression « haut risque médico-psycho-social » est employée pour qualifier l'état de grossesse chez ces femmes, lorsque leurs conditions de vie ou de santé sont identifiées comme pouvant être négativement impactées par l'arrivée d'un enfant.

Depuis plusieurs années, une réflexion est menée à l'échelle nationale sur les modalités de prise en charge de ces patientes pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le post-partum. Ce sont des prises en charge précoces et préventives qui sont désormais recommandées dans le travail auprès de ces patientes pour limiter le risque de décompensation et donc les conséquences sur leur santé et celle de leur enfant.

A la maternité du CHU de Toulouse, c'est pour faire face à ces enjeux qu'un dispositif pluridisciplinaire nommé staff « Préparation au Post-Partum » (staff « PPP ») a été créé en 2011, devenu une « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire hors oncologie » en 2016, régi par une charte.

Il définit, lors du troisième trimestre de grossesse, des conduites à tenir pour l'accouchement et le post-partum des patientes identifiées comme étant à « haut risque médico psycho social », pour anticiper et harmoniser les soins qui leur seront offerts, dans le but de prévenir et limiter le risque de décompensation psychique.

Après avoir présenté une revue de la littérature sur les troubles psychiques en période périnatale, leurs enjeux et les axes de prise en charge recommandés, nous présenterons et discuterons les résultats d'une étude rétrospective de cohorte que nous avons menée sur le dispositif pluridisciplinaire existant au CHU de Toulouse depuis 2011.

1. Troubles psychiques en période périnatale

1.1. Épidémiologie

Dans le domaine de la santé mentale, l'accès à la maternité pour les femmes atteintes d'une maladie psychiatrique chronique est en augmentation dans le monde [1]. En France, chaque année, on estime que 3000 femmes schizophrènes deviendraient mères [2]. Toutefois, il semble que la fécondité de ces femmes reste inférieure à celle de la population générale. Une étude [3] a montré que les femmes atteintes de schizophrénie, d'autisme, de trouble bipolaire de type 1, d'anorexie mentale et d'abus de substances ont significativement moins d'enfants que les femmes de leur âge en population générale. Dans cette étude, seules les femmes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé avaient un taux de fécondité identique à celui de la population générale.

Parmi les pathologies psychiatriques chroniques, il apparaît que ce sont les femmes schizophrènes qui ont le plus faible taux de fécondité, d'après une méta-analyse comparant 6 études [4]. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cela : une moindre disponibilité des partenaires sexuels, une altération du fonctionnement social et émotionnel, une diminution de la libido, une augmentation de la fréquence des comorbidités addictives et la prise de traitement psychotropes au long cours. En effet, la prise de neuroleptiques peut être à l'origine d'une perturbation hormonale via l'augmentation du taux sanguin de prolactine, qui réduit la fertilité.

Toutefois, une étude Canadienne [5] s'est intéressée à l'évolution de la fécondité des patientes atteintes de schizophrénie sur une période allant de 1996 à 2009. Il apparaît que le taux de fécondité a augmenté de 16% entre ces dates au sein de cette population. Toujours selon cette étude, cette augmentation pourrait s'expliquer par un meilleur accès aux soins psychiques, et par la prise en charge intensive du premier épisode psychotique conformément aux recommandations internationales. En effet, depuis une vingtaine d'année, la réduction nette de l'utilisation des neuroleptiques de première génération au profit des neuroleptiques de seconde génération permet de réduire l'impact des traitements sur les taux sanguins de prolactine.

Il est désormais reconnu que l'accès à la maternité, en tant qu'évènement de vie majeur, peut bouleverser l'équilibre psychique de toutes les femmes et en particulier de celles souffrant d'une maladie psychiatrique chronique préexistante à la grossesse. Leurs enfants et la société

dans son ensemble peuvent alors aussi être largement impactés par l'apparition de tels troubles.

1.2. Impacts de la grossesse sur la santé mentale maternelle

1.2.1. Lorsqu'il n'existe pas de trouble psychiatrique préexistant à la grossesse

Chez toutes les femmes, la grossesse implique des changements physiques, psychiques et sociaux, qui nécessitent le déploiement de capacités adaptatives.

Les nombreux réaménagements liés à l'arrivée du bébé doivent être intégrés au cours de la grossesse par la future mère, qui déploie ses capacités adaptatives pour se préparer à l'arrivée de son bébé. La future mère se trouverait ainsi dans un état psychique particulier, propice à l'élaboration de son vécu émotionnel. En 2001, BYDLOWSKI a qualifié l'état relationnel des femmes enceintes de « transparence psychique », qui se caractériserait par « une barrière du refoulement beaucoup moins forte » et « des fantasmes et des affects plus accessibles à la conscience » [6]. Cet état psychique rend aussi la femme enceinte plus vulnérable à l'apparition de troubles mentaux lorsque ses capacités adaptatives sont limitées.

Il peut exister une forme d'inquiétude, de peur ou d'anxiété chez la femme enceinte. Ces préoccupations, lorsqu'elles sont de faible intensité, sont décrites comme faisant partie du processus adaptatif déployé pour se préparer à l'arrivée de l'enfant. Toutefois, lorsque l'anxiété est quotidienne, envahissante et retentit sur le fonctionnement global de la femme, elle peut devenir un trouble anxieux caractérisé. Il peut s'agir d'un trouble d'anxiété généralisée, d'un trouble panique ou encore d'un trouble obsessionnel compulsif. La prévalence des troubles anxieux serait élevée au troisième mois de la grossesse, diminuerait pendant le second trimestre et connaîtrait un nouveau pic au troisième trimestre [2].

Concernant les troubles de l'humeur, la dépression anténatale affecterait 10 à 20% des femmes enceintes [7]. Elle serait mal diagnostiquée en dehors des formes sévères. En effet, les plaintes somatiques, souvent au premier plan, sont encore trop souvent attribuées à la grossesse en elle-même. Le risque majeur est la persistance voire l'aggravation en post-partum.

Les mouvements dépressifs et les troubles anxieux sont donc les troubles les plus fréquents pouvant apparaître pendant la grossesse chez des femmes sans pathologie psychiatrique sous-jacente.

1.2.2. *Lorsqu'il existe un trouble psychiatrique préexistant à la grossesse*

La survenue d'une grossesse chez les femmes souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique implique là aussi de nombreux réaménagements, physiques, psychiques et sociaux. Ceux-ci peuvent s'avérer particulièrement complexes à appréhender et peuvent déstabiliser les troubles sous-jacents. Il est désormais admis que la grossesse ne protège pas de la décompensation d'un trouble psychiatrique chronique [2].

Les **troubles psychotiques**, tels que la schizophrénie ou les troubles schizo-affectifs font partie des troubles mentaux sévères et chroniques.

Peu d'études ont été menées sur le risque de décompensation d'une pathologie schizophrénique pendant la grossesse, et les résultats sont souvent contradictoires. Toutefois, il est admis que la grossesse entraîne le plus souvent une aggravation des troubles antérieurs [8]. Cela pourrait être lié à un défaut de suivi obstétrical et psychiatrique pendant la grossesse, qui serait lié au fait que les grossesses sont plus souvent non programmées que dans la population générale et que ces patientes éprouvent une méfiance à l'égard des professionnels de santé. Chez les femmes psychotiques, une forme particulière de déni de grossesse a été décrite dans la littérature. Il est qualifié de « déni psychotique », car il est marqué par un mécanisme de clivage. Le plus souvent, ce déni n'est pas total, et il coexiste avec un attachement prénatal à l'enfant. Chez ces femmes, le moment de l'accouchement est particulièrement à risque de décompensation, du fait du stress intense qu'il provoque.

Les **troubles de l'humeur** tels que les troubles bipolaires sont aussi des pathologies psychiatriques sévères et chroniques, à risque de décompensation pendant la période périnatale. Dans ces pathologies, le risque de décompensation pendant la grossesse serait inférieur au risque de décompensation en post-partum. Une étude rétrospective américaine [9] menée en 2013 sur 980 femmes atteintes de trouble bipolaire de type 1 a mis en évidence que seuls 8% des épisodes de décompensation survenant pendant la période périnatale ont débuté durant la grossesse. Le risque de décompensation prénatal est égal sur les trois trimestres de la grossesse.

Pour ces deux grands groupes de pathologies, troubles bipolaires et troubles psychotiques, l'effet direct de la grossesse sur l'intensité des symptômes a été peu étudiée [10]. Ce sont plutôt les comportements liés à la découverte d'une grossesse, comme l'arrêt spontané des traitements de fond conduisant à une décompensation qui l'ont été.

Sur le plan obstétrical, les femmes souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire semblent être plus à risque de complications durant leur grossesse.

Une étude a comparé le déroulé de la grossesse de groupes de femmes atteintes de bipolarité et de schizophrénie à des groupes contrôles [11]. Ils retrouvent un premier rendez-vous de suivi obstétrical plus tardif que dans le groupe contrôle, ainsi qu'une fréquence plus élevée des consommations de toxiques. Il existe aussi une fréquence de diabète gestationnel et de pré-éclampsie significativement plus élevée que dans le groupe contrôle.

L'étude souligne qu'il pourrait exister un lien entre l'utilisation des psychotropes pendant la grossesse et l'incidence plus élevée de ces deux complications obstétricales.

Les **troubles de la personnalité** font aussi partie des troubles psychiatriques chroniques et sévères. Parmi eux, le trouble de la personnalité borderline est celui qui est associé à des répercussions fonctionnelles pouvant le plus entraver la relation parent-enfant [12]. Chez ces femmes, les réaménagements psychiques préparatoires à la transition à la parentalité, décrits plus haut, semblent le plus souvent absents. La grossesse peut être vécue comme une expérience éprouvante, avec un vécu douloureux des modifications corporelles ou la réactivation d'un vécu traumatique de l'enfance. Elle peut aussi être vécue sur un mode idyllique, avec une sensation de plénitude et de fusion avec le fœtus.

Une étude australienne [13] menée chez des patientes avec un diagnostic de trouble de la personnalité borderline a retrouvé 30% de vécu traumatique de la grossesse.

Du fait de leur instabilité dans les relations interpersonnelles, elles peuvent aussi être en difficulté pour maintenir un suivi régulier anténatal, ce qui exige d'autant plus de cohérence et de continuité dans les soins qui leur sont délivrés.

Par ailleurs, il est fréquent que ces patientes et leur entourage n'aient pas connaissance du diagnostic psychiatrique de trouble de la personnalité et attribuent les difficultés rencontrées à des traits de caractères. Ce défaut de conscience des troubles représente une difficulté supplémentaire pour entrer en relation avec ces femmes et leur présenter les bénéfices attendus d'une prise en charge psychiatrique spécialisée préventive pendant la grossesse et le post-partum.

Enfin, la fréquence des comorbidités psychiatriques, de type abus de substance ou trouble du comportement alimentaire, est élevée chez ces patientes, et peut être encore majorée pendant la grossesse du fait de la charge anxieuse que représente l'accès à la parentalité.

Sur le plan obstétrical, une étude canadienne d'envergure [14] a été menée entre 2003 et 2012 chez des femmes enceintes avec trouble de la personnalité borderline. Elle a mis en évidence une association significative entre ce trouble et la naissance prématurée, l'induction du travail et la césarienne, et ce même après ajustement sur les variables de confusion (comorbidités psychiatriques et addictives).

Les **troubles mentaux liés à l'utilisation de substance psychoactive** peuvent être isolés ou comorbides des pathologies évoquées ci-dessus. Durant la grossesse, bien que l'on s'attende à ce que les femmes réduisent leur consommation de toxiques, il ne leur est pas toujours permis d'atteindre cet objectif. Les consommations seraient nettement sous-estimées car les femmes enceintes les cacheraient, de peur d'être stigmatisées. Ces consommations peuvent conduire les femmes à se marginaliser, ce qui les éloigne aussi d'un suivi anténatal régulier.

Sur le plan obstétrical, la consommation d'alcool pendant la grossesse est associée à une augmentation du risque de fausses couches spontanées et à un risque accru de retard de croissance intra-utérin qui serait dose dépendant. La consommation d'opioïdes favorise l'accouchement prématuré et majore le risque de retard de croissance intra-utérin, de même que la consommation de cocaïne. En ce qui concerne le cannabis, les conséquences d'une telle consommation pendant la grossesse seraient proches de celles du tabac avec un risque de prématurité et de retard de croissance intra-utérin.

1.3. Impacts de la période du post-partum sur la santé mentale maternelle

Le post-partum est souvent défini comme la période qui suit l'accouchement, jusqu'au retour de couches. Ici, nous considérons le post-partum comme la première année après l'accouchement.

Pendant cette période, les mères sont confrontées à de multiples bouleversements somatiques, affectifs et cognitifs. Ces modifications se révèlent par un état psychique particulier apparaissant dans les jours suivant l'accouchement, nommé « post-partum blues », qui touche environ 80% des nouvelles accouchées [7]. Il associe fatigue, anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, labilité émotionnelle. Cet état n'est pas pathologique, il est le reflet des processus adaptatifs mis à l'œuvre par la femme pour faire face à ces multiples changements. Toutefois, une durée supérieure à dix jours associée à une intensité forte constitue un facteur de risque de dépression du post-partum.

La dépression du post-partum touche entre 10 et 20% des femmes. Le plus souvent, elle survient chez des femmes sans antécédents psychiatriques. Elle débute classiquement entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine post-partum, mais tout épisode dépressif caractérisé survenant dans l'année suivant un accouchement est considéré comme une dépression du post-partum.

Le tableau clinique est différent de celui de l'épisode dépressif caractérisé classique. On retrouve davantage de plaintes somatiques, des inquiétudes centrées sur le nourrisson, un sentiment d'incapacité centré sur les compétences maternelles, et parfois des phobies d'impulsion envers le bébé sans idées suicidaires maternelles.

Un autre trouble psychiatrique décrit dans le post-partum est la psychose puerpérale. Il s'agit de l'une des maladies mentales les plus sévères observées en psychiatrie. L'incidence est de 1 cas pour 1000 naissances. Elle survient le plus souvent dans la semaine suivant la naissance. Le facteur de risque le plus important est le fait d'avoir un antécédent personnel de psychose puerpérale.

