PRESENTATION DE L'ALLIANCE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE PÉRINATALE : DES ASSOCIATIONS, FEDERATIONS ET SOCIÉTÉS UNIES, CONSTRUCTIVES, EXIGEANTES, POUR UNE POLITIQUE PUBLIQUE DES 1000 JOURS

UNIES

Maman Blues
unafam
UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES
ADESM
ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ MENTALE
FNAAFP/CSF
Fédération de l'aide à domicile
CNSF
Collège National des Sages-Femmes de France
FFRSP
Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
Sip
LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE
AFPA
ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE
Association Nationale des Psychologues pour la Petite Enfance
CNGOF
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
Alliance francophone pour la santé mentale périnatale
Société Française de Pédiatrie
SNUP
adédom
La fédération du domicile
APNDE
Association Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômé(e)s et des Etudiants
FNAPSY
les usagers en santé mentale
La Société Marcé Francophone
AEMP
Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie
ADMR
la référence du service à la personne
FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE
SIPFP
BECO
Groupement d'Intérêt Scientifique
Association WAIMH France
Affiliée à la WAIMH Internationale

Le développement et les 1000 premiers jours : une opportunité de prévention précoce en santé

Umberto Simeoni
Service de pédiatrie et DOHaD Lab, DFME,
CHUV & université de Lausanne, Suisse.
umberto.simeoni@chuv.ch

Programmation développementale
(Developmental Origins of Health and Disease - DOHaD)

Conception — 1000 jours — 2ème anniversaire — Adulte

Variations de l'environnement nomal (psycho-social, nutrition, stress)

Environnement pré- et peri-conceptionnel : comportemental, nutrition parentale, style de vie, toxiques, PMA	Naissance prématurée RCIU surpoids, obésité maternels, diabète gestationnel césarienne Infections	Environnement psycho-social, comportements, nutrition précoce, toxiques, goût, microbiote

→ **Stress, Comportements, Sénescence**

Maladies non-transmissibles
Neuro-psych.
Hypertension
Diabète,
Obésité
Broncho-pulm.
Cancers
Infertilité
Sénescence
Vulnérabilité sociale

Marques épigenetiques :
methylation DNA,modifications des histones
ncRNA

CONSTRUCTIVES

Dix mesures concrètes d'organisation de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge conjointe (parents-bébé) graduée et coordonnée des troubles psychiques en périnatalité

1. Dépister précocement les troubles psychiques ou les antécédents psychiatriques, les addictions, les situations de handicap psychique et les conséquences psychiques de la précarité sociale :

– **En rendant systématique l'entretien prénatal précoce (EPP)** ou en formant l'ensemble des professionnels de la grossesse (généralistes, sages-femmes, gynécologues, obstétriciens) à l'utilisation systématique de deux questions simples concernant l'état thymique de la mère (questions de Whooley) qui permettent l'orientation vers l'entretien prénatal précoce et/ou un psychologue et/ou un psychiatre.

– **En mettant en place l'entretien post-natal précoce (EPNP)**, actuellement en cours d'expérimentation, qui permettrait une évaluation fine de chaque situation et/ou en faisant de l'examen du bébé au deuxième mois une opportunité de repérage des signes de dépression du post-partum à partir des deux questions de Whooley pour déboucher, dans les deux cas, sur la passation de l'*Edinburgh post-natal depression scale* (EPDS) et, en fonction du score à cette échelle, proposer à la patiente un entretien avec un infirmier, un médecin généraliste, un psychologue ou un psychiatre formés.

CONSTRUCTIVES

2. Généraliser les staffs médico-psychosociaux (SMPS) à tous les établissements à autorisation naissance, éventuellement en intégrant dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) un objectif de conventionnement de chacun des établissements avec les services du Conseil départemental concerné, sur la base d'une charte de fonctionnement.

3. Mettre en place des normes d'équipement de ces établissements en psychiatres, en psychologues, en sages-femmes, tous formés à la santé mentale et à la psychiatrie périnatales, sur la base du nombre de naissances et du type (I, II, III) des maternités (en incluant les besoins spécifiques générés par les services de médecine néonatale).

Par exemple, un ETP de psychologue et 0,05 ETP de (pédo)psychiatre de psychiatrie périnatale pour une maternité de 2000 naissances sans médecine néonatale (type 1).

CONSTRUCTIVES

4. Mettre en place :

– **Au niveau national**, un dispositif d'accompagnement, d'évaluation, de suivi et de recherche appliquée.

