

# CONDUITES SUICIDAIRES AU COURS DE LA MATERNITÉ

Si les conduites suicidaires au cours de la maternité sont relativement rares, le suicide est désormais considéré comme la principale cause de décès maternel, notamment durant le post-partum. Or, il existe fréquemment des facteurs de risque prédisposants et précipitants dont l'identification peut permettre d'élaborer des mesures préventives efficaces.

**Séverine Bouchiat-Couchouron\***, **Marie-Caroline Geraud-Welby\*\***, **Lionel Caillet\*\*\***, **Patrick Adam\***, **Michel Walter\*\*\*\***

\* Service de psychiatrie, hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre, 29240 Brest Armées. \*\* Intersecteur de psychiatrie périnatale, hôpital de Bohars, CHU de Brest, 29820 Bohars. \*\*\* Hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre, 29240 Brest Armées. \*\*\*\* Service hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et de psychologie médicale-secteur 1, hôpital de Bohars, CHU de Brest, 29820 Bohars, France.  
[bo.severine@laposte.net](mailto:bo.severine@laposte.net); [michel.walter@chu-brest.fr](mailto:michel.walter@chu-brest.fr)

**M**algré l'accroissement des pathologies mentales sévères en période post-natale (en comparaison avec d'autres périodes de la vie d'une femme), le suicide est un événement rare lors de la gravido-puerpéralité.

Pour certains auteurs, les jeunes mères se suicideraient jusqu'à 6 fois moins lors de la première année par rapport aux femmes de même âge non enceintes.<sup>1</sup> Pour d'autres, le risque suicidaire après la naissance d'un enfant serait divisé par deux, comparé à celui des femmes en âge de procréer.<sup>2</sup>

La présence du bébé, durant la période du post-partum et jusqu'à 6 mois, protégerait donc la mère de l'émergence d'idées suicidaires ou de passage à l'acte. Le sentiment d'utilité et de responsabilité à l'égard du bébé constitue un important facteur protecteur. Lorsque ce dernier grandit, cet effet diminue.<sup>3</sup>

Cet aspect protecteur de la maternité est encore plus présent durant la grossesse, avec un taux de suicides au plus bas variant, selon les enquêtes, de 1/3<sup>4</sup> à 1/20<sup>e</sup> du taux observé parmi la popula-

tion de femmes non enceintes de même âge.<sup>1</sup> Ainsi, le dernier recensement britannique relève 4 fois moins de suicides durant la grossesse que pendant le post-partum.<sup>5</sup> Enfin, plus la grossesse avance en mois de gestation, plus rares sont les recours à un tel geste.<sup>6</sup>

Néanmoins, la survenue d'une proportion non négligeable de conduites suicidaires en période périnatale ne manque pas d'interroger les professionnels de santé et la société quant à son caractère d'étrangeté et à l'incompréhension qu'elle suscite.

## Données épidémiologiques

### Suicide et mortalité maternelle

Les morts maternelles sont définies dans la classification internationale des maladies (CIM 10) comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou durant la première année après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée* ». Une limite fixée arbitrairement à 42 jours après la naissance permet de distinguer la mortalité liée à la grossesse de la mortalité maternelle tardive.

Ces décès se répartissent en deux groupes : les décès par causes obstétricales directes, et les décès par causes obstétricales indirectes qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse non due à une cause obstétricale directe, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. Depuis 1997, les pathologies mentales rentrent dans ce dernier cadre et les décès qu'elles sont susceptibles d'engendrer peuvent ainsi être considérés comme ayant un rapport avec la gravido-puerpéralité.

Par ailleurs, le concept de mort maternelle d'origine psychiatrique a été récemment élargi dans les différentes études pour y inclure non seulement le décès par suicide, mais également tout décès survenu à l'occasion ou par le fait d'une pathologie mentale : abus de substance, maladie physique et tout autre incident qui ne se serait pas produit en l'absence d'une maternité.

Cette évolution de la définition a contribué à élargir le champ de la mortalité maternelle et a suscité un intérêt

grandissant pour l'analyse des causes de décès des femmes en cours de grossesse ou en post-partum.

Bien que l'éventualité d'un passage à l'acte suicidaire, abouti ou non, soit plus rare lors de la grossesse et du post-partum,<sup>7-9</sup> les suicides seraient la principale cause des décès maternels.<sup>10</sup> Confirmant ces données, les trois dernières enquêtes (de 1994 à 2002) sur la mortalité maternelle en Australie montrent que les maladies mentales sont devenues l'une des principales causes des décès maternels, notamment du fait des suicides.<sup>11</sup> La plus récente revue des publications sur ce sujet montre qu'un décès maternel sur cinq lors du post-partum résulte d'un suicide.<sup>12</sup> De telles données n'ont pas été retrouvées en ce qui concerne la suicidalité au cours de la grossesse.