Le tableau clinique associe une désorganisation psycho-comportementale franche, une agitation, des idées délirantes centrées sur l'enfant, une labilité émotionnelle majeure. Le risque est le passage à l'acte auto-agressif (tentative de suicide) ou hétéro-agressif sur le nouveau-né (infanticide).

Cette pathologie peut rester un diagnostic unique dans l'histoire de la femme ou entrer dans le cadre d'une maladie bipolaire si d'autres épisodes surviennent au cours de sa vie.

Chez les femmes avec une pathologie psychiatrique chronique, la période du post-partum est aussi à risque de décompensation.

Ce risque est plus élevé chez les femmes bipolaires que chez les femmes atteintes de tout autre pathologie psychiatrique chronique [11].

Les études qui ont tenté de définir le taux de décompensation en post-partum des femmes bipolaires donnent des résultats très hétérogènes. Une méta-analyse réalisée en 2014 par The Lancet a tenté de définir ce risque. Elle retrouve un risque global de décompensation de 37% dans cette population (23% si prise d'un traitement pendant la grossesse, 66% si aucune prise de traitement pendant la grossesse) [8]. Cliniquement, il peut s'agir d'un épisode dépressif caractérisé avec des éléments psychotiques, d'un état mixte ou d'un tableau de psychose puerpérale.

Chez les femmes schizophrènes, la décompensation peut prendre la forme d'une désorganisation progressive ou bien d'une décompensation psychotique aiguë.

Comme nous l'avons décrit, la période de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont favorables à l'émergence de troubles psychiques chez toutes les femmes, et plus encore chez les femmes avec des troubles psychiatriques préexistants.

La santé du fœtus étant étroitement liée à celle de la mère au cours de la grossesse, les troubles de cette dernière ne sont pas sans conséquence sur l'enfant à naître.

1.4. Impacts des troubles psychiques maternels périnataux sur l'enfant

Les troubles psychiques maternels rencontrés en période périnatale, tels que nous venons de les décrire, peuvent générer des retentissements psychosociaux et des déficits atteignant la fonction parentale. Ces facteurs peuvent entraver la relation parent-enfant et ainsi avoir des conséquences sur le développement psychomoteur, socio-affectif et cognitif de l'enfant, à court et à long terme.

Comme nous allons le décrire, les enfants nés de mère malade mentale sont donc plus à risque de complications néonatales, de troubles du développement et de troubles psychiques. Ces troubles ne sont pas systématiques et leur intensité peut varier en fonction des pathologies maternelles.

1.4.1. In utero

Le développement du fœtus est étroitement lié à l'état de santé global de la mère et donc à son état de santé psychique en particulier. Il existe davantage de travaux portant sur les fœtus de mères souffrant de troubles anxieux et de troubles dépressifs que sur ceux de mères souffrant de troubles psychotiques.

Une étude américaine [15] a démontré que la dépression anténatale non traitée avait un impact sur le rythme cardiaque des fœtus et sur leurs réponses aux stimuli extérieurs, par rapport à un groupe contrôle. Cette étude a été menée sur des femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse. Le rythme cardiaque du fœtus a d'abord été enregistré pendant dix minutes alors que la mère se trouvait seule au repos. Durant cette période, les fœtus des mères déprimées avaient un rythme cardiaque significativement plus élevé que les fœtus du groupe contrôle. Après cette période de repos, une stimulation vibro-acoustique fœtale était réalisée pendant cinq secondes. Les fœtus du groupe contrôle ont réagi avec une

augmentation plus importante de leur rythme cardiaque que ceux des mères déprimées. Il apparaît donc que les fœtus de mères déprimées non-traitées réagissent plus faiblement et moins rapidement à leur environnement.

1.4.2. A la naissance

Les enfants des mères souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire ont significativement plus de risques d'être admis en unité de soins intensifs de néonatalogie que les enfants d'un groupe contrôle. Il semble que leur score APGAR soient inférieurs à ceux du groupe contrôle sans qu'une différence significative n'ait pu être mise en évidence [16]. Certains biais peuvent l'expliquer, comme une plus grande consommation de toxiques dans cette population qui augmente donc le risque de syndrome de sevrage.

Un syndrome de manque néonatal est particulièrement fréquent en cas d'intoxication aux opioïdes [2]. Il apparaît en général 48h après la naissance et se manifeste par des pleurs inconsolables, une excitabilité, une hypertonie, et des difficultés d'alimentation. Ces troubles du comportement chez le bébé entravent le plus souvent les premières interactions car le contact visuel est difficile à obtenir et la non-consolabilité favorise les affects dépressifs de la mère.

1.4.3. Dans l'enfance

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la trajectoire neuro-développementale d'enfants nés de mères avec des troubles psychiques périnataux.

D'après une vaste revue de la littérature réalisée par The Lancet en 2014 [17], ces enfants pourraient présenter des troubles affectant différents domaines de développement en fonction de la pathologie maternelle. Ainsi, elle retrouve, entre autres, un lien entre dépression périnatale maternelle et apparition de troubles de la régulation émotionnelle chez l'enfant, ou encore entre trouble anxieux caractérisé maternel périnatal et trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant. Elle met aussi en évidence que les enfants dont la mère a souffert d'une dépression anténatale étaient plus à risque de développer un trouble de l'attachement de type désorganisé. La dépression post-natale, quant à elle, serait associée à une plus grande fréquence d'un style d'attachement insécuré chez l'enfant.

Sur le plan cognitif, elle décrit un lien entre dépression anténatale et bas niveau de développement intellectuel. Ces troubles cognitifs seraient encore majorés si la dépression maternelle se poursuit dans le post-partum.

Une autre étude norvégienne [18] a ainsi comparé, par IRM et par bilan cognitifs, des enfants de 4 ans et demi, nés de mères atteintes de troubles psychiques à un groupe contrôle. Il apparaît que ces enfants avaient des difficultés cognitives avec des capacités d'abstraction plus basses que les enfants d'un groupe contrôle. Sur le plan anatomique, ils présentaient un volume significativement plus faible du putamen, qui intervient dans la régulation des apprentissages, que les enfants du groupe contrôle.

Les enfants nés de mères présentant des conduites addictives durant la grossesse sont aussi « à risque » de présenter des troubles cognitifs et de troubles du développement. Le tableau clinique le plus souvent décrit est celui des enfants souffrant du syndrome d'alcoolisation foetale. Il associe une dysmorphie cranio-faciale à des troubles neurologiques avec microcéphalie. En France, il s'agit de la première cause de retard mental acquise.

Toutefois, il apparaît que les troubles psychiques maternels en période périnatale n'entraînent pas systématiquement des troubles psychiques chez l'enfant mais constituent seulement un terrain favorable à l'émergence de difficultés dans le parcours psychodéveloppemental.

Plusieurs facteurs [16] ont ainsi été identifiés comme pouvant augmenter la fréquence et l'intensité des troubles chez l'enfant : le célibat de la mère, le fait que la mère soit adolescente, l'existence de conflits intrafamiliaux, un statut socio-économique bas, l'isolement social et relationnel, ainsi que la persistance des troubles dans le post-partum et leur durée sans traitement. Ce dernier facteur est celui qui influencerait le plus négativement la parentalité alors que des interactions mère-enfant de qualité réduisent significativement les conséquences chez l'enfant.

Ainsi, une étude londonienne [19] a démontré que la qualité de l'attachement pouvait réduire significativement les conséquences chez l'enfant des éventuelles perturbations hormonales plasmatiques survenues pendant la grossesse et liées au stress de la mère enceinte.

Enfin, les enfants de femmes souffrant d'une dépression du post-partum prises en charge en psychothérapie avaient moins de troubles du comportement à l'âge de 18 mois que les enfants de mères non-traitées.

Ces études proposent donc d'améliorer le dépistage des troubles psychiques des femmes pendant la grossesse pour les prendre en charge de manière spécifique et adaptée, puis de soutenir leur fonction parentale en post-natal dans le but de diminuer les conséquences négatives de leurs troubles sur l'enfant.

Le dépistage et les interventions précoces auprès des femmes enceintes présentant des troubles psychiques semblent donc être l'une des clés pour agir en faveur de la santé mentale de leurs enfants.

1.5. Impacts des troubles psychiques maternels périnataux sur la société

Les conséquences des troubles psychiques maternels en période périnatale sont aussi sociétales. Au Royaume-Uni, la *Maternal Mental Health Alliance*, fondée en 2011, est une coalition d'une centaine d'organisations travaillant auprès des familles ou représentant des familles. Elle milite depuis plusieurs années en faveur d'une amélioration des soins psychiques en période périnatale et plus particulièrement pour le dépistage et les interventions précoces dans ce domaine, dénonçant le manque de moyens existants sur le territoire Britannique.

En 2014, la *MMHA* s'est associée à la *London School of Economics and Politics* pour lancer une étude de grande envergure [20]. Elle avait pour objectif d'estimer le coût des troubles psychiques périnataux, en incluant les coûts liés aux soins de la mère mais aussi ceux liés aux soins de leur enfant.

Cette étude a porté sur les trois troubles psychiques les mieux documentés dans la littérature : la dépression, l'anxiété et la psychose. Le coût par année de naissance pour ces trois pathologies s'élevait alors à 8,1 milliards de livres. Notons que 72% des coûts sont liés aux conséquences des troubles maternels sur l'enfant, tandis que seuls 28% des coûts sont directement liés à la prise en charge de la mère. Ce chiffre contraste avec le coût annuel estimé de l'investissement qui permettrait de déployer une offre de soins psychiques pendant la période périnatale conforme aux recommandations nationales : 280 millions de livres.

En France, il n'existe pas d'évaluation chiffrée des coûts liés aux conséquences sur la mère et sur l'enfant des troubles psychiques pendant la période périnatale.

Comme nous venons de le décrire, de nombreuses études ont mis en évidence l'impact que peut avoir une grossesse sur l'état psychique de la femme et les conséquences multiples, sur la santé de la mère, sur la santé de l'enfant et sur la société, des troubles psychiques dans la période périnatale.

Cette période constitue le seul moment en psychiatrie où il est possible d'anticiper des décompensations chez des patients qui bénéficient d'un accès aux soins plus régulier pendant la grossesse, d'où l'importance de déployer des actions de prévention et de prise en charge très précoce.

C'est à partir des années 1990 et en s'appuyant sur ces travaux que la France a progressivement construit un cadre législatif entourant la psychiatrie périnatale, dans le but d'optimiser et d'harmoniser la prise en charge sur le territoire national.

2. Directives gouvernementales en France

En **2003**, un rapport nommé « **mission périnatalité** » a été rédigé par Françoise MOLENAT et remis au Ministère de la Santé [21]. Il faisait un état des lieux des dispositifs existants en matière de psychiatrie périnatale et des difficultés rencontrées sur le territoire national. Seize propositions susceptibles de répondre aux difficultés ont été élaborées, dont le déploiement du travail pluridisciplinaire en réseau au sein des maternités, le décloisement des prises en charge obstétricales et psychiatriques auprès des femmes enceintes et l'évaluation régulière de ce type de prises en charge partenariales.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé a décidé de mettre en œuvre un plan d'action pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance.

Le plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité » [22] a ainsi été assorti d'importants moyens financiers déployés sur trois années.

Il avait pour but de proposer des mesures visant à améliorer la qualité des soins et de développer une offre plus proche et plus humaine. Les axes « humanité » et « proximité » visaient à améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant. Cette démarche visait à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents.

Elle reposait notamment sur

- La création de l'entretien individuel du 4^{ème} mois
- La facilitation des conditions d'intervention des psychologues en maternité pour le développement des collaborations médico-psychologiques
- L'aménagement des conditions de formation des professionnels en maternité
- Le développement de réseaux de périnatalité
- La création de la Commission Nationale de la Naissance, chargée de faire appliquer les objectifs du plan périnatalité

La **circulaire du 4 juillet 2005** [23] a été diffusée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, suite au plan périnatalité et au rapport de mission de F. MOLENAT de 2003.

Elle promouvait la collaboration médico-psychologique en périnatalité, dans le but d'offrir des soins cohérents et continus sous-tendus par un travail en réseau entre les différents acteurs concernés. La formation des professionnels (obstétriciens, sages-femmes, infirmiers de puériculture) apparaissait comme étant l'outil nécessaire à la mise en place de ce travail de collaboration.

C'est en s'appuyant sur cette dernière circulaire que la **Haute Autorité de Santé** a publié en **2005** des **recommandations de bonne pratique** relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité [24]. Ces recommandations, à destination des professionnels de santé, ont pour objectif de proposer une démarche préventive et éducative dans la prise en charge des femmes enceintes, via un repérage précoce des difficultés du couple, un soutien à la parentalité, une orientation vers des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant et une meilleure coordination entre professionnels.

Pour favoriser un meilleur déploiement sur le territoire national, la DHOS a diffusé une **circulaire le 30 mars 2006** [25] relative au cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité. Le but d'une telle organisation en réseau est de permettre le repérage précoce des vulnérabilités psycho-sociales et l'accompagnement spécifique des familles concernées. Ce cahier des charges insiste sur l'accompagnement psycho-social qui doit être adapté et faire partie intégrante de la prise en charge de la grossesse. Il implique donc tous les professionnels amenés à rencontrer la femme enceinte ou le couple. Il repose notamment sur la mise en place de réunions nommées « **staff de parentalité** » qui doivent permettre de réunir les différents intervenants dans un but de cohérence.

En **2016**, dans son **rapport relatif à la Santé Mentale** [26], M. LARFORCADE a aussi insisté sur l'importance d'homogénéiser sur le territoire national les prises en charges en matière de psychiatrie périnatale. Il rappelait que des actions peuvent être menées dès la grossesse auprès des patientes vulnérables, dans leur intérêt et dans l'intérêt de leurs enfants.

Actuellement, le programme **Psychiatrie et Santé Mentale 2018-2023** [27] soutenu par la HAS, consacre l'un de ses axes à la pédopsychiatrie et place en particulier l'amélioration

de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge des troubles psychiques périnataux parmi l'une de ses missions principales. Des études seront menées en France en vue de proposer des outils pour l'amélioration des pratiques professionnelles.