– **Dans chaque région, un dispositif de recours, sous forme de centre ressources**, de psychiatrie périnatale associant deux psychiatres formés à la (psy)périnatalité, l'un émanant de la pédopsychiatrie, l'autre de la psychiatrie de l'adulte, coordonné, articulé avec le réseau régional de périnatalité, adossé aux unités de soins conjoints hospitalières, s'appuyant sur les unités de soins conjoints ambulatoires et sur un annuaire détaillé des ressources, en particulier libérales.

– **Dans chaque département, un partenariat renforcé et conventionné avec la protection maternelle et infantile**

CONSTRUCTIVES

5. Mettre en place des programmes de formation (initiale et continue) à la santé mentale, à la psychologie et à la psychiatrie périnatales, reposant sur l'état actuel des connaissances, pour les obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, (pédo)psychiatres, psychologues, IDE travaillant en psychiatrie (CMP), sages-femmes, puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, assistants sociaux, etc. et organisés soit par métier, soit en pluri-professionnel, soit préférentiellement en pluri-institutionnel.

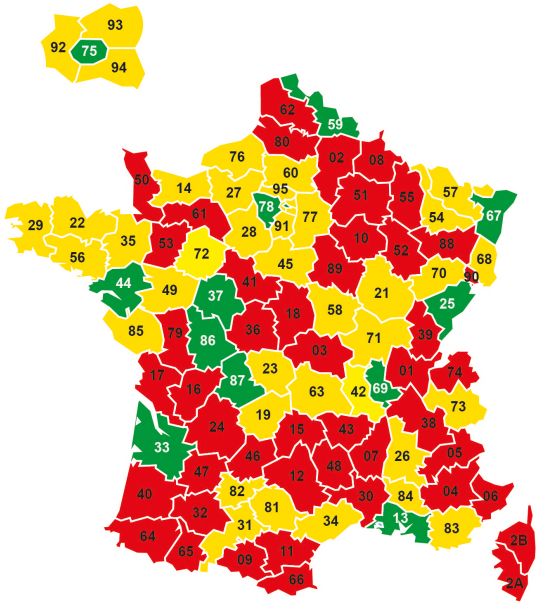
6. Développer dans chaque groupement hospitalier de territoire une filière de psychiatrie et santé mentale périnatales articulant l'ensemble des ressources médico-psychologiques (en psychiatrie comme en obstétrique), la coordination de l'activité des différents professionnels étant confiée à un professionnel formé à la coordination et à la santé mentale périnatale.

CONSTRUCTIVES

7. Développer une offre de soins conjoints (parents-bébé) hospitaliers ou ambulatoires :

- **graduée** de la prévention au soin, de l'exploration des difficultés par un professionnel en périnatalité à une consultation plus spécialisée, de la consultation dédiée en pédopsychiatrie à l'hospitalisation ;

- **coordonnée** à partir de la (pédo)psychiatrie périnatale de liaison dans le cadre d'une filière articulée avec chaque réseau régional de périnatalité.



- Aucun dispositif dédié de soins conjoints
- Un à deux niveaux de soins conjoints
- Tous les niveaux de soins conjoints : HTP (ou HDS), HDJ (ou équipe mobile), consultation

CONSTRUCTIVES

8. Expérimenter des alternatives à l'hospitalisation conjointe (de jour ou à temps plein) dans les unités de soins conjoints hospitaliers, en particulier dans les régions non encore équipées : dispositifs adossés à un service d'obstétrique ou à un service de pédiatrie ou à un service de médecine néonatale ou à un service de psychiatrie, hospitalisation à domicile (HAD) ou équipes mobiles spécialisées.

9. Intégrer la santé mentale et la psychiatrie périnatales dans le parcours de santé de la femme enceinte dans le cadre des programmes de santé régionaux et établir des critères permettant d'en suivre le développement.

10. Favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles par l'établissement de recommandations spécifiques dans le cadre de l'axe pédopsychiatrie du plan pluriannuel de la Haute Autorité de Santé.

EXIGEANTES

Note à la représentation nationale et au Ministre de la santé

1 – Les troubles de l'humeur sont des affections médicales graves qui représentent les complications les plus fréquentes de la période périnatale en France

Bérard A, Abbas-Chorfa F, Kassai B, Vial T, Nguyen KA, Sheehy O, Schott AM. "The French Pregnancy Cohort: Medication use during pregnancy in the French population." PLoS One. 2019 Jul 17;14(7). DOI: 10.1371/journal.pone.0219095

2 – Les premières semaines suivant la naissance sont la période de la vie où le risque de développer une maladie psychiatrique grave, avec ou sans caractéristiques psychotiques, est le plus élevé

Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. "Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period." *Arch Gen Psychiatry*. Feb;66(2):189-95.