### Antécédents psychiatriques

La problématique suicidaire du post-partum est remarquable par l'existence d'une forte intentionnalité de mourir<sup>11</sup> ainsi que par l'importante composante psychopathologique qui la sous-tend.<sup>13</sup> Le lien entre suicidalité et troubles psychiques de la gravido-puerpéralité a fait l'objet de nombreuses publications.<sup>12</sup> Il existe notamment une augmentation de la problématique suicidaire au sens large parmi les femmes déprimées<sup>12</sup> ainsi que parmi celles qui abusent des substances toxiques.<sup>8</sup> En 2007, une étude a montré que dans 80 % des cas de suicide maternel, il existait un trouble psychique sous-jacent.<sup>13</sup>

Les pathologies sévères du post-partum imposent une vigilance accrue du fait d'un risque suicidaire clairement démontré :<sup>10, 12, 13</sup> le risque relatif serait multiplié par 70 au cours de la première année.<sup>14</sup> Néanmoins, des troubles moins bruyants mais plus fréquents tels l'anxiété ou les troubles de l'adaptation d'allure dépressive doivent toujours retenir l'attention.<sup>10, 13</sup>

En outre, l'existence d'un antécédent de pathologie mentale sévère, puerpérale ou non, doit susciter une vigilance

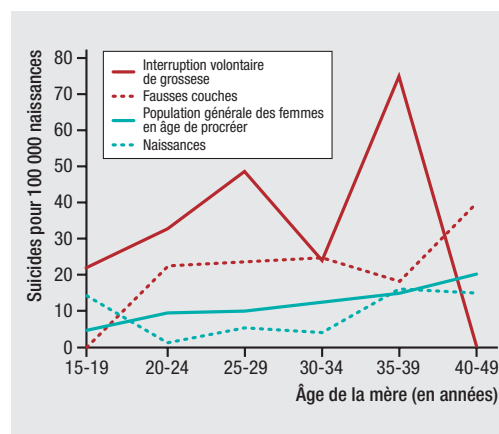
accrue, compte tenu du risque important de récurrence (encore trop souvent sous-estimé). D'après *The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 2000-2002*, 50 % des femmes décédées par suicide avaient un antécédent de pathologie mentale sévère, 25 % lors de leur précédent accouchement.<sup>5</sup> Aussi est-il très important que de tels antécédents soient repérés en période anténatale, ce qui est loin d'être le cas, pour permettre d'évaluer au mieux le potentiel suicidaire ; une fois ce risque reconnu, il importe d'optimiser sa prise en charge psychiatrique.<sup>5</sup>

### Modalités du suicide et période à risque

Contrairement à une idée reçue sur le recours privilégié aux intoxications médicamenteuses volontaires, la grande majorité des femmes (entre 65 et 70 %) qui se suicident meurent de façon violente,<sup>1, 7, 10, 11, 13</sup> très peu décédant d'une surdose de médicaments leur ayant été prescrits.<sup>5</sup> Cela vient renforcer l'idée que la prescription d'un traitement psychotrope, adapté et justifié en regard de la morbidité des troubles psychiatriques du post-partum, n'a pas lieu d'être stoppée ou même retardée par la crainte d'un passage à l'acte potentiellement mortel.

En revanche, le recours fréquent aux psychotropes lors des tentatives de suicide du post-partum laisse penser que ces femmes devaient avoir des antécédents psychiatriques.<sup>7</sup> D'où l'importance de suivre de façon rapprochée les femmes vulnérables sur le plan psychique. Celles qui consomment des psychotropes doivent susciter l'attention des obstétriciens et des psychiatres.

Si la période des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> mois du post-partum est unanimement reconnue comme particulièrement à risque, la survenue fréquente de suicides et de tentatives de suicide existe à distance de l'accouchement, avec un nouveau pic observé à 12 mois.<sup>7</sup> Les patientes ont alors souvent perdu le contact avec les



**FIGURE** Taux de suicides après un avortement ou une fausse couche pour 100 000 naissances en fonction de la classe d'âge comparé au taux de suicide annuel pour 100 000 femmes en Finlande de 1987 à 1994. D'après la réf. 6.

professionnels de la maternité, ce qui implique que ces derniers précisent à la patiente ayant un trouble psychique les modalités concernant le suivi de la prise en charge. Il est impératif également d'informer les femmes qui semblent indemnes de la nécessité de prendre contact avec leur médecin traitant en cas de symptomatologie dépressive. Les pédiatres, particulièrement sollicités par ces jeunes mères au cours de la 1<sup>re</sup> année de l'enfant, ont également un rôle clé dans ce dispositif.<sup>1, 7</sup>

### Situations gravidiques à risque

La plupart des tentatives de suicide par intoxication volontaire médicamenteuse surviennent après la découverte précoce d'une grossesse inattendue,<sup>6, 7</sup> et notamment au cours du 1<sup>er</sup> mois post-conceptionnel, voire du 2<sup>e</sup> mois.<sup>15</sup> Un tel lien n'est pas retrouvé en ce qui concerne l'interruption thérapeutique ou volontaire de grossesse.<sup>7</sup>

Les complications maternelles, telles qu'un travail, un accouchement difficile ou une césarienne, ne font pas l'objet de données consensuelles.<sup>7, 8</sup> Quant à un mauvais pronostic néonatal (naissance prématurée, petit poids de naissance, malformations congénitales), il n'augmenterait pas significativement le risque suicidaire.<sup>7</sup>

En revanche, le décès d'un fœtus ou d'un nouveau-né est fortement corrélé à la survenue d'un risque élevé d'hospitalisation pour tentative de suicide au cours de la 1<sup>re</sup> année suivant l'accouchement (v. figure).<sup>7,16</sup>

Il est à noter que la présence d'autres enfants ne protège pas systématiquement du passage à l'acte.<sup>2,7,10</sup>

## Facteurs de risque suicidaire au cours de la maternité

Tandis que les troubles psychiques chez les femmes devenant mères sont particulièrement fréquents, notamment lors du post-partum, le risque suicidaire diminue, ce qui peut sembler paradoxal. Le sentiment d'être utile à son enfant semble être le facteur protecteur le plus important.<sup>3</sup>

Est-ce à dire que la maternité protège du risque suicidaire ? Admettre l'idée qu'en devenant mère, une femme se trouve statistiquement protégée du suicide, n'est-ce pas confier à l'enfant un rôle de protection particulièrement lourd à porter ?

La maternité est une période sensible qui implique une mobilisation psychique intense. Instant de profonds remaniements psychiques,<sup>17</sup> elle est donc susceptible de faire décompenser les femmes les plus vulnérables. En 1961, Racamier introduit le terme de maternalité pour définir « l'ensemble des processus psychologiques qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité. » Reprenant pour la mère ce qui est décrit habituellement pour l'enfant, cet auteur assimile la naissance à une rupture et à un traumatisme. La maternité ne peut être considérée comme un événement de vie neutre ou sans effet.

### Facteurs liés au terrain

#### Facteurs de vulnérabilité psychiatrique

Le risque que débute un trouble psychique non préexistant ou que décompense un trouble psychotique est rare durant la grossesse. La période du post-

partum constitue, en revanche, un terrain propice à l'expression de cette vulnérabilité psychiatrique,<sup>18</sup> qu'il s'agisse d'une décompensation d'un trouble chronique (trouble bipolaire ou schizophrénique) ou d'un premier épisode aigu en l'absence de tout antécédent psychiatrique.

**Décompensations d'une pathologie psychiatrique préexistante.** C'est le cas des femmes aux antécédents dépressifs ou déprimés dès avant leur grossesse et notamment celles ayant un trouble bipolaire dont le risque de récurrence persiste durant la grossesse et s'accroît durant le post-partum.<sup>19</sup>

De même, la puerpéralité précipite fréquemment la décompensation d'une pathologie psychotique, notamment schizophrénique, déjà connue mais en règle générale stabilisée pendant la grossesse. La symptomatologie schizophrénique et plus particulièrement la discordance maternelle (bizarreries dans le comportement, alternance de désintérêt et de rapprochement excessif de l'enfant soigné de manière aberrante), expliquent que l'adaptation à la maternité soit très souvent sévèrement compromise chez les femmes schizophrènes. Bien que très attachées à leurs bébés, ces mères sont en même temps soumises à des désirs fusionnels avec l'enfant et à des peurs archaïques d'anéantissement et de dévoration par celui-ci, qui peuvent présider à des passages à l'acte auto- et hétéro-agressif ou à des attitudes de mise à distance de l'enfant, à l'origine de négligences et de manque de soins appropriés. Il est nécessaire que le suivi psychiatrique et le traitement psychotrope soient maintenus durant la grossesse et le post-partum.

**Premiers épisodes psychiatriques aigus.** Cette vulnérabilité peut également trouver, dans cette période d'intenses bouleversements psychiques et endocriniens, un terrain propice à sa première expression clinique, notamment au cours des trois premiers mois suivant la naissance.

La fréquence des troubles psychiques du post-partum en témoigne :

– 2 % des femmes consultent un psychiatre dans l'année suivant leur accouchement,<sup>10</sup> la plupart pour des troubles dépressifs modérés, volontiers accompagnés d'anxiété, tels qu'ils peuvent exister en dehors de toute maternité ;

– 10 % des futures mères auront une maladie dépressive, sévère dans un tiers à la moitié des cas ;<sup>20</sup>

– 4 pour 1 000 seront admises dans un hôpital psychiatrique et 2 pour 1 000 se verront attribuer le diagnostic de psychose puerpérale.<sup>10</sup>

**Les états dépressifs non mélancoliques ou dépressions « mineures » du post-partum.** Ils sont fréquents (15 à 20 % des cas) ; ces épisodes dépressifs surviennent dans l'année qui suit l'accouchement et dans les deux tiers des cas dans les 3 à 6 semaines qui suivent l'accouchement avec un deuxième pic de fréquence vers la 10<sup>e</sup> semaine. La symptomatologie fait parfois suite à celle du post-partum blues, voire à une décompensation dépressive sévère survenue en anténatale (40 % des cas).

La réalité clinique de la dépression du post-partum diffère de la théorie du DSM IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*) : aggravation symptomatique le soir, difficultés d'endormissement, labilité émotionnelle, perte d'estime de ses capacités maternelles, anxiété fréquente déplacée vers le bébé, rareté du ralentissement psychomoteur, risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure augmenté.<sup>21</sup>

Ces états dépressifs non mélancoliques du post-partum doivent susciter une attention toute particulière, notamment de la part des médecins généralistes, du fait d'une expression clinique souvent discrète ou atypique volontiers banalisée. Au début des troubles, la mère déprimée se focalise sur son incapacité physique à prodiguer avec plaisir les soins nécessaires à son enfant ; cela vient renforcer la conscience douloureuse d'une défaillance impardonnable. Craignant ainsi d'être jugée ou de décevoir, la mère tend à dissimuler ou à minimiser sa souffrance. Pour l'entourage, comme pour la patiente, il est plus rassurant de

rationaliser ces manifestations autour de la fatigue liée à l'accouchement, d'où l'expression fréquente du souhait de se reposer ou des difficultés de mise en place de l'allaitement. L'éventuel retard diagnostique qui en résulte est un facteur d'aggravation et donc de survenue de conduites suicidaires spécifiques à cette période.

**États thymiques majeurs :**

– les formes mélancoliques : sévères, les décompensations dépressives gravidopuerpérales sont le principal facteur de risque d'émergence d'une crise suicidaire.<sup>14</sup> Les thèmes de culpabilité, classiques dans ce type de pathologie, convergent sur l'enfant et ceux d'indignité et de déshonneur sur la patiente, spécifiquement dans son rôle maternel. S'y ajoutent un émoussement affectif vis-à-vis du bébé et des distorsions cognitives (idées de catastrophe à venir dont la mère se sent responsable). Un suicide, parfois même de type altruiste\*, ou un infanticide sont toujours à redouter, surtout lorsque l'auto-accusation est intense ;

– les formes dysthymiques ou états mixtes, de survenue brutale dans les 15 premiers jours du post-partum, se caractérisent par une agitation psychomotrice incessante, des fluctuations thymiques amples et rapides. Des thèmes mégalo-maniaques se greffent sur un fond dépressif d'allure mélancolique aggravant le risque de passage à l'acte suicidaire ;

– les états maniaques : les passages à l'acte suicidaire s'intégrant dans le cadre d'une conviction de toute-puissance sont rares. L'évolution peut se faire vers une phase dépressive.

**Psychoses délirantes aiguës ou psychoses puerpérales.** Après une phase prodromale (troubles du sommeil et manifestations anxieuses), le délire apparaît dans les trois premières semaines du post-partum avec un pic de fréquence au 10<sup>e</sup> jour. Il se

caractérise par un début brutal, un syndrome confusionnel avec onirisme d'intensité variable, un polymorphisme et une fluctuation sémiologique, des variations intenses de l'humeur, une thématique centrée classiquement sur l'enfant et des rechutes fréquentes et brèves.

La tonalité générale est dominée par un vécu anxieux et dépressif (« délire triste » de Marcé) à thème de persécution avec des phénomènes hallucinatoires psychiques, auditifs mais aussi visuels, englobant l'entourage familial, les proches comme le personnel soignant.

La naissance et la relation à l'enfant sont au cœur de la thématique délirante. L'agressivité envers celui-ci est manifeste ou latente, avec un risque de passage à l'acte.

L'infanticide et/ou le suicide, surtout au début, sont possibles quel que soit le tableau clinique.

L'évolution est variable : tantôt unique (70 % des cas), tantôt récurrent au cours des grossesses ultérieures (20 à 30 %), cet épisode peut également (10 à 15 %) constituer un mode d'entrée dans un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques (trouble bipolaire de type 1), voire un trouble schizophrénique.

**Facteurs de vulnérabilité biographique**

Les abus physiques, notamment sexuels,<sup>22</sup> les carences affectives précoces, les difficultés relationnelles avec sa propre mère sont autant de situations douloureuses susceptibles d'être réactivées par le processus de maternalité.

Un deuil récent peut également gêner le processus d'investissement de l'enfant à venir.

À ces facteurs de risque spécifiques à la maternité s'ajoutent tous ceux communs à la problématique suicidaire en général, tel que la conférence de consensus sur la crise suicidaire s'est attachée à les décrire en 2000.

**Facteurs de stress ou facteurs précipitants**

De nombreux facteurs de stress liés à l'arrivée de l'enfant sont susceptibles de fragiliser un équilibre psychique déjà

précaire. Cela paraît d'autant plus probable que la grossesse a été déniée ou non désirée, voire qu'une interruption volontaire ou médicale de grossesse a été discutée à un moment donné.

La dépendance totale du nouveau-né à sa mère exige une disponibilité de chaque instant, possible par la régression psychique que traverse la mère.

La diminution du temps de sommeil liée au rythme du bébé, la fatigue de l'allaitement, la charge d'autres enfants, l'absence de soutien familial, amical ou social, la faible implication paternelle (voire le départ du père), les difficultés relationnelles avec l'entourage, peuvent majorer une agressivité latente à l'égard du bébé ou de son père et nourrir le sentiment culpabilisant de son incompetence à exercer cette nouvelle fonction, voire favoriser une éventuelle décompensation psychiatrique.

La perte, même transitoire, du statut social peut être vécue douloureusement par certaines femmes ; cela d'autant plus qu'il existe une incertitude quant au maintien du poste lors de la reprise.

La primiparité est également reconnue comme un facteur de risque de décompensation dépressive ou psychotique, notamment du fait du manque d'expérience.

Autant de difficultés que peuvent venir majorer un accouchement difficile ou des complications somatiques maternelles ou néonatales.

La perte de l'enfant est l'un des facteurs de risque les plus importants d'un geste suicidaire durant la période du post-partum.<sup>1</sup>

Un autre facteur de risque fréquemment recherché dans les publications est l'interruption volontaire de grossesse.

En 1997, une étude n'avait pas montré de lien entre suicide et avortement.<sup>23</sup> Une grossesse non désirée, sans possibilité d'avorter, serait même un facteur de risque de suicide,<sup>24</sup> notamment chez les adolescentes. Une telle affirmation n'est pas univoque dans les publications,<sup>25, 26</sup> et certains auteurs pointent les effets délétères, variables selon l'âge,<sup>2</sup> d'un avorte-

\* Altruiste : terme employé par Durkheim pour définir le suicide d'un individu qui, souffrant d'un excès d'intégration à sa société et ne s'appartenant plus en propre, peut en venir à se tuer par devoir : exemple du mélancolique se suicidant pour soulager ses proches des souffrances qu'il suppose leur infliger.

ment sur la santé mentale de ces femmes, sans qu'un lien direct puisse cependant être établi.

Pour les défenseurs de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), ces chiffres relèveraient d'une interprétation fautive de la part de ceux qui s'y opposent. Ils rappellent que le nombre de suicides après avortement est très faible<sup>27</sup> et que les études ne donnent aucune information sur le milieu social des femmes concernées, ni sur les raisons de ces suicides. Or, les femmes qui interrompent une grossesse se trouvent souvent en situation de vulnérabilité familiale et sociale, ce qui explique peut-être cette tendance accrue au suicide plutôt que l'IVG en elle-même.

### Suicide et infanticide

Les suicides maternels s'accompagnent rarement d'un infanticide. En revanche, la plupart des infanticides liés à une maladie psychiatrique sont suivis d'une tentative de suicide « significative » ou aboutie : il s'agit alors souvent d'un suicide altruiste dans le cadre d'un accès mélancolique.<sup>10</sup>

Les cas des suicides en fin de grossesse ou en début de post-partum interrogent plus particulièrement sur la dimension hétéro-agressive et posent la question de les considérer comme de véritables infanticides.

### Conséquences pratiques pour la prévention

Le suicide lors de la maternité est plus rare que durant les autres périodes de la vie d'une femme. Néanmoins, son importante proportion parmi les causes de décès maternels impose une meilleure prise en compte de ses déterminants biopsychosociaux à tous les niveaux. Cela implique notamment :

– une sensibilisation plus importante, non seulement du personnel de psychiatrie mais également d'obstétrique, à l'impact des pathologies mentales et des situations particulièrement douloureuses, telles qu'un deuil périnatal, et à la

## Questionnaire EPDS\* d'évaluation d'un état dépressif

La dépression post-natale est avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

*Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.*

*Voici un exemple : « Je me suis sentie heureuse » :*

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

*Cela signifie : « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler. »*

*Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.*

Pendant la semaine qui vient de s'écouler

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

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 Absolument pas

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

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

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

- 0 Oui, la plupart du temps
- 1 Oui, parfois
- 2 Pas très souvent
- 3 Non, jamais

#### ④ Je me suis sentie soucieuse ou inquiète sans motif

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

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

- 0 Oui, vraiment souvent
- 1 Oui, parfois
- 2 Non, pas très souvent
- 3 Non, pas du tout

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

- 0 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- 1 Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 2 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 3 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

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

- 0 Oui, la plupart du temps
- 1 Oui, parfois
- 2 Pas très souvent
- 3 Non, pas du tout

#### ⑧ Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- 0 Oui, la plupart du temps
- 1 Oui, très souvent
- 2 Pas très souvent
- 3 Non, pas du tout

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

- 0 Oui, la plupart du temps
- 1 Oui, très souvent
- 2 Seulement de temps en temps
- 3 Non, jamais

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

- 0 Oui, très souvent
- 1 Parfois
- 2 Presque jamais
- 3 Jamais

\* EPDS : Edinburgh postnatal depression scale.

morbimortalité lors de la grossesse et de la première année post-natale.<sup>11, 13</sup> La création, en 1998, d'une société savante regroupant professionnels de la psychologie ou de la psychiatrie et de l'obstétrique, la Société MARCE, est un signe de cette évolution ;

– une meilleure coopération entre médecins généralistes, psychiatres et spécialistes de la maternité et de la petite enfance (service de protection maternelle et infantile [PMI]) soutenue par le développement du Réseau de périnatalité, afin d'assurer une cohérence des soins. Il est fondamental que les antécédents de trouble psychique (du post-partum ou pas), notamment de trouble bipolaire, soient connus de tous les intervenants. On estime qu'un quart des suicides pourraient être évités si le risque de récurrence (1/2 à 1/3 en cas d'antécédent puerpéral) au moment du post-partum avait non seulement été identifié, mais également correctement pris en compte ;<sup>5</sup>

– un meilleur dépistage de la dépression du postpartum. L'absence de diagnostic et de traitement de cette pathologie, particulièrement fréquente (15 % des jeunes mères), affecte non seulement le maternage, mais favorise également un éventuel passage à l'acte suicidaire. Les recommandations de bonnes pratiques incluent : le dépistage de la dépression (notamment grâce à une échelle spécifique EPDS [*Edinburgh postnatal depression scale*] dont la validité a fait l'objet de récentes études), durant toute l'année post-partum et de mettre au point un fort réseau d'orientation vers les services de psychiatrie (v. encadré) ;<sup>21</sup>

– une prise en charge optimale des troubles dépressifs du per-partum. Une revue des publications de plus en plus nombreuses sur les conséquences d'une dépression non traitée sur la future mère et sur le développement du fœtus suggère que l'absence de traitement est associée à un plus mauvais pronostic fœtal et à un plus grand risque de morbidité maternelle, y compris par idéation suicidaire ou tentative de suicide et de

dépression du post-partum. Autrement dit, il y aurait un plus grand risque pour le fœtus à ne pas traiter une dépression durant la grossesse qu'à la traiter ;<sup>28</sup>

– une prise en charge optimale du trouble bipolaire, dont le risque de récurrence reste élevé durant la grossesse,<sup>29, 30</sup> et s'accroît durant le post-partum.<sup>19</sup> Chez les patients ayant un trouble bipolaire, les passages à l'acte suicidaire se produisent le plus souvent lors d'épisodes dépressifs ou d'états mixtes. Les femmes, plus enclines aux cycles rapides et aux états mixtes, constituent donc une population particulièrement à risque suicidaire.<sup>30</sup> Les décisions thérapeutiques, idéalement prises avant la conception, doivent mesurer l'intérêt d'une prophylaxie et d'un traitement des épisodes aigus du trouble bipolaire chez la mère par rapport au risque d'effets néfastes (notamment tératogènes) pour l'enfant. Il faut tenir compte des dangers potentiels qu'une mère à l'humeur instable, non ou mal traitée, fait courir au nouveau-né.<sup>19</sup> Or, certains psychiatres ou gynécologues sont trop peu informés du rapport risques-bénéfices pour prendre la décision de prescrire un médicament psychotrope pendant la grossesse, laissant les femmes enceintes vulnérables, exposées à des rechutes de troubles psychiatriques sévères. L'arrêt brutal d'un traitement par stabilisateur de l'humeur est ainsi associé à un risque plus grand de rechute précoce et peut contribuer à un risque de suicide plus important. Les professionnels de santé peuvent s'informer auprès du Centre de référence sur les agents tératogènes ([www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)) ;

– un meilleur accompagnement des mères psychotiques, notamment souffrant de schizophrénie : outre la gestion du traitement psychotrope, le rôle plus spécifique du psychiatre est de favoriser une alliance thérapeutique, d'améliorer l'adhésion aux soins, d'aider la patiente et son entourage à identifier les signes précoces de rechute et de les soutenir si des facteurs de stress supplémentaires apparaissent. Lorsqu'une

rechute survient, la bonne qualité de la relation thérapeutique et du réseau de soutien sont des facteurs de meilleur pronostic diminuant un risque de passage à l'acte.<sup>19</sup> Le psychiatre qui suit la patiente doit travailler en collaboration avec l'équipe de gynéco-obstétrique, la PMI et/ou l'unité mère-bébé éventuellement sollicité(s) pour accueillir la mère et l'enfant. « *Le travail auprès de cette dyade, dont chacun des membres a besoin d'être soutenu et protégé, visera à maintenir, si possible, un lien, en le rendant tolérable, grâce à l'aménagement d'une distance apte à diminuer l'angoisse et d'un environnement vécu comme un prolongement et non dans une relation de rivalité. Il est important que ce lien soit régulièrement rediscuté et réaménagé au fur et à mesure, c'est-à-dire en fonction de l'évolution de la dyade. Le lien symbolique est à entretenir, même s'il n'y a pas toujours de contact réel. Séparer l'enfant de façon systématique à visée "préventive", sans préserver ce lien symbolique, équivaut à nier le vécu de la grossesse et à gommer la perception que la mère et l'enfant ont l'un de l'autre. Vouloir au contraire préserver la relation à tout prix, sans aucune prise en charge, rend le lien déstabilisant pour les deux protagonistes.* »<sup>17</sup> Enfin, des visites à domicile peuvent également être mises en place.

## Conclusion

Les conduites suicidaires au cours de la maternité sont peu fréquentes. Une raison au moins implique que l'on s'y intéresse cependant : elles occupent l'un des premiers rangs parmi les causes de décès maternels. Prendre la mesure de cette réalité épidémiologique ainsi que des principaux facteurs déterminants de cette problématique paraît d'autant plus important que la mise en place de mesures préventives simples peut permettre d'éviter un drame, pour peu qu'on l'ait suspecté... •

## SUMMARY Suicidal crises at the time of motherhood

In collective imagination, motherhood cannot be but a source of joy and self-fulfilment for a woman. Nevertheless, we are reminded by the frequency and/or the severity of some psychic troubles during pregnancy and postpartum that such a phase, so specific in the psycho-affective development of the woman, can be a challenge for the woman going through it, some women will go as far as contemplating death after having given life. In the 2000 consensus conference on the suicidal crisis, there is not a single chapter though devoted to suicide problems amongst women becoming mothers. It is true that suicide at motherhood is not so frequent as during other times in a woman's life. Nevertheless, it is a not so negligible contributor to mothers' mortality at the times of pregnancy and post delivery, being even, according to some authors, the main cause of mothers' mortality. A better knowledge of epidemiology of suicidal crisis at the time of motherhood, of its precipitating and preparing factors, seems to be required so that preventive measures can be taken for the benefit of the personnel – either psychiatrists, obstetricians

or midwives – in charge of those suicidal women. The British and Australian authors seem to be particularly involved in the prevention of such an event "above all dramatic" which, as unfrequent as it may be, cannot leave us indifferent....

## RÉSUMÉ Conduites suicidaires au cours de la maternité

Dans l'imaginaire collectif, la maternité ne peut être que source de joie et d'épanouissement pour une femme. Pourtant, la fréquence et/ou la gravité de certains troubles psychiques de la grossesse et du post-partum rappellent que cette phase si spécifique du développement psychoaffectif de la femme peut mettre à l'épreuve celle qui la traverse; certaines iront jusqu'à envisager la mort après avoir donné la vie. Dans la conférence de consensus sur la crise suicidaire publiée en 2000, pas un seul chapitre n'est consacré au problème du suicide parmi les femmes devenant mères. Il est vrai que le suicide au cours de la maternité reste moins fréquent que durant d'autres périodes de la vie d'une femme. Néanmoins, il apparaît

responsable d'une part non négligeable de décès maternels durant la grossesse et le post-partum et serait même désigné par certains auteurs comme la principale cause de décès maternel durant cette période. Une meilleure connaissance de l'épidémiologie du suicide au cours de la maternité, de ses facteurs prédisposants et précipitants semble nécessaire pour que des mesures préventives puissent être prises par les personnels de santé (psychiatres, obstétriciens ou sages-femmes) ayant à prendre en charge ces femmes suicidaires. Les auteurs britanniques et australiens semblent particulièrement impliqués dans la prévention d'un tel drame qui, si peu fréquent soit-il, ne peut laisser indifférent.

---

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

---

## RÉFÉRENCES

1. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *Br J of Psychiatry* 1991;302:137-40.
2. Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-1994: register linkage study. *BMJ* 1996;313:1431-4.
3. Appleby L. Suicidal behaviour in childbearing women. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:107-15.
4. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry* 1997;154:122-3.
5. Oates M. Deaths from suicide and other psychiatric causes. Chapter 11A. [www.cemach.org.uk](http://www.cemach.org.uk)
6. Czeizel AE, Timar L, Susanszky E. Timing of suicide attempts by self-poisoning during pregnancy and pregnancy outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;55:39-45.
7. Schiff MA, Grossman DC. Adverse perinatal outcomes and risk for post partum suicide attempt in Washington state, 1987-2001. *Pediatrics* 2006;118: 669-75.
8. Gandhi SG, Gilbert WM, Ms Elvy Ss, EL Kady D. Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstet gynecol* 2006;107:984-90.
9. Appleby L, Turnbull G. Parasuicide in the first postnatal year. *Psychol Med* 1995;25:1087-90.
10. Oates M (member of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths). Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull* 2003;67:219-29. *Br J Psychiatry* 2003;183:279-81 (publié à partir de The sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom "Why Mothers Die? 2000-2002".
11. Austin MP, Kildea S, Sullivan E. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Med J Aust* 2007; 186:364-7.
12. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives Women's Mental Health* 2005;8:77-87.
13. Mc Gowan I, Sinclair M, Owens M. Maternal suicide : rates and trends. *RCM Midwives* 2007;10:167-9.
14. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998;173:209-11.
15. Sein Anand J, Chodorowski Z, Ciechanowicz R, Klimaszuk D, Lukasiak-GBebocka M. Acute suicidal self-poisonings during pregnancy. *Przegł Lek* 2005;6:434-5.
16. Lester D, Beck AT. Attempted suicide and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1084-5.
17. Géraud-Welby MC. Remaniements subjectifs au cours de la grossesse et éthique de la procréation. À propos du cas d'une mère psychotique. Thèse de doctorat en médecine, 19 octobre 2005, Brest.
18. Danion-Grillat A, Sibertin-blanc D, Moro MR, Zimmermann MA. De la conception à la naissance - Les troubles psychiques de la grossesse et du postpartum. Site éditeur : université de Rouen, faculté de médecine-pharmacie.
19. Lurson S, Pirson O, Constant E, Seghers A. Prise en charge du trouble bipolaire pendant la grossesse. *Louvain medical* 2006;125:299-310.
20. O'Hara MW, Swain T, Cox J, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset prevalence and duration of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-41.
21. Keromnes-Charreau A. Connaissances, difficultés et attentes des généralistes du Finistère face à la dépression du postpartum. Thèse de doctorat en médecine, Brest 2008.
22. Farber EW, Herbert SE, Reviere SL. Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital-based prenatal clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:56-60.
23. Mitchison S. Suicides after pregnancy. Study did not show association between induced abortion and suicide. *BMJ* 1997;314:902-3.
24. Brockington I. Abortion. In: *Motherhood and mental health*. Brockington I, Kumar R Eds. Oxford: Oxford University Press, 1996:61-3.
25. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:422-7.
26. Reardon DC, Ney PG, Scheuren FJ, Cogle JR, Coleman PK, Strahan T. Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. *South Med J* 2002;95:834-41.
27. Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1995;167:243-8.
28. Bonari L, Bennett H, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2004;50:37-9.
29. Wieck A, Kumar R, Hirst AD, Marks MN, Campbell IC, Checkley SA. Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *Br J Psychiatry* 1991;303:613-6.
30. Elloumi H, Zghal A, Zaghdoudi L, Labbene R. Trouble bipolaire de type 1 : évolution au cours de la grossesse et du post-partum. *Info Psy* 2007;83:183-8.