Sur le plan national, des initiatives témoignent de cette nouvelle dynamique de collaboration médico-psychologique en période périnatale. Ainsi, en 2019, a été créé **l'Alliance Francophone pour la Santé Mentale Périnatale [28]**, sous l'impulsion de l'association Maman Blues, du Collège de psy Périnatalité, du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF), de la Société Marcé Francophone (SMF), du Groupe World Association for Infant Mental Health (WAIMH) France et de la Fédération Nationale des Associations d'Aide Familiale Populaire (FNAAFP).

C'est donc un travail pluridisciplinaire dès le début de la grossesse et l'anticipation de l'accouchement et du post-partum qui sont indiqués pour offrir des soins cohérents aux femmes enceintes à haut risque médico-psycho-social.

Les enjeux d'un tel travail sont multiples et constituent actuellement un axe central de réflexion en matière de santé publique appliquée à la psychiatrie en France, qui est notamment porté par les services de psychiatrie périnatale de liaison.

3. Place de la psychiatrie périnatale de liaison

3.1. Missions

Selon Gisèle APTER [29] la psychiatrie périnatale de liaison se situe entre la psychiatrie et la médecine périnatale : « aux confins de la psychopathologie du bébé et de celle de la maternité, elle présente la particularité de s'adresser moins à un patient pour une pathologie donnée qu'à une période spécifique de la vie, de la conception au postnatal. »

Il s'agit d'une spécialité récente en France, en pleine expansion depuis les années 1970.

Lorsqu'elle est exercée sous la forme d'une activité de liaison, elle est déployée par définition au cœur des maternités et donc au plus près des acteurs de la période périnatale. Cet exercice peut constituer l'une des réponses possibles aux directives gouvernementales en matière de collaboration médico-psychologique.

Les missions d'une équipe de psychiatrie périnatale de liaison ne se limitent pas à l'évaluation et au suivi de la femme enceinte. Elle a aussi pour vocation le soutien des équipes médicales et la participation à un travail pluridisciplinaire en réseau.

3.2. Travail pluridisciplinaire au sein des maternités

La pluridisciplinarité signifie que plusieurs spécialités ou domaines de recherches coexistent au sein d'un groupe. Cette définition sous-entend la notion de différence entre les disciplines concernées.

L'un des enjeux semble donc être la rencontre entre ces différences, et la capacité à pouvoir les articuler lorsque le travail pluridisciplinaire a une visée de partenariat, comme dans la prise en charge des femmes enceintes à « haut risque médico-psycho-social ».

En effet, dans la période périnatale, nous avons mis en évidence que les troubles psychiques peuvent avoir de multiples conséquences : psychiatriques, obstétricales, néonatales, pédiatriques, sociales et sociétales. Ainsi, tout professionnel intervenant auprès de la femme enceinte, de l'enfant ou du couple, quelle que soit sa spécialité, peut être le témoin de l'impact d'un trouble psychique dans son propre champ d'action. Face à ces troubles, chaque professionnel possède son propre bagage théorique, ses propres expériences professionnelles et son propre regard clinique selon sa fonction et son histoire personnelle.

Le travail pluridisciplinaire s'appuie ici sur la mise en commun des observations et des savoirs de chacun, dans le but d'harmoniser les réponses qui pourront être formulées à la patiente, à l'enfant ou au couple. Ces réponses claires et cohérentes permettront d'anticiper et donc de réduire les impacts négatifs potentiels des troubles présentés.

Comme nous l'avons vu précédemment, cet exercice pluridisciplinaire doit pouvoir se déployer lorsque les troubles sont constitués mais aussi et surtout dans leur dépistage très précoce, à visée préventive.

Pour que tous les professionnels puissent participer à ce repérage précoce et puissent participer activement à l'action partenariale, il apparaît primordial de s'intéresser à leur connaissance et à leur vécu face à la maladie mentale.

3.3. Vécu et connaissances des soignants en maternité face aux troubles psychiques.

Les sages-femmes occupent une place centrale dans le suivi des femmes enceintes. Elles sont amenées à les rencontrer très régulièrement durant la grossesse et sont en première ligne dans le recueil de leur vécu émotionnel, de leurs plaintes et de leurs inquiétudes.

Leur connaissance des troubles mentaux n'est pas égale et peut varier en fonction de leur expérience et de leur formation. De même, leur attitude à l'égard des patientes atteintes de troubles mentaux peut varier.

Une étude menée au Royaume-Uni [30] auprès de sages-femmes, via des questionnaires d'auto-évaluation, retrouve une bonne capacité à pouvoir détecter les troubles anxieux et dépressifs mais un manque de confiance dans leurs capacités à pouvoir les prendre en charge. Cela serait lié au sentiment de ne pas se sentir suffisamment équipées sur le plan théorique, d'où l'émergence d'une demande de plus de formation.

En France, en 2019, une étude s'est intéressée au ressenti des sages-femmes dans la prise en charge de patientes atteintes de troubles mentaux sévères [31]. Il apparaît que les sages-femmes se sentent « en sécurité » lorsque la prise en charge a été anticipée et coordonnée, et lorsqu'elles ont reçu une information claire sur la pathologie présentée et les traitements associés. Leur ressenti serait aussi influencé par leur capacité à pouvoir mobiliser des connaissances personnelles issues de leur formation.

D'autres études mettent aussi en évidence cette demande de formation et d'un accès plus aisé aux professionnels du champ de la psychologie et de la psychiatrie.

Une étude australienne [32] a été menée auprès de sages-femmes pour interroger leur connaissance et leurs attitudes à l'égard des patientes souffrant de troubles psychiatriques. Là aussi, elles identifient la reconnaissance des troubles psychiques comme faisant partie de leur fonction mais disent se sentir démunies face à ces situations et sont en demande de davantage de formation et de travail en réseau avec les professionnels du domaine de la santé mentale.

Dans le travail pluridisciplinaire, un autre enjeu de taille semble être la transmission des informations entre les professionnels des différents champs. Le travail d'une équipe de psychiatrie en maternité impose en effet une réflexion permanente sur ce qu'il est nécessaire de transmettre à l'équipe soignante. Ce fonctionnement dynamique, qui doit être repensé pour chaque situation, peut parfois être source de tensions entre les équipes psychiatriques et somatiques. Selon Pierre DELION [33], cette articulation fine entre tous les acteurs du soin représente une « responsabilité » qui incombe aux professionnels face à des parents qui « parfois font l'expérience, pour la première fois, d'une attention structurante, contenante et limitante ». Le rôle structurant, sécurisant et fiable d'un réseau professionnel est donc reconnu tant par les professionnels dans leur exercice que par les parents auxquels ils s'adressent.

Au total, la prise en charge des femmes enceintes « à haut risque médico psycho social » doit être l'objet d'un travail pluridisciplinaire, comme nous le rappelle le cadre législatif, dans

le but d'harmoniser les interventions des différents acteurs du soin durant cette période. Cela permet d'anticiper les multiples impacts désormais bien connus que les troubles psychiques peuvent avoir, et de sécuriser professionnels et patients dans ces situations complexes. Les modalités de ce travail pluridisciplinaire ne sont pas réglementées sur le territoire national et sont laissées à la libre organisation de chaque maternité, en fonction de ses moyens.

4. Contexte local au CHU Purpan à Toulouse

4.1. Présentation de l'équipe de psychiatrie périnatale de liaison

Au CHU Purpan à Toulouse, c'est pour faire face aux enjeux précédemment décrits qu'une équipe de psychiatrie périnatale de liaison, composée de médecins, de psychologues, d'une assistante sociale et d'une secrétaire, est installée dans les locaux de la maternité Paule de Viguier depuis 2005. Elle dépend du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Elle assure une activité de liaison dans les différents services de gynécologie-obstétrique (urgences obstétricales, service des grossesses pathologiques, salles de naissance, suites de couche) et une activité de suivi ambulatoire des patientes, allant de la période préconceptionnelle aux 18 mois après l'accouchement.

Ce travail est effectué en étroite collaboration avec le service de gynécologie-obstétrique de la maternité Paule de Viguier.

4.2. Présentation du dispositif

Compte tenu des situations complexes rencontrées au CHU Purpan du fait du niveau 3 de la maternité, des directives gouvernementales successives et des données de la littérature décrites ci-dessus, le pôle femme-mère-couple et le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Toulouse ont décidé de s'engager en partenariat dans une action d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patientes enceintes à haut risque médico-psycho-social.

C'est ainsi qu'en 2011 a été créé un dispositif pluridisciplinaire nommé staff « préparation au post-partum » (PPP), devenu en 2016 une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) hors oncologie, à l'intitulé, au fonctionnement et aux objectifs identiques, mais formalisé institutionnellement par une charte (cf. annexe 1). Ce dispositif a été pensé conjointement par l'équipe de gynécologie-obstétrique et l'équipe de psychiatrie périnatale, pour anticiper l'accouchement et le post-partum des femmes enceintes à haut risque médico-psycho-social. Il est proposé au troisième trimestre de grossesse, à toute patiente se trouvant dans une

situation médico-psycho-sociale complexe définie par la présence d'au moins un facteur de vulnérabilité identifié dans la charte.

Le déroulé et le fonctionnement du staff « PPP » a été établi au sein d'une charte, rédigée par les services de psychiatrie périnatale et d'épidémiologie du CHU de Toulouse.

La périodicité du staff « PPP » est mensuelle, sa durée est de 45 minutes. Il se tient dans les locaux de la maternité. Il fait suite à une réunion du service de gynécologie-obstétrique, afin de faciliter l'accès aux membres du personnel de la maternité.

Les membres permanents du staff « PPP », selon la charte, sont des membres de l'équipe de psychiatrie périnatale, de l'équipe de pédiatrie et de l'équipe de gynécologie-obstétrique du CHU de Toulouse. Le quorum des catégories professionnelles requis est : médecins, sages-femmes, psychologues, assistantes-sociales et secrétaire. Parfois, des partenaires extérieurs sont invités à participer aux réunions, comme des sages-femmes de PMI, des psychiatres libéraux, des médecins généralistes ou des médecins exerçant dans le secteur social.

Initialement, huit staff « PPP » étaient organisés chaque année. Le nombre de staff « PPP » annuel est croissant depuis la création du dispositif, du fait d'une augmentation du nombre de demandes. Ainsi, en 2012, huit réunions se sont tenues, neuf en 2014, dix en 2016 et onze en 2018. Les patientes sont informées des décisions prises à l'issue des staff « PPP ».

Les critères de sélection des dossiers pouvant être présentés au staff « PPP » ont été détaillés dans la charte. Il concerne les dossiers de femmes se trouvant dans les situations suivantes :

- Critère 1 : dossiers de femmes enceintes dans leur 3^{ème} trimestre de grossesse.

ET

- Critère 2 : dossiers de femmes enceintes se trouvant dans des situations médico-psycho-sociale complexes et intriquées, définies par la présence d'au moins un des facteurs de vulnérabilité décrits ci-après :

ET

- Critère 3 : Présence d'au moins un des facteurs de vulnérabilité suivants :
 - o Pathologie psychiatrique aiguë ou chronique au moment de la grossesse
 - o Fragilité de personnalité/une vulnérabilité importante
 - o Situation d'isolement relationnel (absence de personne ressource)
 - o Traitement par psychotropes pendant plusieurs mois de la grossesse
 - o Addiction mal ou non contrôlée pendant la grossesse
 - o Intrication entre troubles somatiques et psychiques

A l'issue de chaque présentation de dossier et des discussions collégiales, une « fiche de synthèse » (cf. annexe 2) est rédigée par un des médecins de l'équipe de psychiatrie périnatale de liaison. Sur cette fiche sont renseignées des informations sur la patiente et sa grossesse, ainsi que les conduites à tenir : à l'accouchement pour la mère et le bébé, dans le post-partum lors du séjour en suites de couche et lors du retour au domicile.

Les outils dont dispose le staff « PPP » et les décisions qui peuvent y être prises sont les suivants :

- **L'ajustement de la durée d'hospitalisation** : en l'absence d'unité mère-enfant au CHU de Toulouse, un accord entre le service de gynécologie-obstétrique et le service de psychiatrie périnatale permet de proposer des hospitalisations prolongées en suites de couche à ces femmes, en présence d'un accompagnant.

La durée du séjour proposée par le staff « PPP » peut être de 7 jours, 10 jours ou de 15 jours (durée maximale).

En l'absence d'une telle proposition de prise en charge, la durée du séjour à la maternité est définie par la durée standard recommandée par la HAS en fonction du type d'accouchement : 3 jours en cas d'accouchement par voie basse, 5 jours en cas d'accouchement par césarienne.

- **L'étayage à prévoir pour la dyade après la naissance dans le service des suites de couche puis lors du retour au domicile** avec l'anticipation éventuelle d'une mesure de protection de l'enfance.
- **L'évaluation des interactions mère-enfant** via l'utilisation d'une fiche d'observation à remplir en suites de couche.

La charte a aussi encadré l'utilisation de l'outil « fiche de synthèse ».

Ce document doit être édité en double exemplaire, placé dans le dossier psychiatrique et dans le dossier obstétrical de la patiente, afin qu'il puisse être rapidement accessible pour tous les intervenants auprès de la femme enceinte. Il constitue le résumé des décisions pluridisciplinaires prises pendant le staff « PPP », auquel les professionnelles peuvent se référer pour prodiguer des soins cohérents et collégalement définis.

Sur cette fiche de synthèse doivent figurer selon la charte : la date du staff « PPP », le nom du rédacteur de la fiche de synthèse, le nom des professionnels impliqués dans le soin, le nom

de la patiente, le nom du père de l'enfant, le nom des personnes à prévenir à l'accouchement et le nom de la personne en charge de les joindre, les différentes conduites à tenir à l'accouchement et dans le post-partum, et enfin le nom du professionnel qui est chargé d'informer la patiente des décisions prises et les modalités de délivrance de cette information.

Depuis sa création, il semble que ce dispositif ait largement été investi par tous les professionnels de la maternité Paule de Viguier mais il n'a jamais été évalué au travers d'une étude.

4.3. Objectifs de l'étude

Notre hypothèse est que ce dispositif parvient, grâce à un travail pluridisciplinaire, à repérer les patientes à haut risque médico-psycho-social, à anticiper les troubles qu'elles pourraient présenter à l'accouchement et en post-partum, et à les prévenir en définissant des conduites à tenir individualisées appliquées de manière cohérente par tous les professionnels des services de suites de couche impliqués dans le soin.