EXIGEANTES

Note à la représentation nationale et au Ministre de la santé

3 – En période postnatale, ces maladies sont plus soudaines et plus graves qu'à tout autre moment de la vie

- Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. « Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood ». *J Psychiatry.* 2016 Dec 1;173(12):1179-1188. DOI:10.1176/appi.ajp.2016.16040454
- Kapfhammer HP, Reininghaus EZ, Fitz W, Lange P. « Clinical course of illness in women with early onset puerperal psychosis: a 12-year follow-up study ». *J Clin Psychiatry.* 2014 Oct;75(10):1096-104. doi: 10.4088/JCP.13m08769.

4 – La dépression et les troubles anxieux sont tout aussi courants pendant la grossesse que pendant la période postnatale

- Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EMJ « Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. » *Open Access Maced J Med Sci. 2019 May 14;7(9):1555-1560. doi: 10.3889/oamjms.2019.270*
- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. « Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis.

EXIGEANTES

Note à la représentation nationale et au Ministre de la santé

5 – La maladie psychique maternelle pendant la grossesse et après la naissance est associée à un risque plus élevé d'altération du développement émotionnel, intellectuel, social et physique chez les enfants. Ces troubles chez l'enfant incluent l'anxiété, la dépression, le TDAH, des difficultés d'apprentissage, l'échec scolaire et un risque accru de délinquance

- Liu Y, Kaaya S, Chai J, McCoy DC, Surkan PJ, Black MM, Sutter-Dallay AL, Verdoux H, Smith-Fawzi MC., "Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis", *Psychol Med*.2017;47(4):680-689

6 – Ces effets négatifs apparus pendant l'enfance peuvent persister chez l'adulte

- Sanger C, Iles JE, Andrew CS, Ramchandani PG., « Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review »., *Arch Womens Ment Health*, 2015 Apr. 18(2):147-162.

- Taka-Eilola Nèe Riekki T, Veijola J, Murray GK, Koskela J, Mäki P « Severe mood disorders and schizophrenia in the adult **offspring o**f antenatally depressed mothers in the Northern Finland 1966 Birth Cohort: Relationship to parental severe mental **disorder**. ». *J Affect Disord*. 2019 Apr 15;249:63-72)

EXIGEANTES

Note à la représentation nationale et au Ministre de la santé

7 – Les problèmes de santé mentale de la mère sont repérables et peuvent être traités efficacement. Beaucoup sont prévisibles et évitables (NICE, 2018). Avec un traitement efficace, les répercussions sur les enfants peuvent être évitées (Milgrom *et al.*, 2018)

8A – Le suicide est la cause la plus fréquente de décès maternel de l'accouchement à la fin de la première année

Lommerse K, Knight M, Nair M, Deneux-Tharaux C, van den Akker T. « The impact of reclassifying suicides in pregnancy and in the postnatal period on **maternal** mortality ratios. » *BJOG*. 2019 Aug;126(9):1088-109

8B – Des facteurs de vulnérabilité psycho-socio anténataux augmentent le risque de suicide à l'âge adulte

Orri M, Gunnell D, Richard-Devantoy S, Bolanis D, Boruff J, Turecki G, Geoffroy MC. « In-utero and perinatal influences on suicide risk: a systematic review and meta-analysis. » *Lancet Psychiatry*. 2019 Jun;6(6):477-492)

EXIGEANTES

Note à la représentation nationale et au Ministre de la santé

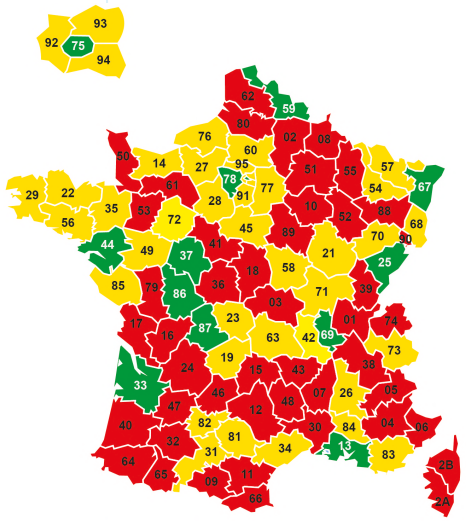
9 – La plupart des suicides de mères en période périnatale au cours des 20 dernières années ont été considérés comme des décès évitables au Royaume-Uni

Enquêtes confidentielles sur les décès maternels, 1998, 2001, 2004, 2007, 2011, 2015.

10 – 75 % des femmes décédées par suicide en Grande-Bretagne vivaient dans des régions où elles n'avaient pas accès à des services de santé mentale périnatale conformes au NICE (équivalent de la Haute autorité de santé française)

MBRRACE (2015) Confidential Enquiry into Maternal Death 2015: Saving Lives, Improving Mothers' Care. https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/mbrrace-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202015.pdf

11 – En France, à part quelques régions qui offrent des soins psychiques conjoints (parents-bébé) coordonnés, gradués et intégrés, la plupart des femmes et des bébés n'ont pas d'accès à un service spécialisé, ni même à des consultations de centre ressource.



■ Aucun dispositif dédié de soins conjoints
■ Un à deux niveaux de soins conjoints
■ Tous les niveaux de soins conjoints : HTP (ou HDS), HDJ (ou équipe mobile), consultation

EXIGEANTES

Note à la représentation nationale et au Ministre de la santé

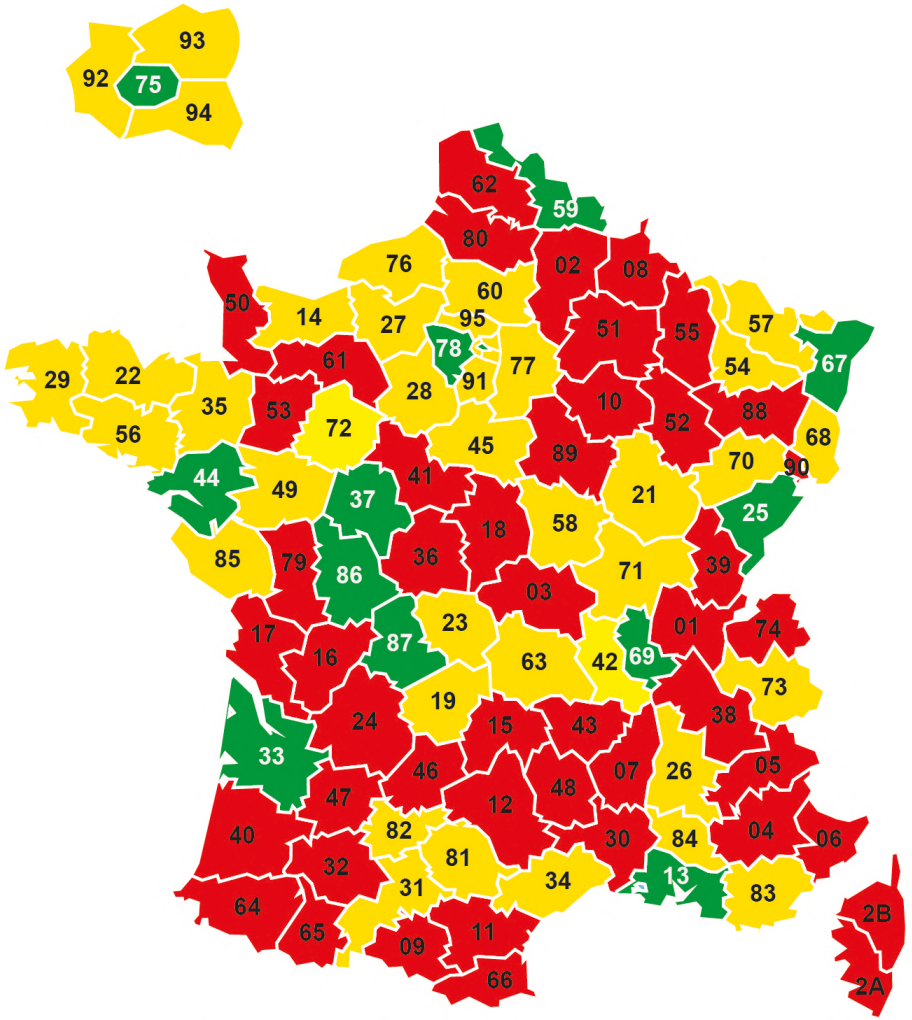
12 – Une étude détaillée menée par la *London School of Economics* (LSE, 2014) a montré que le coût, si les services de soins conjoints n'évoluaient pas, de trois seulement des principaux problèmes de santé mentale périnatals (anxiété, dépression, psychose), resterait de 8,2 milliards de £ par an.

Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B (2014) The Costs of Perinatal Mental Health Problems London School of Economics and Centre for Mental Health

13 – Le coût de la mise en œuvre de l'intégralité des directives de l'équivalent de la Haute autorité de santé française (la NICE) dans ce domaine avait été chiffré à 330 millions de £ par an pour l'ensemble du Royaume-Uni. 365 millions de £ ont été investis entre 2016 et 2020.