Les objectifs de cette étude étaient (1) de décrire la population adressée à ces réunions pluridisciplinaires, (2) d'étudier le fonctionnement de ces réunions, notamment leur conformité aux exigences définies dans la charte et visant à garantir la qualité de la décision rendue, et (3) d'étudier la concordance entre les décisions prises en anténatal et les prises en charge effectives à l'accouchement et dans le post-partum durant le séjour en suites de couches.

II. MÉTHODE

Nous avons mené, au sein du CHU Purpan de Toulouse, une étude rétrospective de cohorte. L'ensemble des dossiers de grossesse présentés lors des staff « PPP » d'une année sur deux (2012, 2014, 2016 et 2018) étaient éligibles à l'étude. Ils ont été identifiés à partir du registre tenu par l'équipe de psychiatrie périnatale depuis la création du dispositif. Les critères d'exclusion d'un dossier étaient les suivants : absence de rédaction d'une fiche de synthèse à la fin de la présentation en réunion, impossibilité d'accès au dossier psychiatrique de la patiente, perte de vue durant la grossesse, accouchement en dehors de la maternité Paule de Viguier.

Les données collectées par un investigateur (MC) émanaient des fiches de synthèse rédigées à l'issue des staff « PPP » et des dossiers médicaux psychiatriques des patientes : caractéristiques sociodémographiques (année de naissance, statut matrimonial, type de logement), caractéristiques obstétricales (terme le jour du staff « PPP », parité, nature de l'accouchement par voie basse ou césarienne, durée du séjour théorique en suites de couche, durée du séjour effectif en suites de couche), antécédents médicaux, antécédents psychiatriques, traitements psychotropes, caractéristiques du suivi avec l'équipe de psychiatrie périnatale (nombre de consultations ante et post natales, durée du suivi en jours, poursuite du suivi à 6 et 12 mois, professionnel adressant la patiente), décisions prises lors du staff « PPP », mesures de protection de l'enfance prises dans le service des suites de couche.

Plusieurs critères étaient ensuite étudiés pour qualifier le fonctionnement des réunions pluridisciplinaires :

- (A) Adéquation aux critères d'inclusion : 3ème trimestre de grossesse (critère 1), situation médico-psycho-sociale complexe (critère 2), présence d'un moins un des facteurs de vulnérabilité sociale, médicale ou psychiatrique (critère 3).
- (B) Traçabilité des informations au sein des fiches de synthèse :
 - o Permettant la bonne gestion du suivi des dossiers : mention de la date de la réunion pluridisciplinaire (critère 4), mention de l'identité du rédacteur de la fiche de synthèse (critère 5).
 - o Visant à faciliter la décision pluridisciplinaire et/ou son suivi : mention des identités : de la patiente (critère 6), du père de l'enfant (critère 7) , des professionnels impliqués dans la prise en charge et présents à la réunion pluridisciplinaire (critère 8), des professionnels à prévenir à l'accouchement (critère 9), du professionnel en charge de joindre les professionnels à prévenir lors de l'accouchement (critère 10), du professionnel en charge du retour d'information à la patiente (critère 11), mention des modalités de délivrance de l'information à la patiente (critère 12)
 - o Concernant la décision thérapeutique proposée vis-à-vis des trois stratégies préventives (critère 13) : ajustement de la durée de séjour (critère 13a), étayage lors du retour à domicile (critère 13b), évaluation des interactions mère-enfant (critère 13c).

Plusieurs critères ont aussi été définis pour qualifier la conformité en post-partum des décisions prises lors des staff « PPP » sur les trois stratégies préventives :

- Ajustement de la durée du séjour : durée du séjour en suites de couche identique au jour près à la durée définie sur la fiche de synthèse.
- Anticipation d'une mesure de protection de l'enfance : rédaction durant le séjour à la maternité d'une Information Préoccupante ou d'un Signalement au procureur de la République.
- Évaluation des interactions mère-enfant : présence dans le dossier psychiatrique d'une synthèse de cette évaluation.

Le recueil de données a été effectué dans les locaux du CHU Purpan à Toulouse, entre les mois de janvier et juillet 2019. Afin de constituer une base de données anonymisée, chaque dossier disposait d'un numéro d'ordre remplaçant l'identité des patientes.

Ce travail a été déclaré à la CNIL et répond aux exigences de la méthodologie MR-004, à laquelle nous nous sommes engagés (référence d'enregistrement : RnIPH 2019-57).

L'analyse statistique des résultats a été effectuée sur le logiciel Excel.

III. RÉSULTATS

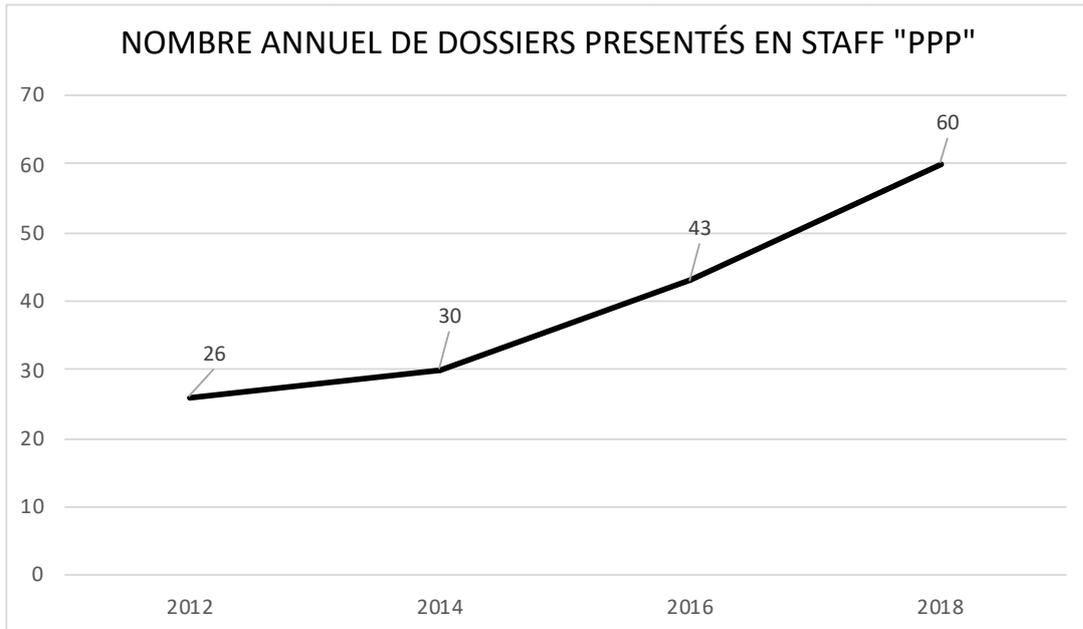
1. Description de la population totale

1.1. Constitution de l'échantillon

Sur les années 2012, 2014, 2016 et 2018, 38 réunions pluridisciplinaires ont eu lieu, sollicitées pour 159 dossiers (26 en 2012, 30 en 2014, 43 en 2016, 60 en 2018) (Figure 1).

Figure 1.

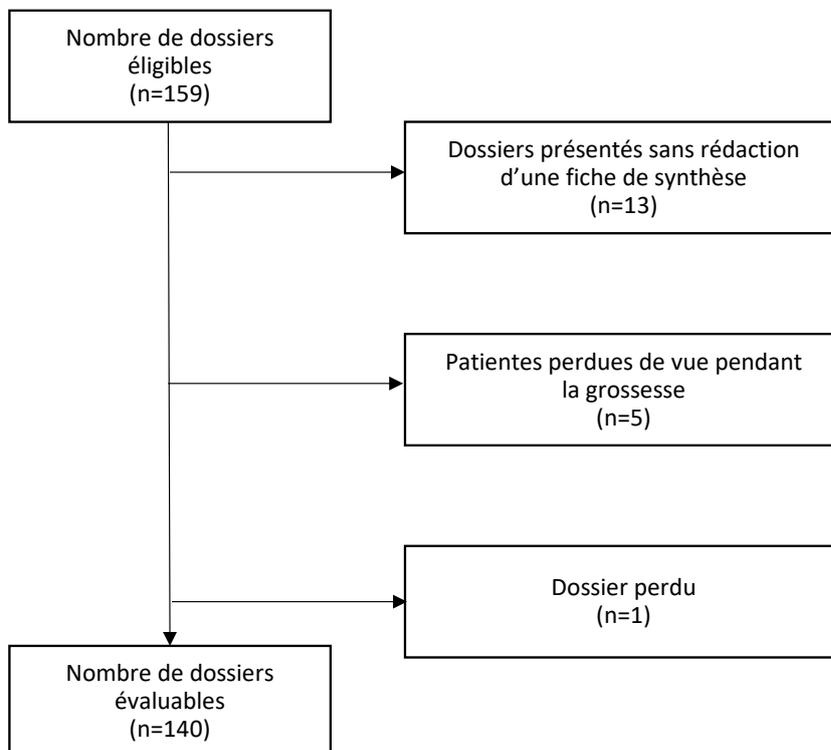
Évolution du nombre de dossiers présentés lors des staff "PPP" depuis la création du dispositif.



13 dossiers (8,2%) ne disposaient pas de fiche de synthèse à l'issue des débats pluridisciplinaires, 5 dossiers (3,1%) concernaient des patientes perdues de vue pendant la grossesse, 1 dossier psychiatrique (0,6%) a été perdu. Après exclusion de ces cas, notre population d'étude concernait 140 dossiers. (Figure 2)

Figure 2.

Diagramme de flux des dossiers étudiés.



1.2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes de l'échantillon était de 29,9 ans, avec un minimum de 17 ans et un maximum de 44 ans.

Les femmes étaient en couple dans 83% des cas, célibataires dans 15% des cas et veuves dans 2% des cas. 97% d'entre elles vivaient dans un logement stable, 3% étaient sans domicile fixe. Une situation d'isolement relationnel a été retrouvé dans 30% des dossiers.

1.3. Caractéristiques obstétricales et somatiques

Les patientes étaient primipares dans 51% des cas, multipares dans 49% des cas. L'accouchement a eu lieu par voie basse dans 80% des dossiers, par césarienne dans 20% des dossiers. 15% des patientes souffraient d'une pathologie somatique chronique au moment de leur grossesse.

1.4. Caractéristiques psychopathologiques

98% des patientes souffraient d'une pathologie psychiatrique aiguë ou chronique au moment de la grossesse étudiée. 22 diagnostics psychiatriques ont été retrouvés dans notre échantillon (Tableau 1).

18% des patientes présentaient un trouble abus de substance avant la grossesse. Parmi elles, 72% ont poursuivi leur consommation pendant la grossesse.

53% des patientes bénéficiaient d'un traitement psychotrope pendant la grossesse étudiée.

Concernant le suivi psychiatrique, 51% des patientes étaient suivies par un psychiatre avant la grossesse étudiée.

La proposition de suivi anténatal avec l'équipe de psychiatrie périnatale était acceptée dans 96% des cas, le nombre moyen de consultations psychiatriques anténatales était de 6.

61% des patientes avaient été adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale par une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien. Le suivi postnatal, en suites de couche, avec l'équipe de psychiatrie périnatale, était accepté dans 99% des cas. Le nombre moyen de consultations psychiatriques en post-natales était de 7,5. Ce suivi était encore actif six mois après l'accouchement dans 41% des cas, et douze mois après l'accouchement dans 29% des cas.

Tableau 1.

Antécédents psychiatriques retrouvés dans la population.

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	EFFECTIF (n)
Trouble de la personnalité type borderline	30
Trouble bipolaire	25
Episode dépressif caractérisé	24
Abus de substance	18
Schizophrénie	16
Déficiência intellectuelle	14
Trouble du comportement alimentaire	11
Syndrôme de stress post-traumatique	9
Tentative de suicide	9
Trouble anxieux	6
Trouble schizoaffectif	5
Abus sexuel	3
Trouble panique	3
Episode psychotique aigu	2
Psychose puerpérale	2
Phobie sociale	2
Trouble de la personnalité type schizotypique	2
Trouble de la personnalité type antisociale	1
Infanticide	1
Deuil pathologique	1
Troubles des conduites	1
Trouble psychogène	1

2. Conformité aux exigences qualité de la charte

2.1. Sélection des dossiers

98% des dossiers remplissaient les trois critères de sélection aux staff « PPP ». (Tableau 2)

2.2. Traçabilité des informations dans la fiche de synthèse

Parmi les 10 indicateurs de processus des staff « PPP », on notait une traçabilité des informations requises (Tableau 2) :

- Supérieure ou égale à 80% pour 5 indicateurs : date de la réunion pluridisciplinaire, identité du rédacteur de la fiche de synthèse, identité des professionnels impliqués dans la prise en charge et présents lors de la réunion pluridisciplinaire, identité de la patiente, et traçabilité de la décision thérapeutique.
- Comprise entre 50 et 79% pour 1 indicateur : identité des professionnels à prévenir lors de l'accouchement.
- Comprise entre 20 et 49% pour 2 indicateurs : identité du père de l'enfant et identité des professionnels en charge de joindre les professionnels à prévenir à l'accouchement.
- Inférieure à 20 % pour 2 indicateurs : identité du professionnel chargé du retour d'information à la patiente et modalité de délivrance de l'information à la patiente.

Tableau 2.
Conformité aux exigences qualité de la charte.