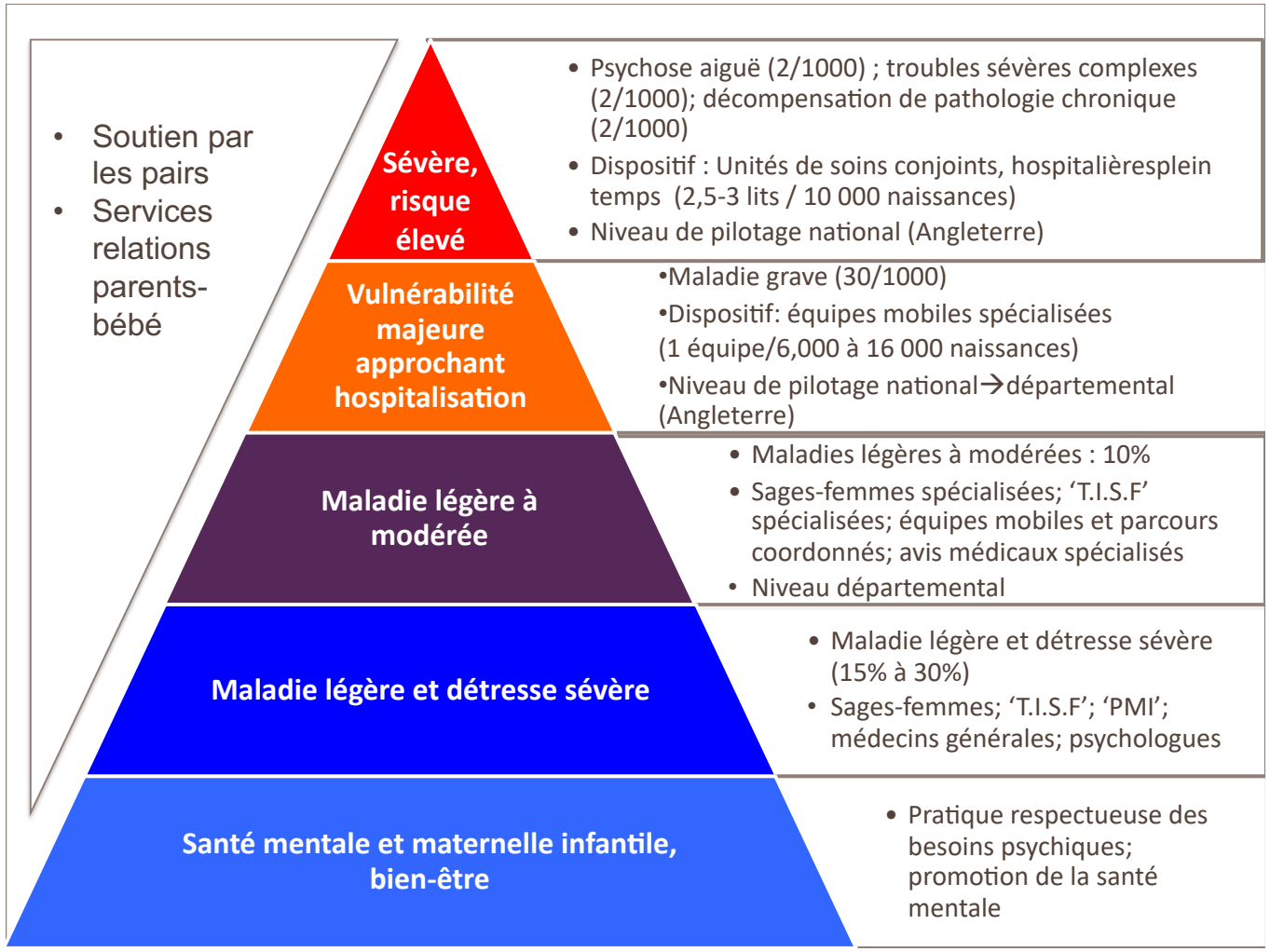
Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B (2014) The Costs of Perinatal Mental Health Problems London School of Economics and Centre for Mental Health

Etat actuel des ressources de soins psychiques conjoints (parents-bébé)
Carte simplifiée et provisoire à faire verdir ensemble le jour d'après



- Aucun dispositif dédié de soins conjoints
- Un à deux niveaux de soins conjoints
- Tous les niveaux de soins conjoints : HTP (ou HDS), HDJ (ou équipe mobile), consultation

Gradation des soins et chiffrage des besoins



Merci à nos amis du Royaume-Uni et de la Global Alliance