INDICATEURS DE PROCESSUS	EFFECTIF (n)	EFFECTIF (%)
(A) SÉLECTION DES DOSSIERS		
Critère 1: Troisième trimestre de grossesse	133	98
Critère 2: Situation medico-psycho-sociale complexe	140	100
Critères 3: Présence d'au moins 1 facteur de vulnérabilité parmi:		
<i>Pathologie psychiatrique aiguë ou chronique</i>	133	98
<i>Situation de vulnérabilité / fragilité de personnalité</i>	140	100
<i>Isolement relationnel</i>	41	30
<i>Traitement par psychotrope pendant la grossesse</i>	74	53
<i>Addiction non ou mal contrôlée pendant la grossesse</i>	18	13
<i>Pathologie somatique chronique</i>	22	16
(B) TRACABILITÉ DES INFORMATIONS SUR LA FICHE DE SYNTHÈSE		
Critère 4: Date du staff "PPP"	140	100
Critère 5: Identité du rédacteur de la fiche de synthèse	133	98
Critère 8: Identité des professionnels impliqués dans la prise en charge et présents	129	92
Critère 6: Identité de la patiente	140	100
Critère 7: Identité du père de l'enfant	59	42
Critère 9: Identité des professionnels à prévenir à l'accouchement	70	50
Critère 10: Identité du professionnel en charge de joindre les professionnels à prévenir lors de l'accouchement	52	37
Critère 11: Identité du professionnel en charge du retour d'information à la patiente	0	0
Critère 12: Modalité de délivrance de l'information à la patiente	0	0
Critère 13: Décisions thérapeutiques prises		
Critère 13a: Ajustement de la durée du séjour	112	80
Critère 13b: Etayage à prévoir pour le retour au domicile	118	84
Critère 13c: Evaluation des interactions mère-enfant	121	86

3. Décisions prises lors des staff « PPP » et conformité en post-partum

3.1. Mesure « ajustement de la durée du séjour post-partum »

Une hospitalisation prolongée en suites de couche a été décidée lors du staff « PPP » pour 76% des dossiers présentés.

La durée du séjour en suites de couche était conforme à la durée définie lors du staff « PPP » dans 44% des dossiers. (Figure 3)

Neuf motifs de discordance ont été identifiés :

- Demande de sortie sans contre-indication médicale (n=39)
- Apparition d'une symptomatologie dépressive (n=10)
- Séparation mère-enfant suite à une décision judiciaire d'OPU (n=6)
- Sortie contre avis médical (n=5)

- Absence de bébé en suites de couche (mort fœtale in utero ou adoption) (n=5)
- Décompensation psychiatrique aigüe (n=4)
- Cause administrative (n=3)
- Cause pédiatrique (n=3)
- Cause gynécologique (n=3)

3.2. Mesure « étayage du retour au domicile »

L'anticipation d'une mesure de protection de l'enfance a été décidée pour 14% des dossiers présentés en staff « PPP ».

L'étayage mis en place en suites de couche était conforme aux décisions du staff « PPP » dans 93% des cas. (Figure 3)

Trois motifs de discordance ont été identifiés :

- Incapacité maternelle (n=7)
- Sortie contre avis médical (n=4)
- Enfant confié au père (n=1)

3.3. Mesure « évaluation des interactions mère-enfant »

Une évaluation des interactions mère-enfant via la rédaction d'une fiche d'évaluation en suites de couche a été décidée par le staff « PPP » dans 50% des cas.

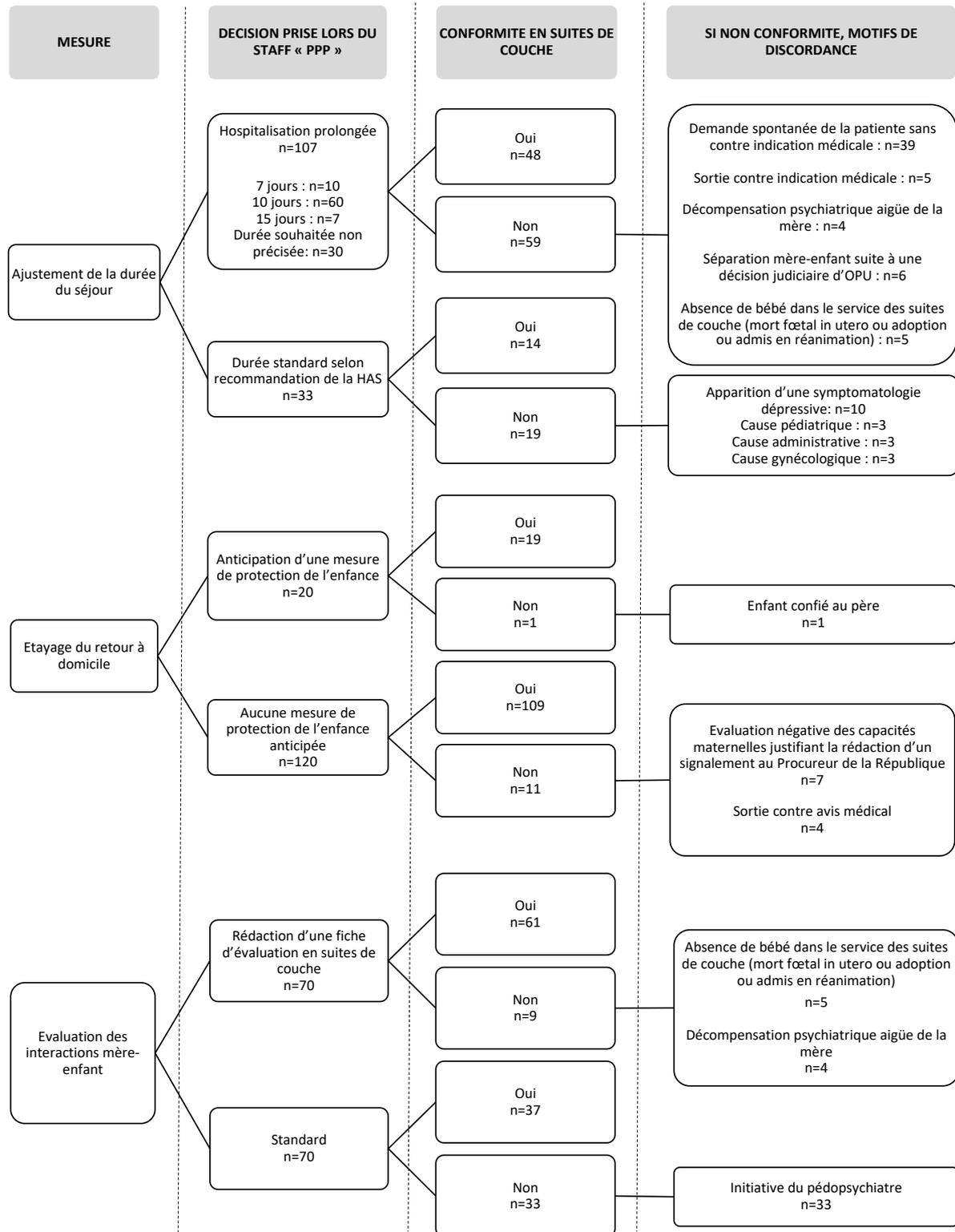
La réalisation de l'évaluation des interactions mère-enfant en suites de couche était conforme aux décisions du staff « PPP » dans 67% des cas. (Figure 3)

Un seul motif de discordance a été identifié :

- Initiative du pédopsychiatre (n=33)

Figure 3.

Décisions prises lors des staff "PPP", application en suites de couche et motifs de discordance.



IV. DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

1.1. Constitution de l'échantillon

A travers la constitution de notre échantillon, nous observons que le nombre annuel de dossiers présentés en staff « PPP » semble progresser depuis la création du dispositif en 2011. Ces chiffres sont cohérents, même s'ils ne sont pas proportionnels, avec l'augmentation du nombre annuel d'accouchements réalisés à la maternité Paule de Viguier depuis 2011 (de 4400 en 2011 à 5300 en 2018).

Ils correspondent également à l'accroissement de la file active des familles suivies par l'équipe de psychiatrie périnatale, de 700 en 2011 à 1000 en 2018.

Ils sont aussi le reflet de l'augmentation des orientations de patientes souffrant de pathologie psychiatrique complexe vers la maternité du CHU de Toulouse au titre de son niveau 3, par les réseaux de santé périnataux qui se développent depuis le début des années 2000, conformément aux directives gouvernementales détaillées précédemment, et qui sont regroupés au sein du Réseau Périnatalité Occitanie depuis 2019.

Enfin, ces résultats rejoignent la tendance décrite dans la littérature dès 1999 [1], celle d'une augmentation du nombre de grossesses chez les femmes présentant des troubles mentaux [5].

Au niveau local, ils vont dans le sens d'un essor du dispositif à la maternité Paule de Viguier, alors qu'il aurait pu se déliter au cours du temps étant donnée la charge de travail quotidienne des équipes soignantes en maternité et son thème non obstétrical. Il semble donc que le dispositif réponde à une demande de travail pluridisciplinaire des soignants du CHU de Toulouse, à l'instar de plusieurs études internationales [31][32]. De plus, la demande de formation des soignants en maternité sur des sujets de psychiatrie périnatale retrouvée dans plusieurs travaux de recherche a aussi été mise en évidence à la maternité Paule de Viguier dans les mois suivant la création du dispositif « staff PPP » en avril 2011. Ainsi, un programme d'enseignement a été créé en 2012, conjointement entre les services de psychiatrie périnatale et d'obstétrique. Il est proposé en formation initiale à l'école des sages-femmes de Toulouse sous la forme d'un module annuel nommé « pspérinatalité », mais aussi aux internes de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et de psychiatrie. Les cours sont dispensés en binôme par des professionnels et chaque thématique est abordée sous un angle global : obstétrical,

pédiatrique et psychiatrique. La richesse de ces journées de formation réside autant dans le contenu de l'enseignement que dans les échanges pluri-professionnels qu'elles permettent.

1.2. Caractéristiques des patientes

Sur le plan sociodémographique, nous ne retrouvons pas de surreprésentation d'âge extrême au sein de notre échantillon. La majorité des femmes vivaient dans un logement stable et étaient en couple, mais malgré ces conditions de vie, un tiers d'entre elles se trouvaient dans une situation d'isolement relationnel. Notons que ce dernier chiffre pourrait être sous-estimé car il s'agit de leur situation le jour du staff « PPP ». Compte tenu des difficultés fréquentes de ces patientes à maintenir des relations interpersonnelles stables, la qualité de l'étayage offert par l'entourage peut parfois se dégrader au cours de la grossesse et dans le post-partum. Comme cela est décrit dans la littérature [12], c'est bien la qualité de l'étayage, sa cohérence et sa fiabilité, qui doivent être considérées pour définir une situation d'isolement relationnel et donc de vulnérabilité, au-delà de leur statut marital. L'isolement relationnel est un des facteurs bien identifié comme aggravant les conséquences sur l'enfant des troubles psychiques maternels [16].

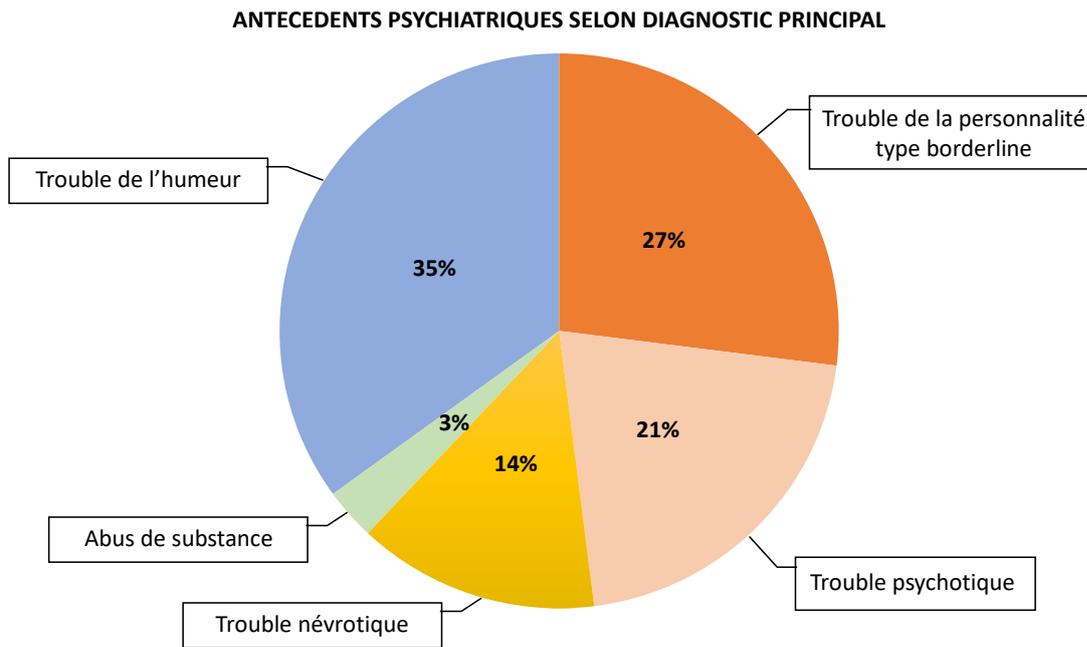
Sur le plan obstétrical, plus de la moitié de notre échantillon concerne des femmes primipares, groupe de patientes les plus à risque de décompenser selon la littérature [10]. La répartition des modes d'accouchement est conforme à la moyenne nationale en France, avec 20% de césarienne.

Une minorité des dossiers étudiés concernent des patientes souffrant d'une pathologie somatique chronique. Il s'agit pourtant d'un des critères de vulnérabilité définis par la charte depuis la création du dispositif. En effet, certaines pathologies somatiques chroniques peuvent avoir une expression clinique psychiatrique ou être source d'angoisses massives liées au vécu corporel ou encore à la crainte d'une transmission materno-fœtale. Il semble indispensable de considérer l'état de santé global des patientes en veillant à ne pas laisser le diagnostic psychiatrique chronique occulter les autres pathologies chroniques éventuelles coexistantes.

Sur le plan psychopathologique, lorsque nous ne retenons que le diagnostic principal pour chaque patiente, nous identifions cinq catégories de diagnostics psychiatriques : trouble de l'humeur, trouble de la personnalité borderline, trouble psychotiques, trouble névrotiques et abus de substance (figure 3).

Figure 4.

Répartition des antécédents psychiatriques selon le diagnostic principal dans la population totale (n=140).



Les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques, qui sont bien identifiés dans la littérature comme étant les troubles psychiques les plus à risque de décompenser sur un mode aigu en période périnatale, sont effectivement majoritairement représentés dans notre échantillon.

Le trouble de la personnalité borderline, qui peut avoir de multiples répercussions fonctionnelles atteignant les fonctions parentales, est aussi nettement représenté dans l'échantillon, alors même que le diagnostic n'est pas toujours connu des patientes et de leur entourage.

Les conduites addictives sont le plus souvent comorbides d'autres troubles psychiatriques mais peuvent, pour certaines patientes, constituer leur diagnostic principal. Les résultats que nous obtenons sont issus de données déclaratives des patientes, ils pourraient donc être sous-estimés, si l'on considère le sentiment de honte éprouvé par les consommatrices et leur méfiance à l'égard des professionnels de soins psychiques décrits dans la littérature [2]. Nous observons que la proportion de patientes qui poursuit sa consommation durant la grossesse est très élevée (72%) pour toutes les substances alors même qu'elles bénéficient d'un accompagnement psychiatrique et que les conséquences sur leur santé et celle de leur enfant sont bien établies dans la littérature. Cette problématique a déjà été identifiée par les services de psychiatrie périnatale et d'obstétrique, qui se sont associés au service d'addictologie du CHU de Toulouse pour constituer, en 2020, un groupe de travail. La prise en charge spécifique des addictions pendant la grossesse a été repensée à l'occasion de ce travail pluridisciplinaire,

en définissant une trajectoire de soins lisible et en désignant les professionnels chargés d'entourer ces patientes.

Concernant l'adhésion aux soins, dans notre population, nous constatons à travers le nombre moyen de consultation ante et post natales et la durée moyenne des suivis, que les patientes acceptent majoritairement de prendre contact avec l'équipe de psychiatrie périnatale et acceptent le plus souvent de revenir aux rendez-vous. Comme décrit dans la littérature, il peut exister chez ces femmes, quel que soit leur diagnostic psychiatrique, une certaine méfiance à l'égard des soins psychiques [8]. Elle peut être liée à un déni des troubles, à un sentiment de honte, à une incapacité à pouvoir demander de l'aide, à une expérience négative avec la psychiatrie ou encore à la crainte d'un placement de leur enfant. La rencontre avec ces femmes et le travail d'alliance tout au long de leur grossesse semble être, comme toujours en santé mentale, un prérequis indispensable aux soins.

Le fait que les deux tiers (61%) des patientes de notre échantillon aient été adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale par une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien témoigne du maillage solide entre psychiatrie et obstétrique, qui permet aux référents obstétricaux d'orienter rapidement et simplement ces patientes vers les soins psychiques. Du fait des consultations rapprochées, ils ont un accès privilégié aux femmes durant la grossesse, peuvent leur présenter l'intervention de l'équipe de psychiatrie périnatale sous la forme d'une continuité des soins, en cohérence avec les autres interventions, ce qui permet de rassurer ces patientes et de faciliter l'accès aux soins psychiques.

C'est donc cette collaboration étroite, permettant parfois la première démarche vers les soins psychiques, qui se déploiera durant toute la période périnatale et en particulier à l'occasion du staff « PPP » pour ces patientes à haut risque médico psycho sociale au sein de la maternité.

1.3. Conformité aux exigences de la charte.

1.3.1. Sélection des dossiers

La sélection des dossiers est conforme aux exigences de la charte dans la grande majorité des cas puisque 98% des dossiers répondent aux critères 1 et 2 et au moins un des critères 3. Les 2% de dossiers non conformes concernent des patientes se trouvant dans leur second trimestre de grossesse le jour du staff « PPP ». Il s'agit de trois patientes dont la situation psychique et sociale nécessitait de mettre en place une coordination renforcée au

regard du nombre de partenaires impliqués dans le soin (deux patientes hospitalisées en psychiatrie, une patiente toxicomane sans domicile fixe). Ces dossiers ont à nouveau été présentés en staff « PPP » au troisième trimestre de la grossesse, sans qu'une nouvelle fiche de synthèse ne soit rédigé et sont donc finalement devenus conformes aux critères de sélection après cette seconde présentation.

1.3.2. Traçabilité des informations dans la fiche de synthèse

Les indicateurs « nom du professionnel en charge du retour d'information à la patiente » et « modalité du retour d'information à la patiente » ne figurent jamais dans les fiches de synthèse depuis la création du dispositif. Toutefois, nous avons systématiquement retrouvés ces informations dans les résumés de consultation situés dans les dossiers psychiatriques des patientes. Il apparaît donc que les informations sont effectivement délivrées à la patiente par un membre de l'équipe de psychiatrie périnatale lors d'une consultation au décours du staff « PPP », sans que cela ne soit renseigné dans la fiche de synthèse. Le manque d'espace dédié pour cette information dans la « fiche de synthèse » pourrait être un élément expliquant ces résultats. Une modification de l'outil en ce sens pourrait donc être pertinente.

1.4. Conformité entre les décisions prises au staff PPP et les mesures appliquées dans le post-partum.

1.4.1. Ajustement de la durée du séjour en suites de couche

Cette mesure est celle qui présente le taux de conformité en post-partum le plus faible (44%). Dans les situations de discordance, cette mesure peut être revue à la hausse avec une durée du séjour en suites de couche allongée (n=19) ou bien être revue à la baisse avec une durée du séjour en suites de couches raccourcie (n=59).

Toutefois, toutes les situations de non-conformité ne doivent pas être systématiquement considérées comme des échecs des mesures préventives prises par le dispositif et chaque motif de discordance doit donc être rigoureusement étudié :

- « Cause administrative » (n=3)
- « Cause pédiatrique » (n=3)
- « Cause gynécologique » (n=3)
- « Absence de bébé dans le service des suites de couche (MFIU ou adoption) » (n=5)

Ces motifs de discordance sont indépendants de l'équipe de psychiatrie périnatale et ne peuvent être interprétés ni comme des échecs, ni comme des réussites des mesures préventives.

- « *Demande spontanée de la patiente sans contre-indication médicale* » (n=39).

Il s'agit du motif de discordance le plus fréquemment retrouvé dans la population.

Dans ce sous-groupe, la sortie de la maternité a été validée par l'équipe de psychiatrie périnatale devant l'observation d'un état psychique stable de la mère en suites de couche. La mesure d'hospitalisation prolongée prise lors du staff « PPP » n'était alors plus indiquée en suites de couche, alors même qu'elle constituait une perspective sécurisante en anténatal pour la famille et pour les équipes de soin.

Lorsque nous étudions le profil de ces patientes, nous constatons qu'il s'agit en majorité de femmes primipares (n=26), souffrant de troubles de l'humeur (n=24) ou de troubles de la personnalité borderline (n=15). Ces profils correspondent à ceux étant le plus à risque de décompensation à l'accouchement et dans le post-partum selon la littérature [11] [10]. Le staff « PPP » a donc été pertinent dans le repérage de ces situations à risque, en se basant sur les données de la science.

Dans ce sous-groupe, la demande de sortie anticipée ne constitue pas un refus de soins car bien que la durée du séjour en suites de couche soit plus courte que la durée définie par le staff « PPP », elle est tout de même plus longue, en moyenne de 2,6 jours, que la durée du séjour standard définie par la HAS. Parfois, ce sont les conditions d'hospitalisation en suites de couche, non favorables au repos des familles (passages répétés de soignants dans la chambre, nuisances sonores, chambre unique), qui motivent la demande de sortie de la part de ces patientes. Les soins sont alors poursuivis en ambulatoire.

Au total, le dispositif a été efficient dans l'identification des patientes à « haut risque médico-psycho-social » et le déploiement d'outils de prévention conformément aux données de la littérature, ce qui a permis d'offrir un cadre sécurisant aux familles et aux soignants, contribuant, selon notre hypothèse, à la stabilité psychique des patientes dans le service des suites de couche.

- « *Apparition d'une symptomatologie dépressive* » (n=10).

Il s'agit de patientes souffrant de troubles névrotiques (n=7) et de troubles de l'humeur (n=3). La majorité d'entre elles étaient primipares (n=9). La moitié des patientes (n=5) était

suivie régulièrement par un psychiatre avant la grossesse et toutes présentaient un état psychique stable pendant la grossesse.

Elles avaient été reçues en moyenne 6 fois en consultation anténatale, ce qui est conforme à la moyenne générale de notre échantillon. La durée de leur séjour à la maternité a été prolongé de 2,8 jours en moyenne par rapport à la durée de séjour standard recommandée par la HAS en fonction de leur mode d'accouchement. Pour toutes ces patientes, le dispositif d'hospitalisation prolongée leur avait été présenté à titre informatif durant la grossesse et elles n'avaient pas souhaité s'en saisir.

Au total, le profil des patientes de ce sous-groupe est donc plutôt celui de primipares souffrant de troubles névrotiques, stables sur le plan psychique pendant la grossesse.

Le travail pluridisciplinaire d'alliance et d'information sur l'existence de cette mesure auprès de ces patientes tout au long de la grossesse semble leur avoir permis de mobiliser les ressources hospitalières lorsqu'elles en ont eu besoin en post-partum. Les séjours prolongés en suites de couche pour motif psychiatrique, même lorsqu'ils ne sont pas décidés lors du staff « PPP », ne sont désormais jamais refusés par l'administration de la maternité Paule de Viguier. Ce point souligne également la qualité du partenariat entre les équipes obstétricales et celle de pédopsychiatrie au sein du CHU de Toulouse, leur rapport bénéfice/coût étant démontré comme favorable.

- « *Séparation mère-enfant suite à une décision judiciaire d'OPU* » (n=7).

Ce sous-groupe est constitué de patientes schizophrènes (n=4) et de patientes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (n=3).

Parmi ces patientes, une minorité (n=2) bénéficiait d'un suivi régulier par un psychiatre avant la grossesse. Toutefois, la majorité d'entre elles (n=6) bénéficiait d'un traitement par psychotropes prescrit à l'occasion de la grossesse.

La majorité des patientes (n=4) avaient déjà eu des enfants qui bénéficiaient tous de mesures de protection de l'enfance au moment du staff « PPP », les autres patientes (n=3) étaient primipares. Enfin, parmi elles, certaines souffraient de déficience intellectuelle (n=3).

Ces patientes avaient été reçues en moyenne 5 fois en consultation anténatale par le service de psychiatrie périnatale, ce qui est inférieur à la moyenne générale dans notre échantillon. Une seule patiente avait strictement refusé de rencontrer l'équipe de psychiatrie périnatale pendant sa grossesse, se montrant méfiante à l'égard des soins alors que son premier enfant avait déjà fait l'objet d'un signalement au procureur de la République à la maternité.

Pour toutes ces patientes, une mesure d'hospitalisation prolongée de 10 jours avait été décidée au staff « PPP » et planifiée avec leur accord, à la fois pour prévenir le risque de décompensation aigüe et pour bénéficier d'un temps d'évaluation de leurs capacités maternelles et des interactions mère-enfant. L'information aux patientes étant centrale dans leur prise en charge, les objectifs de la mesure d'hospitalisation prolongée leurs avaient toujours été clairement exposés.

Au total, le profil des patientes de ce sous-groupe est donc plutôt celui de troubles psychotiques déficitaires chroniques avec une adhésion fragile aux soins et des difficultés antérieures dans leur parentalité.

Au sein des équipes obstétricales et pédiatriques, est souvent posée la question de la pertinence de prolonger un séjour parents-bébé en suites de couche alors qu'un signalement en vue d'une séparation se profile au regard des premières observations faites après la naissance. Les données de la littérature, l'expérience clinique et le suivi de ces bébés et de ces familles nous fait penser que le temps d'observation et d'étayage des premiers liens est souvent majeur : il permet de mieux argumenter un signalement auprès du procureur de la république, de mieux l'expliquer aux parents, mais aussi parfois de les aider à aborder un travail de compréhension de leurs limites et des besoins de leur bébé, en leur permettant d'éprouver la réalité du quotidien avec lui.

Le dispositif a donc été efficient dans le travail d'alliance avec ces familles, dans l'accompagnement au moment de la séparation et dans la préparation à plus long terme des visites médiatisées qui seront de meilleure qualité si un lien est déjà créé entre le parent et son bébé et si le placement n'est pas vécu comme un rapt brutal et traumatique.

- « *Sortie contre avis médical* » (n=5).

Dans ce sous-groupe, nous retrouvons des femmes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (n=3) ou de schizophrénie (n=2). Aucune de ces femmes ne bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier avant leur grossesse, ce qui interroge sur la reconnaissance de leurs troubles et peut participer à leur faible niveau d'adhésion aux soins psychiques.

Elles ont été reçues en moyenne 6 fois en consultation anténatale, ce qui est conforme à la moyenne générale de l'échantillon et donc n'explique pas leur défaut d'adhésion aux soins. Elles ont été reçues en moyenne 3 fois en post-natal, ce qui est inférieur à la moyenne générale de l'échantillon et qui tend à confirmer leur prise de distance avec les soins psychiques.

Déjà, pendant la grossesse, toutes les femmes de ce sous-groupe avaient remis en question la mesure d'hospitalisation prolongée mais ne s'y étaient pas opposées.

Ces sorties contre avis médical ont toutes motivées la rédaction d'un écrit sous la forme d'une information préoccupante pour les primipares ou d'une note médico-social au juge des enfants pour celles qui avaient déjà un enfant car tous bénéficiaient déjà d'une mesure de protection de l'enfance.

Notons que parmi ces cinq patientes, trois présentaient des conduites addictives poursuivies pendant la grossesse, ce qui pose la question du rôle éventuel des consommations de toxiques dans la volonté de quitter la maternité contre avis médical.

Au total, le profil des patientes de ce sous-groupe est donc plutôt celui de troubles graves de la personnalité, associés à un défaut d'alliance thérapeutique et à des consommations de toxiques non sevrées.

Ces caractéristiques sont reconnues comme faisant partie des critères influant négativement sur le développement psychomoteur d'un enfant dans sa famille [17]. Le fait que ces sorties contre avis médical aient toutes donné lieu à un signalement aux autorités compétentes en matière de protection de l'enfance est donc cohérent avec les missions du service de psychiatrie périnatale auprès des bébés.

Dans ces situations, les mesures préventives prises par le staff « PPP » ont échoué au regard de l'instabilité médico-psycho-social de la mère, mais le travail pluridisciplinaire mené en anténatal a permis de mettre en place très rapidement des mesures de protection de l'enfance alors même que la durée d'hospitalisation a été brève. Le dispositif a donc été efficient en termes de repérage des situations à risque, de réactivité et donc finalement de prévention pour le bébé de l'impact des troubles maternels sur son développement psychique.

- « *Décompensation psychiatrique aigüe* » (n=4).

Il s'agit de décompensation aigüe sur les modes suivants : transfert en psychiatrie (n=3) ou transfert en UME (n=1).

Ce sous-groupe est constitué de patientes schizophrènes (n=3) et bipolaire (n=1).

La décompensation est survenue en moyenne au 5^{ème} jour après l'accouchement.

Elles bénéficiaient toutes (n=4) d'un traitement par psychotropes pendant la grossesse et étaient suivi régulièrement par un psychiatre avant leur grossesse.

Elles avaient été reçues en moyenne 11 fois en consultation anténatale par l'équipe de psychiatrie périnatale, ce qui est supérieur à la moyenne générale de l'échantillon étudié et qui tend à confirmer que leur vulnérabilité avait bien été repérée pendant la grossesse. Pour ces quatre patientes, des hospitalisations prolongées d'une durée de 15 jours avaient été demandées lors du staff « PPP » et planifiées avec leur accord. Il s'agit de la durée maximale pouvant être proposée, ce qui tend encore à démontrer la pertinence du dispositif dans le repérage des situations les plus à risque de décompensation aigüe.

Au total, le profil des patientes de ce sous-groupe est donc plutôt celui de troubles psychotiques graves, diagnostiqués et traités, associés à une bonne alliance aux soins.

Dans ces situations, les mesures préventives prises par le staff PPP ont échoué au regard de l'instabilité médico-psycho-social de la mère. Rappelons que le risque de décompensation aigüe en post-partum reste élevé pour les patientes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques, même lorsqu'elles sont régulièrement suivies et traitées pendant la grossesse [10]. Toutefois, le travail pluridisciplinaire mené en anténatal a permis le repérage précoce de ces patientes à haut risque de décompensation psychiatrique à qui la durée maximale d'hospitalisation a été proposée. Aussi, l'ajustement de la durée du séjour en suites de couche a permis que la décompensation aigüe soit gérée à l'hôpital et non au domicile. En effet, elle est en moyenne survenue au 5^{ème} cinquième jour après l'accouchement, soit deux jours après le retour théorique au domicile en cas d'accouchement par voie basse ou bien le jour théorique du retour au domicile en cas d'accouchement par césarienne si la durée de leur séjour avait été conforme aux recommandations de la HAS. De tels évènements auraient pu être difficile à gérer pour la famille et dangereux pour le bébé.

Dans ces situations à haut risque de décompensation psychiatrique aigüe, le staff « PPP » permet aussi d'informer les équipes obstétricales et pédiatriques en amont de l'accouchement, de déterminer à l'avance les partenaires à contacter en urgence, et de prévoir le lieu d'hospitalisation le cas échéant. Ces mesures participent à rendre ces évènements moins traumatiques pour les familles et pour les soignants qui y sont confrontés [2] et constituent donc une réussite en terme de prévention secondaire.

1.4.2. Étayage du retour au domicile

Lorsqu'elles sont anticipées, ces mesures sont largement appliquées dans le service des suites de couche (95%). Dans notre étude, le seul cas où la décision n'a pas été appliquée dans le post-partum était lié à un élément indépendant au service de psychiatrie périnatale : la

reconnaissance et l'accueil de l'enfant par son père. Cela constitue une issue positive pour cet enfant qui a pu trouver un caregiver fiable, avec l'impact favorable que cela pourra avoir sur son développement psychoaffectif comme décrit dans la littérature [19].

Les mesures de protection de l'enfance de type Information Préoccupante (n=4) qui ont été mises en place sans avoir été anticipées lors du staff « PPP » concernent les patientes ayant quitté la maternité de manière anticipée contre-avis médical, ce qui témoigne d'un défaut d'alliance aux soins dont les origines sont multifactorielles, comme décrit plus haut.

Les mesures de protection de l'enfance de type signalement au procureur de la République (n=7) ont toutes fait suite à une évaluation négative des capacités maternelles sur une hospitalisation prolongée en suites de couches. Dans ce sous-groupe, du fait de l'adhésion des patientes en anténatal au projet d'hospitalisation prolongée pour évaluation des interactions mère-bébé, aucune mesure de protection de l'enfance n'a été anticipé ni renseignée sur la fiche de synthèse.

Rappelons qu'il est impossible, en France, d'initier une mesure de protection de l'enfance avant la naissance de l'enfant, car le fœtus n'a pas de personnalité juridique. Ces mesures ne sont donc pas prises en anténatal, mais anticipées à l'occasion des discussions pluridisciplinaires et révisées en post-partum en fonction de l'évaluation des interactions mère-enfant. Toutefois, au regard de leur profil, de telles éventualités sont discutées oralement lors des staff « PPP », pour informer les équipes de soins sur les mesures de protection de l'enfance qui pourront être prises en post-partum en cas d'évaluation négative et les sécuriser tant ces situations sont redoutées. Ainsi, ils peuvent être plus contenant et rassurants pour les patientes et les bébés, même lors d'une séparation.

Sur ces sept signalements transmis au Procureur de la République par le service de psychiatrie périnatale, sept ordonnances de placement en urgence ont été délivrées par le parquet des mineurs et ont été appliquées dans les locaux de la maternité.

1.4.3. Évaluation des interactions mère-enfant

Cette mesure est largement appliquée lorsqu'elle a été décidée lors du staff « PPP » (88%), et est aussi souvent mise en œuvre même lorsque le staff « PPP » ne l'a pas préconisé (47%). Cela peut s'expliquer par le fait que notre étude a porté sur les dossiers psychiatriques des patientes et que les observations rédigées par les pédopsychiatres comportent toujours une synthèse de l'évaluation des interactions mère-bébé.

2. Limites et points forts

Ce travail présente un certain nombre de limites. L'une réside dans le caractère rétrospectif du recueil des données, qui ont été collectées au sein des dossiers psychiatriques des patientes, tenus sur papier. Les dossiers obstétricaux et pédiatriques n'ont pas été consultés. Cela a pu conduire à des pertes d'informations et de dossiers contribuant à certaines exclusions. Au vu du temps imparti, il n'a pas été possible de recueillir l'intégralité des dossiers, avec le choix d'étudier une année de fonctionnement sur 2. Un biais de sélection ne peut donc être exclu. En raison du faible effectif de dossier étudié par année, une analyse de l'impact de l'année de réalisation n'a pu être possible.

En revanche, ce caractère rétrospectif a permis d'éviter un effet Hawthorne (amélioration artificielle des pratiques par la connaissance d'une évaluation en cours). Il s'agit aussi d'une démarche qualitative originale, menée de manière exhaustive et rigoureuse sur l'ensemble des dossiers des années sélectionnées, qui permet d'estimer l'étendue et la qualité du travail pluridisciplinaire, habituellement non quantifiable, mené en périnatalité. Ce travail a été mené selon les exigences de la méthodologie MR-004 et enregistré auprès de la CNIL.

V. CONCLUSION

Ce travail a permis de répondre aux objectifs définis en préambule.

D'une part, il ressort de notre étude que les mesures décidées lors des staff « PPP » sont en grande majorité appliquées en post-partum dans le service des suites de couche.

D'autre part, le déroulé du staff « PPP » est conforme aux exigences qualité définies dans la charte pour la sélection des dossiers, et pour la majorité des indicateurs qui doivent être présents sur la fiche de synthèse à l'exception de deux données, ce qui pourrait être amélioré par quelques modifications de la structure de cet outil.

Les situations de décompensations psychiatriques aiguës sont rares dans notre échantillon (3%) et l'objectif clinique de stabilité médico-psycho-social est atteint pour la majorité des patientes (83%). La mesure d'hospitalisation prolongée, qui est très souvent proposée aux patientes à « haut risque médico-psycho-social », est clairement efficace dans la prévention du risque de décompensation et il semble que cette activité gagnerait à être reconnue institutionnellement, par exemple à travers la création d'une unité dédiée aux patientes prises en charge par le service de psychiatrie périnatale dans les services de suites de couche.

Ces résultats témoignent de l'engagement des équipes de soins pour mettre en œuvre des prises en charges ciblées auprès des patientes et du partenariat solide qui existe désormais entre les équipes obstétricales et psychiatriques à la maternité Paule de Viguier. En effet, même lorsque les mesures ne sont pas appliquées en post-partum, le travail pluridisciplinaire anténatal et l'existence de ce dispositif permet de fluidifier et de coordonner les soins auprès de ces femmes et de leurs enfants, en augmentant la réactivité des soignants dans la prise de décision du fait d'une connaissance solide des dossiers des patientes. Les équipes sont alors en capacité de s'adapter rapidement et de manière cohérente à la clinique des jeunes mères, tout en étant sécurisées par le cadre du travail pluridisciplinaire institutionnel.

Toutefois, comme toujours en matière de santé mentale, le travail d'alliance ne doit pas cesser d'être renforcé avec ces patientes dès la période préconceptionnelle, car comme en témoigne nos résultats, un défaut d'adhésion aux soins proposés est souvent au cœur des situations d'échec des mesures préventives.

À l'issue de ce travail, nous avons constaté que les pédiatres sont le plus souvent absents du staff « PPP », alors même qu'ils font partie du quorum de professionnels requis selon la charte et que leur rôle est essentiel dans l'accompagnement des familles à haut risque médico-psycho-social. Nous nous interrogeons sur les motifs de cette absence et sur les moyens qui pourraient être déployés pour favoriser le partenariat avec les services de pédiatrie au sein

de la maternité Paule de Viguier. Cette question fera l'objet d'un travail ultérieur de thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine au CHU de Toulouse. Enfin, le ressenti des sages-femmes et des obstétriciens vis-à-vis de ce dispositif pourrait être interrogé via une étude qualitative, prospective et exploratoire.

Finalement, le dispositif « staff PPP » existant au CHU Purpan à Toulouse démontre que des actions préventives peuvent être menées au niveau local et son évaluation confirme que ce type de prise en charge préventif est efficient dans cette période charnière qu'est la période périnatale, véritable bouleversement pour les femmes vulnérables. Les investissements humains et financiers qui y sont déployés permettent de soutenir les secousses liées à l'arrivée du bébé à travers la création d'un maillage solide, dans lequel le petit enfant pourra être suffisamment bien bordé pour grandir et devenir parent à son tour.

Vu, le Président du jury
de thèse
le 24/09/2020

Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil
E. SERRANO 8/10/2020



BIBLIOGRAPHIE

- [1] J. J. McGrath, J. Hearle, L. Jenner, K. Plant, A. Drummond, et J. M. Barkla, « The fertility and fecundity of patients with psychoses », *Acta Psychiatr Scand*, vol. 99, n° 6, p. 441-446, juin 1999, doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb00990.x.
- [2] J. Dayan, *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- [3] R. A. Power *et al.*, « Fecundity of Patients With Schizophrenia, Autism, Bipolar Disorder, Depression, Anorexia Nervosa, or Substance Abuse vs Their Unaffected Siblings », *JAMA Psychiatry*, vol. 70, n° 1, p. 22, janv. 2013, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.268.
- [4] H. Bundy, D. Stahl, et J. H. MacCabe, « A systematic review and meta-analysis of the fertility of patients with schizophrenia and their unaffected relatives: Fertility in schizophrenia », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 123, n° 2, p. 98-106, févr. 2011, doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01623.x.
- [5] S. N. Vigod *et al.*, « Temporal trends in general and age-specific fertility rates among women with schizophrenia (1996–2009): A population-based study in Ontario, Canada », *Schizophrenia Research*, vol. 139, n° 1-3, p. 169-175, août 2012, doi: 10.1016/j.schres.2012.05.010.
- [6] M. Bydlowski, « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », *Devenir*, vol. 13, n° 2, p. 41, 2001, doi: 10.3917/dev.012.0041.
- [7] A.-L. Sutter, I. Lacaze, N. Loustau, J.-Y. Paulais, et E. Glatigny-Dallay, « Troubles psychiatriques et période périnatale », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 163, n° 6, p. 524-528, juill. 2005, doi: 10.1016/j.amp.2005.06.003.
- [8] I. Jones, P. S. Chandra, P. Dazzan, et L. M. Howard, « Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period », *The Lancet*, vol. 384, n° 9956, p. 1789-1799, nov. 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2.
- [9] A. Di Florio *et al.*, « Perinatal Episodes Across the Mood Disorder Spectrum », *JAMA Psychiatry*, vol. 70, n° 2, p. 168, févr. 2013, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.279.
- [10] I. Jones, P. S. Chandra, P. Dazzan, et L. M. Howard, « Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period », *The Lancet*, vol. 384, n° 9956, p. 1789-1799, nov. 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2.
- [11] R. Wesseloo, A. M. Kamperman, T. Munk-Olsen, V. J. M. Pop, S. A. Kushner, et V. Bergink, « Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis », *AJP*, vol. 173, n° 2, p. 117-127, févr. 2016, doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15010124.
- [12] J. Wendland, « Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature », *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, vol. N° 6, n° 1, p. 5, 2017, doi: 10.3917/cnmi.171.0005.

- [13] G. Blankley, M. Galbally, M. Snellen, J. Power, et A. J. Lewis, « Borderline Personality Disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes », *Australas Psychiatry*, vol. 23, n° 6, p. 688-692, déc. 2015, doi: 10.1177/1039856215590254.
- [14] V. Pare-Miron, N. Czuzoj-Shulman, L. Oddy, A. R. Spence, et H. A. Abenhaim, « Effect of Borderline Personality Disorder on Obstetrical and Neonatal Outcomes », *Women's Health Issues*, vol. 26, n° 2, p. 190-195, mars 2016, doi: 10.1016/j.whi.2015.11.001.
- [15] L. Allister, B. M. Lester, S. Carr, et J. Liu, « The Effects of Maternal Depression on Fetal Heart Rate Response to Vibroacoustic Stimulation », *Developmental Neuropsychology*, vol. 20, n° 3, p. 639-651, déc. 2001, doi: 10.1207/S15326942DN2003_6.
- [16] A. Stein *et al.*, « Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child », *The Lancet*, vol. 384, n° 9956, p. 1800-1819, nov. 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
- [17] A. Stein *et al.*, « Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child », *The Lancet*, vol. 384, n° 9956, p. 1800-1819, nov. 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
- [18] A. Bjørnebekk *et al.*, « Development of children born to mothers with mental health problems: subcortical volumes and cognitive performance at 4½ years », *Eur Child Adolesc Psychiatry*, vol. 24, n° 1, p. 115-118, janv. 2015, doi: 10.1007/s00787-014-0625-9.
- [19] K. Bergman, P. Sarkar, V. Glover, et T. G. O'Connor, « Maternal Prenatal Cortisol and Infant Cognitive Development: Moderation by Infant–Mother Attachment », *Biological Psychiatry*, vol. 67, n° 11, p. 1026-1032, juin 2010, doi: 10.1016/j.biopsych.2010.01.002.
- [20] A. Bauer, M. Parsonage, M. Knapp, V. Lemmi, et B. Adelaja, « The costs of perinatal mental health problems », p. 44.
- [21] F. Molénat, « Collaboration médico-psychologique en maternité », 2003. http://campus.cerimes.fr/maieutique//UE-obstetrique/pnp/site/html/plan_perinatalite_preventionsante.pdf
- [22] « PLAN PERINATALITE 2005-2007: humanité, proximité, sécurité, qualité ».
- [23] « Rapport - Circulaire N°DHOS_DGS_O2_6C_2005_300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité ».
- [24] HAS, « Recommandations de bonnes pratiques “préparation à la naissance et à la parentalité” ». 2005, Consulté le: sept. 04, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf.
- [25] « Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité - APHP DAJ ». <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso1o3cnamts-n-2006-151-du-30-mars-2006-relative-au-cahier-des-charges-national-des-reseaux-de-sante-en-perinatalite>.
- [26] M. Laforcade, « RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE », 2016.
- [27] « Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. » <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf

[28] « Alliance francophone pour la santé mentale périnatale – Associations et sociétés pour la santé psychique des parents et des bébés ». <https://alliance-psyperinat.org/>

[29] G. Apter, « La psychiatrie périnatale et l'éthique médicale », *L'information psychiatrique*, vol. 87, n° 7, p. 581, 2011, doi: 10.3917/inpsy.8707.0581.

[30] M. Noonan, J. Jomeen, R. Galvin, et O. Doody, « Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs », *Women and Birth*, vol. 31, n° 6, p. e358-e366, déc. 2018, doi: 10.1016/j.wombi.2018.02.002.

[31] M. B. Dubreucq, « Ressenti des sages-femmes dans la prise en charge en suites de couche des patientes ayant une maladie psychiatrique: une analyse qualitative », p. 45.

[32] Y. L. Hauck, G. Kelly, M. Dragovic, J. Butt, P. Whittaker, et J. C. Badcock, « Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health », *Midwifery*, vol. 31, n° 1, p. 247-255, janv. 2015, doi: 10.1016/j.midw.2014.09.002.

[33] N. Presme, P. Delion, et S. Missonnier, *Quelles transmissions autour des berceaux?* Toulouse: Érès, 2010.

ANNEXES

Annexe 1

Charte du staff "PPP".

Logo CHU	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Hors Oncologie « Préparation au Post-Partum » CHARTE DE FONCTIONNEMENT
----------	--

Date	1 ^{er} février 2016
N° Version	2
Rédigé par	Dr Ludivine Franchitto, relu Virginie Gardette
Validé par	

Les pôles femme-mère-couple (service d'obstétrique) et de psychiatrie (service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) du CHU de Toulouse s'engagent en partenariat dans une action d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients par la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire hors oncologie.

1. Le Dr Ludivine FRANCHITTO, pédopsychiatre est responsable de l'organisation des réunions de la RCP hors oncologie. Elle a été désignée en 2011 en accord avec le Pr Olivier Parant et le Dr Caroline Simon Toulza, gynécologues-obstétriciens et copilotes de la RCP.

Ses fonctions dans le cadre de cette RCP sont d'organiser les séances de RCP et leur suivi :

- Recenser les dossiers à présenter en RCP avant chaque réunion
- Informer la patiente, et son conjoint si possible, de la soumission du dossier à la RCP
- Prévenir via son secrétariat les professionnels membres « permanents » de la RCP et convier le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées
- S'assurer de la réalisation d'un compte-rendu de la RCP pour chaque patiente
- S'assurer de l'ajout du compte-rendu de RCP au dossier médical de chaque patiente
- S'assurer du retour oral à la patiente, et son conjoint, dans de brefs délais
- Faire un retour des décisions prises en RCP aux professionnels non présents
- Réaliser un bilan annuel de la RCP (suivi et évaluation de la RCP) en collaboration avec les copilotes et le soumettre aux participants

2. La RCP hors oncologie est mise en œuvre à compter d'avril 2011, avec une périodicité mensuelle. La planification des réunions est établie de manière annuelle, toujours au même créneau horaire. La durée des réunions est de 45 minutes. Elles se déroulent les troisième

jeudis du mois, de 12h30 à 13h15, salle de réunion des urgences au RDC de la maternité Paule de Viguier.

3. Le quorum de spécialités requis est :

Obstétrique, Pédopsychiatrie, Pédiatrie,

Le quorum de catégories professionnelles requis est :

Médecin, Sage-femme, Psychologue, Assistante sociale, Secrétaire

Liste des professionnels médicaux participant à la réunion :

Pr Parant, Dr Simon Toulza, Dr Guyard Boileau, Dr Brazet, Dr Groussoles, Dr Hastoy, Dr Tournemire, Dr Alcayde, Dr Franchitto, Dr Féblot, Mme Denis, Mme Fleury, Mme Delon et Mr Jamet (sages-femmes)

+/- sages-femmes de PMI, psychiatres, médecins de PMI, invités ponctuels

Liste des professionnels paramédicaux participant à la réunion :

Mme Cottin, Mme Azémar Hopker, Mme Ferreira, Mme Romagnani

4. Modalités de sélection des dossiers patients :

Les dossiers concernés par la RCP sont les suivants :

- Dossiers de femmes enceintes dans le 3^{ème} trimestre de grossesse
- Dans des situations psycho-socio-médicales complexes et intriquées
- Susceptibles d'influer sur la qualité de leurs soins et sur l'accueil du bébé :
 - o Présentant une pathologie psychiatrique aigüe ou chronique
 - o Présentant une fragilité de personnalité/une vulnérabilité importante
 - o Présentant un isolement ou des conflits relationnels majeurs
 - o Traitées par psychotropes pendant plusieurs mois de la grossesse
 - o Présentant une addiction mal ou non contrôlée
 - o Présentant une intrication entre troubles somatiques et psychiques

Les professionnels présentant le dossier sont :

- les médecins prenant en charge le patient
- et/ou autres professionnels impliqués dans sa prise en charge actuelle et à venir

Les modalités de présentation sont :

- Le gynécologue obstétricien ou la sage-femme référent de la grossesse présente la situation obstétricale
- Les professionnels de l'équipe de psychiatrie périnatale présentent la situation psychologique, psychiatrique et sociale
- Le pédiatre expose les risques potentiels pour le nouveau-né selon les traitements ou substances consommés pendant la grossesse

Le cadre sage-femme fait le point sur la faisabilité médicale et administrative des propositions d'adaptation personnalisée des soins en péri-partum (durée d'hospitalisation maximale, présence de père, étayage par les équipes etc...)Le nombre de dossiers présentés par réunion : 5 en moyenne

5. Analyse du dossier et déroulement des réunions :

Pour chaque dossier présenté en RCP, une décision collégiale établit le plan de soin le plus adapté à la patiente et au bébé sur la base des recommandations scientifiques existantes relatives à la prise en charge psychiatrique et pédopsychiatrique en périnatalité (plan périnatalité 2005-2007, conférence de consensus stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés 2004, conférence de consensus NICE sur grossesse et psychotropes) et toute nouvelle référence scientifique pertinente le cas échéant.

A l'issue de la RCP, une fiche de synthèse est rédigée (cf exemple) et apposée dans le dossier obstétrical et dans le dossier pédopsychiatrique (papiers pour le moment). Y sont mentionnés :

- le nom de la patiente et du père du bébé le cas échéant
- la date de la RCP
- le projet de soins et la proposition thérapeutique définis collégialement:
 - o Les personnes à prévenir à l'accouchement et par qui
 - o L'accouchement (modalités particulières d'accompagnement de la mère)
 - o Les suites-de-couches (surveillance et soins spécifiques du bébé et de la mère)
 - o L'ajustement de la durée d'hospitalisation proposée en suites-de-couches
 - o L'étayage nécessaire envisagé pour le retour à domicile
- le nom du rédacteur de la fiche de synthèse
- les noms et qualifications des participants à la RCP
- le nom et qualité des personnes impliquées dans les soins, présents ou non
- le nom de la personne en charge d'informer la patiente des décisions prises
- les modalités de cette information (en consultation le plus souvent)
- le nom du professionnel chargé d'assurer le suivi des décisions prises

Si le traitement effectivement délivré diffère de la proposition de RCP, les raisons doivent être argumentées par le médecin prenant en charge le patient et inscrites dans le dossier patient.

6. Modalités de traçabilité et archivage

Durant chaque réunion de la RCP, le secrétariat assure la traçabilité des participants à la réunion, des patients dont les dossiers sont évalués, et la décision prise, est tenue à jour par le secrétariat. Ce document est transmis à tous les membres permanents de la RCP et aux membres invités et permettra une traçabilité en vue du DPC.

7. Evaluation de la RCP

Une évaluation régulière de la RCP est réalisée par le Dr Franchitto, le Pr Parant, le Dr Simon-Toulza et Mme Maria Denis, rédigée par l'équipe de psychiatrie périnatale (Dr Franchitto, médecin référent) et présentée aux participants pour discussion.

Toulouse, le 1^{er} février 2016,

Fiche de synthèse utilisée lors des staff "PPP".

TRANSMISSIONS STAFF PREPARATION DU POST-PARTUM

A l'attention des Equipes de Suivi de Grossesse, des Urgences,
de la Salle de Naissance et des Suites de couche
(Faire suivre)

ETIQUETTE PATIENT

Dossier présenté au Staff PPP le :

Document rempli par :

Identité : Mère : Père :	Situation conjugale / entourage :
Grossesse en cours : - Terme : - Parité : - Complications obstétricales :	Antécédents Obstétricaux : Antécédents Psychiatriques :

Suivi spécialisé en cours :

Traitement en cours :

Professionnels	NOM - Téléphone	Présent ce jour ou prévenu	A contacter en SDC Par qui ?
<ul style="list-style-type: none"> - Gynéco-obst. - Sage-femme - S.F. domicile/prépa /HAD/PMI - Pédopsy/Psychologue - Psychiatre - Assistante sociale - Pédiatre/PMI - Médecin traitant - Autres 			

CONDUITE A TENIR

- **A L'ACCOUCHEMENT :**

- **POUR LE BEBE :**

- **EN SUITES DE COUCHE :**

**PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES A HAUT RISQUE MEDICO-PSYCHO-SOCIAL :
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE D'UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE AU
CHU DE TOULOUSE.**

Directrice de thèse : Docteur Ludivine FRANCHITTO

Lieu et date de soutenance : Faculté de médecine de Toulouse – 23 octobre 2020

Objectifs. – Évaluer l'efficacité d'une réunion de concertation pluridisciplinaire créée en collaboration entre une équipe de psychiatrie périnatale et les professionnels d'une maternité de niveau 3, dont le but est de préparer l'accouchement et le post-partum de femmes enceintes à haut risque médico-psycho-social. I) Décrire la population adressée à ces réunions pluridisciplinaires. II) Étudier le fonctionnement de ces réunions. III) Étudier la concordance entre les décisions prises en anténatal et les prises en charge effectives à l'accouchement et durant le séjour en suites de couches.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective de cohorte portant sur 140 dossiers présentés en réunion pluridisciplinaire au cours des années 2012, 2014, 2016 et 2018. Les fiches de synthèse élaborées à l'issue de ces staffs ont été consultées, ainsi que les dossiers psychiatriques des patientes.

Résultats. – La sélection des dossiers est conforme dans 98% des cas et la traçabilité des informations dans la fiche de synthèse est supérieure à 80% pour la moitié des indicateurs de processus. Le taux de conformité global entre les décisions prises en réunion et leur mise en œuvre en post-partum est de 68%. Les décompensations aiguës psychiatriques et les signalements ont pu être anticipés.

Conclusion. – Ce dispositif est efficient dans le repérage précoce des situations à risque. Les décisions prises lors des réunions pluridisciplinaires en anténatal sont en majorité appliquées en post-partum dans le service des suites de couches. Dans les cas où elles ne sont pas appliquées, le dispositif offre une grande réactivité aux professionnels en post-partum.

Preventive staff meetings in maternity ward for women at high medico-psycho-social risk: qualitative study between 2012 and 2018.

Objective. – To assess the effectiveness of a multidisciplinary consultation meeting created in collaboration between a perinatal psychiatry team and professionals from a level 3 maternity hospital, whose purpose is to prepare the delivery and postpartum of pregnant women at high medico-psycho-social risk. I) Describe the population addressed at these multidisciplinary meetings. II) Study the functioning of these meetings. III) Assess the concordance between the decisions made in antenatal care and the actual management of the delivery and postpartum care.

Methods. – This is a retrospective study of 140 files for which the opinion of the multidisciplinary meeting was requested in the years 2012, 2014, 2016 and 2018. We looked at the psychiatric files of the patients, as well as the summary sheets written after staff meetings.

Results. – The selection of files is compliant in 98% of cases and the traceability of information in the summary sheet is over 80% for half of the process indicators. The overall compliance rate between the decisions taken at meetings and their implementation in the post-partum period is 68%. Acute psychiatric episode and reporting could be anticipated.

Conclusion. – This multidisciplinary consultation meeting is efficient in the early detection of risk situations. The decisions taken during the multidisciplinary meetings in antenatal care are mostly applied postpartum in the Maternity Ward. In cases where they are not applied, the system offers great reactivity to postpartum professionals.

MOTS-CLÉS : Périnatalité / Pluridisciplinarité / Santé mentale / Prévention / Démarche qualité / Toulouse

KEYWORDS : Perinatal / Multidisciplinary / Mental illness / Prevention / Quality control / Toulouse

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialité PSYCHIATRIE

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse