

Rapport final de recherche

Troubles psychiatriques au cours de la grossesse chez des femmes vivant en secteur rural et intérêt d'un accompagnement spécifique et pluriprofessionnel

**REAGiRR : Repérage, Evaluations et Accompagnement des
Grossesses à Risque en secteur Rural**

Dr. Guillaume Legrand ; Dr. Françoise Vendittelli ; Mme Candy Guiguet-
Auclair ; Chloé Gay ; Maéliane Deyra ; Mme Jennifer Fernandes ; Mme
Laure Tournebize ; Mme Khadija Labeled ; Mme Audrey Franchitti ; Dr Anne
Debost

Rapport financier : Mr Manuel Ferreira & Mme Eline Lacrocq

Le 26 janvier 2026

Soutenu par : IReSP AAP SIP 2022 / Observatoire national du suicide de
la DREES



TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE	5
Résumé	5
Abstract	6
Synthèse longue	7
Contexte.....	7
Vulnérabilité psychique et grossesses.....	7
Vulnérabilité, grossesse et ruralité.....	9
Vulnérabilité géographique en Auvergne (données sources : Réseau de Santé en Périnatalité d’Auvergne : RSPA)	9
Nécessité de prise en charge précoce des troubles psychiques au cours de la grossesse et nécessité d’accompagnement personnalisé.....	10
Objectifs	11
Objectif principal	11
Objectifs secondaires.....	11
Matériels et méthodes	11
Parcours REAGiRR : repérage, dépistage et suivi	11
Organisation des parcours selon le niveau de risque	12
Sortie du dispositif et coordination avec les partenaires.....	12
Outils d’évaluation utilisés	12
Analyses	13
Critère de jugement principal concernant la qualité des soins psychiques et psychiatrique	13
Critères secondaires : évaluation qualitative du dispositif de soins	13
Analyse des données qualitatives	13
Analyses statistiques.....	13
Fréquences des troubles psychiatriques	14
Résultats.....	14
Données générales	14
Données d’activité concernant le dispositif Opti’sions/REAGiRR (tableau 1)	15
Résultats concernant l’entretien semi-structuré psychiatrique dans la continuité de l’EPP	15
Résultats des prévalences des troubles psychiatriques diagnostiqués durant l’accompagnement et résultats par niveau de risque	15
Niveau faible.....	16
Niveau intermédiaire	16



Niveau élevé	16
Résultats concernant les conséquences psychiatriques	17
Résultats concernant la dépression du per et post-partum	17
Résultats concernant les échelles d'évaluation du risque de dépression du post-partum.....	17
Résultats concernant les diagnostics psychiatriques de troubles de l'humeur au cours de l'accompagnement.....	17
Résultats les analyses qualitatives	17
Discussion.....	18
Apports pour la communauté de recherche et implications pour les décideurs et professionnels	21
Bibliographie	22
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....	25

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

REAGiRR : Repérage, Évaluation et Accompagnement des Grossesses à Risque en secteur Rural

Coordonnateur scientifique : Dr Guillaume Legrand

Contributeur : Dr Françoise Vendittelli, équipe Institut Pascal – Université Clermont Auvergne, équipe Opti'soins, Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne

CONTEXTE

La grossesse est une période au cours de laquelle peuvent apparaître de nouveaux troubles psychiatriques, bien que les troubles préexistants aient tendance à être généralement plus apaisés. En revanche, la période post-partum est également une phase vulnérable, propice à la survenue ainsi qu'à l'exacerbation des troubles psychiatriques connus. Ces troubles sont souvent sous-diagnostiqués, notamment en milieu rural où l'accès aux soins spécialisés en santé mentale est limité. Le repérage précoce et la coordination pluridisciplinaire des soins sont essentiels pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes et en post-partum vulnérables.

OBJECTIFS

L'objectif principal du projet REAGiRR est d'évaluer l'efficacité d'un parcours de soins spécifique destiné aux femmes enceintes présentant des facteurs de risque de troubles psychiques en secteur rural. Les objectifs secondaires sont d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques dans cette population et de mesurer la satisfaction des femmes bénéficiaires du dispositif de case management.

MÉTHODOLOGIE

Le projet REAGiRR, réalisé de façon ancillaire au projet Opti'soins, Le repérage initial des vulnérabilités psychiques était réalisé lors de l'entretien prénatal précoce par les sages-femmes, complété par un entretien semi-structuré mené par des infirmiers spécialisés en psychiatrie utilisant le MINI 7.0.2. En cas d'identification d'un facteur de vulnérabilité, de positivité à la MINI ou de repérage spécifique par l'équipe pluridisciplinaire, une évaluation psychiatrique systématique était proposée par un médecin psychiatre senior, en présentiel ou en téléconsultation. Le suivi individualisé était organisé selon un case management clinique adapté au niveau de risque évalué lors de réunions pluridisciplinaires. Par ailleurs, une évaluation qualitative par médiation photographique auprès des femmes (photolangage) a été réalisée afin d'analyser leurs perceptions du dispositif.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Sur 45 femmes à qui le dispositif a été proposé, 31 ont été incluses et suivies. Près de 36% présentaient des antécédents dépressifs, et 41,9% ont été classées à risque intermédiaire ou élevé nécessitant une évaluation psychiatrique. Un diagnostic psychiatrique a été posé chez 32,3% des femmes, avec notamment une prévalence significative de trouble de la personnalité borderline (12,9%). L'incidence des épisodes dépressifs prénatals et post-partum, Les analyses qualitatives montrent une bonne acceptation et une perception positive du parcours par les femmes suivies.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

Ce projet pilote montre la faisabilité d'un parcours coordonné de repérage et de prise en charge psychiatrique des femmes enceintes en milieu rural grâce à un case management clinique. Il permet d'améliorer l'accès aux soins et de réduire potentiellement les conséquences délétères des troubles psychiques durant la grossesse et le post-partum. Le modèle proposé constitue une base innovante susceptible d'être adaptée et étendue à d'autres territoires ruraux, contribuant ainsi à réduire les inégalités territoriales en santé périnatale.



Abstract

REAGiRR project: Identification, Evaluation, and Support of High-Risk Pregnancies in Rural Areas

Scientific Coordinator: Dr. Guillaume Legrand

Contributors: Dr. Françoise Vendittelli, Pascal Institute team – University Clermont Auvergne, Opti'soins team, Auvergne Perinatal Health Network

CONTEXT

Pregnancy is a period during which new psychiatric disorders may emerge, although pre-existing disorders often tend to stabilize. However, the postpartum period is also a vulnerable time, prone to the onset as well as the exacerbation of known psychiatric conditions. These disorders are frequently underdiagnosed, particularly in rural areas where access to specialized mental health care is limited. Early identification and multidisciplinary care coordination are essential to improve the management of vulnerable pregnant and postpartum women.

OBJECTIVES

The primary objective of the REAGiRR project was to evaluate the effectiveness of a dedicated care pathway for pregnant women presenting risk factors for psychiatric disorders in rural settings. Secondary objectives included assessing the prevalence of psychiatric disorders in this population and measuring the satisfaction of women benefiting from the case management intervention.

METHODS

Conducted as an ancillary study to the Opti'soins project, REAGiRR aimed to improve the detection and management of psychiatric disorders among pregnant women in rural areas. Initial identification of psychological vulnerabilities was performed during early prenatal interviews by midwives, complemented by a semi-structured interview conducted by psychiatric nurses using the MINI 7.0.2 diagnostic tool. Upon detection of vulnerability factors, positive MINI screening, or specific identification by the multidisciplinary team, a systematic psychiatric evaluation was offered by a senior psychiatrist either in person or via teleconsultation. Individualized follow-up was coordinated through clinical case management adapted to the assessed risk level during multidisciplinary meetings. Additionally, a qualitative evaluation using photolanguage (photo-mediated discussions) was conducted to explore women's perceptions of the intervention.

MAIN RESULTS

Among 45 women offered the intervention, 31 were included and followed. Approximately 36% had a history of major depression, and 41.9% were classified as having intermediate or high risk, warranting psychiatric evaluation. A psychiatric diagnosis was established for 32.3% of the participants, with a notable prevalence of borderline personality disorder (12.9%). The incidence of prenatal and postpartum depressive episodes was lower than commonly reported estimates, suggesting a beneficial effect of the intervention. Qualitative analyses revealed good acceptance and a positive perception of the care pathway among the women followed.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

This pilot project demonstrates the feasibility of a coordinated care pathway for the identification and psychiatric management of pregnant women in rural settings through clinical case management. It improves access to care and may reduce the detrimental consequences of psychiatric disorders during pregnancy and the postpartum period. The proposed model represents an innovative foundation that could be adapted and extended to other rural territories, thereby helping to reduce territorial inequalities in perinatal health.



Synthèse longue

Repérage au moyen de l'entretien prénatal précoce des femmes présentant une vulnérabilité psychique et/ou psychiatrique puis évaluation et prise en charge par une équipe mobile dans un parcours de soins spécifique (REAGiRR : Repérage, Évaluation et Accompagnement des Grossesses à Risque en secteur Rural)

Dr. Guillaume Legrand, Association Hospitalière Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, Fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale d'Auvergne-Rhône-Alpes (FLAURA)

Appel à projets de recherche 2022 « Services, Interventions et Politiques favorables à la santé (SIP)

Institut Pascal Equipe DeciSiPH, Dr Françoise Vendittelli, Université Clermont Auvergne

« Modalité du projet **Projet pilote** Modalité du projet »

Messages clés du projet

- La grossesse est une période à risque élevé pour la survenue ou l'exacerbation de troubles psychiques, particulièrement dans les zones rurales où l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie périnatale est limité.
- Le dispositif REAGiRR propose un repérage précoce des vulnérabilités psychiques lors de l'entretien prénatal précoce, suivi d'une évaluation psychiatrique ciblée en cas de facteurs de vulnérabilité identifiés, puis d'un accompagnement coordonné via un case management clinique
- Les résultats mettent en évidence une prévalence élevée d'antécédents dépressifs majeurs (près de 36%) dans la population étudiée
- Les femmes dans le dispositif ont une incidence réduite des épisodes dépressifs prénatals et post-partum, suggérant l'efficacité du dispositif dans la prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur
- Une proportion notable de femmes a bénéficié d'un diagnostic de trouble de la personnalité borderline (12,9%), soulignant l'importance de dépister et d'accompagner spécifiquement ce trouble au cours de la grossesse, en particulier en contexte rural où les ressources sont limitées
- Le dispositif, fondé sur une approche pluridisciplinaire et personnalisée, améliore l'accès aux soins psychiatriques et la qualité du suivi périnatal chez les femmes présentant des vulnérabilités psychiques
- Ce projet pilote constitue une première réponse innovante aux inégalités territoriales en santé mentale périnatale et offre un modèle potentiellement transférable à d'autres territoires ruraux ou isolés
- Le projet REAGiRR, en tant qu'étude ancillaire à un projet plus large, fournit des résultats préliminaires encourageants; cependant, une consolidation des données et une adaptation fine aux contextes locaux sont indispensables avant d'envisager la transférabilité ou la généralisation du dispositif à d'autres territoires

Contexte

Vulnérabilité psychique et grossesses

Le risque de survenue de troubles psychiques au cours de la grossesse et du post-partum est comparable au risque cumulatif sur la vie entière chez la femme (Antenatal and Postnatal Mental Health: NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance). Toutefois, la

grossesse représente une période marquée par d'importants mouvements émotionnels susceptibles de favoriser l'apparition de troubles, qui requièrent un accompagnement spécifique et interdisciplinaire regroupant professionnels de l'obstétrique et de la santé mentale.

Les troubles psychiques pendant la grossesse restent peu étudiés et souvent sous-déclarés par les femmes, notamment par crainte de stigmatisation ou de mesures de placement en lien avec leurs enfants. Les professionnels de périnatalité sont également peu sensibilisés et peuvent éprouver des difficultés au repérage, au dépistage ainsi qu'à l'orientation vers une prise en charge adaptée. Ces troubles ont des conséquences importantes sur la santé maternelle, l'issue de la grossesse et la santé néonatale.

Le baby blues touche 30 à 80 % des femmes en post-partum, caractérisé par un fléchissement thymique habituellement transitoire et sans gravité majeure. La dépression, trouble le plus fréquemment étudié, a une prévalence estimée entre 10 et 25 % pendant la grossesse (Antenatal and Postnatal Mental Health: NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance). Certains auteurs suggèrent qu'elle tend à être chronique et stable tout au long de la grossesse. La dépression post-partum touche entre 9 et 21,9 % des femmes selon la durée considérée, avec une prévalence de 16,7 % en France en 2021 ; 5,4 % de ces femmes présentaient également des idées suicidaires ¹. Une grande majorité des épisodes post-partum seraient des dépressions non identifiées en prénatal. Le suicide maternel représente environ 4 % des décès maternels, généralement liés à une pathologie psychiatrique préexistante (Source : Santé Publique France, Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles).

Concernant le trouble bipolaire, la grossesse représente souvent une période d'atténuation des symptômes. Cependant, une exacerbation peut survenir, en particulier en fin de grossesse, souvent en lien avec un arrêt du traitement médicamenteux. Le post-partum expose à un risque important de décompensation, avec 20 à 50 % des patientes bipolaires présentant un épisode, souvent associé à des symptômes psychotiques, et une récurrence évaluée à 50 % après chaque accouchement (Source : Santé Publique France, Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles).

Dans le champ de la schizophrénie, environ 48 % des femmes atteintes deviennent mères, un chiffre en hausse depuis la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles psychiques ². Ces grossesses sont considérées comme à haut risque par l'OMS depuis 1975 et nécessitent un suivi médical pluridisciplinaire renforcé. Leur fécondité peut être comparable à celle de la population générale, mais elles présentent plus fréquemment des grossesses non désirées, des dénis de grossesse, un suivi tardif et des interprétations erronées des signes du travail, pouvant entraîner des accouchements prématurés. Ces patientes présentent également davantage de complications obstétricales, notamment un risque multiplié par cinq de prééclampsie ³.

Enfin, la prévalence des troubles anxieux est plus élevée pendant la grossesse, estimée entre 5 et 15 %, et jusqu'à 20 % selon le type d'anxiété évalué. Ces troubles sont souvent sous-évalués en raison d'un dépistage insuffisant et sont fréquemment comorbides avec la dépression. En post-partum, la prévalence des troubles anxieux est de 27,6 %, touchant 83,2 % des femmes dépressives ¹. Le stress post-traumatique, principalement étudié en post-partum, affecte de 15 à 20 % des femmes ayant subi des complications graves et est fortement associé aux violences conjugales ⁴.

Vulnérabilité, grossesse et ruralité

La ruralité constitue un facteur de vulnérabilité pour la femme enceinte, notamment en raison d'une répartition inégale des maternités, avec des services spécialisés concentrés dans les zones urbaines et métropolitaines. Cet éloignement entraîne des difficultés d'accès aux soins, des temps de trajet prolongés et parfois des accouchements loin du domicile familial ⁵.

Les femmes enceintes en milieu rural présentent des profils différents, avec une consommation de tabac et d'alcool plus élevée et une parité plus importante. Leur nombre de consultations prénatales est souvent réduit. Ce suivi insuffisant limite le dépistage précoce et la prise en charge des pathologies courantes, augmentant la morbidité maternelle sévère. Les troubles tels que l'hypertension artérielle et le diabète gestationnel sont moins fréquents en milieu rural, mais le risque de décès maternel et de complications graves est plus élevé ⁶.

Les nouveau-nés de mères rurales présentent un risque accru de prématurité, de mauvais état à la naissance et de macrosomie, ce qui fait augmenter la mortalité périnatale, aggravée lorsqu'ils naissent dans des structures inadaptées ⁶.

En France, l'éloignement à plus de 30 minutes d'une maternité constitue un facteur de risque de morbidité néonatale, majoré par la fermeture de structures ⁷. Le risque d'accouchement à domicile est plus élevé en zone rurale et chez les femmes à faible niveau socio-économique.

Une surveillance prénatale précoce et régulière réduit la morbidité maternelle et infantile, notamment celle liée à l'hypertension, au diabète gestationnel et au retard de croissance. Concernant la santé mentale, peu d'études analysent l'impact du lieu de résidence, mais la prévalence de la dépression et de l'anxiété serait plus élevée en zone rurale. L'accès limité aux professionnels en psychiatrie et aux aides à la parentalité accroît le stress parental et l'isolement, souvent réduit au soutien du compagnon ⁸.

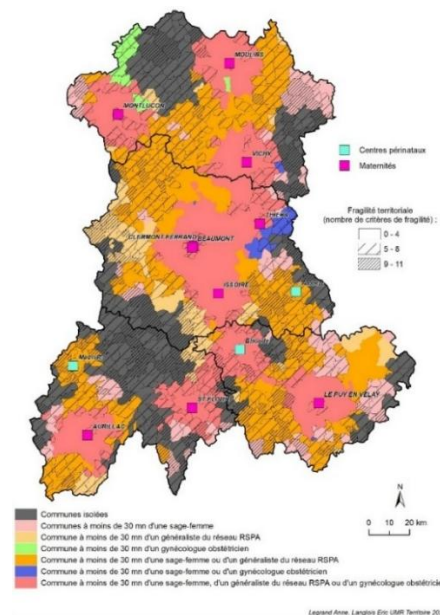
Le risque de dépression post-partum semble également majoré en milieu rural, en lien avec une offre restreinte de soins spécialisés empêchant un diagnostic et une prise en charge précoces. L'interruption des traitements antidépresseurs est aussi plus fréquente du fait de difficultés d'accès et de renouvellement ⁹.

Des interventions à domicile ou par équipes mobiles ont démontré une amélioration du suivi de la grossesse, de l'accouchement et une réduction de la morbidité infantile. En postnatal, ces actions permettent également de diminuer la prévalence de la dépression post-partum ¹⁰.

Vulnérabilité géographique en Auvergne (données sources : Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne : RSPA)

Le Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne (RSPA) utilise la géolocalisation des professionnels et établissements de santé pour évaluer l'accessibilité des soins. Un temps de trajet en voiture inférieur ou égal à 30 minutes est retenu pour qualifier un professionnel ou une structure comme accessible ⁷. Une commune est considérée en zone vulnérable si elle dispose d'un seul ou aucun professionnel ou structure accessible, car l'absence de choix ou la dépendance à un unique acteur créent un risque en cas de cessation d'activité, pouvant entraîner une discontinuité des soins.

Les zones de vulnérabilité géographiques, identifiées en Auvergne, ont été représentées en noir et gris sur la carte suivante :



Une analyse en population générale a été réalisée sur la base de données du RSPA pour les femmes ayant accouché entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2020. Les femmes ont été réparties en deux groupes en fonction de leur commune d'habitation (zone vulnérable ou non). Les caractéristiques sociodémographiques de la grossesse et de l'accouchement ont été comparées entre les deux groupes. Cette analyse montre que les femmes vivant en zones vulnérables présentent un état de santé dégradé et des issues de grossesse plus défavorables, en lien avec un accès limité aux soins primaires. Les enfants nés dans ces zones subissent également un suivi inadapté, notamment en postnatal concernant l'alimentation (données sur demande)¹¹.

Nécessité de prise en charge précoce des troubles psychiques au cours de la grossesse et nécessité d'accompagnement personnalisé

Les recommandations nationales et internationales insistent sur l'importance d'un repérage précoce des troubles psychiques en grossesse pour une prise en charge adaptée. Celle-ci implique la formation de réseaux pluri-professionnels, facilitant la coordination entre professionnels hospitaliers, libéraux, somatiques et psychiatriques, la mise en place de protocoles homogènes et de parcours spécifiques avec des référents coordonnateurs pour les femmes à risque.

L'entretien prénatal précoce, obligatoire et mené par des professionnels formés, permet d'identifier les facteurs de vulnérabilité somatiques, sociaux et psycho-affectifs grâce à des outils validés. Les professionnels réalisant cet entretien doivent être intégrés au réseau de suivi et bénéficier d'une supervision pour orienter les patientes selon la gravité des troubles. Le rapport des 1000 jours recommande qu'un interlocuteur privilégié soit désigné pour assurer un accompagnement personnalisé et servir de ressource en cas de difficulté, facilitant le lien avec les autres professionnels et l'ajustement du parcours (Source : Rapport des 1000 jours).

Le case management s'est imposé comme une stratégie efficace dans les années 2000 pour coordonner les soins auprès de populations à besoins importants, notamment en santé mentale¹². Son objectif est de favoriser un accompagnement individualisé, basé sur les besoins exprimés, en collaboration avec la personne et son entourage.

Le gestionnaire de cas évalue les besoins, planifie les objectifs et suit les résultats, plaçant la personne soignée au centre de son parcours de soins. Ce modèle encourage la collaboration interprofessionnelle plutôt que seule pluridisciplinaire.

Ainsi, les troubles psychiques chez les femmes enceintes sont fréquents, mal dépistés et insuffisamment pris en charge. La ruralité représente un facteur de vulnérabilité supplémentaire lié aux difficultés d'accès aux soins. En France, aucune donnée épidémiologique spécifique n'est disponible concernant la santé mentale des femmes enceintes rurales. Le repérage précoce favorise une meilleure prise en charge via un parcours de soins individualisé et gradué. Le principal défi en zone rurale reste l'accessibilité aux dispositifs adaptés, et le case management clinique apparaît comme une réponse pertinente. À ce jour, aucun programme dédié au case management en obstétrique en milieu rural n'a été évalué. Le projet pilote REAGiRR vise à améliorer l'accès aux soins psychiatriques des femmes enceintes en zone rurale en Auvergne grâce à un parcours de soins coordonné et gradué.

Objectifs

Objectif principal

Évaluer l'efficacité d'un parcours de soins spécifique à destination des femmes enceintes présentant des facteurs de risque de troubles psychiques et psychiatriques au cours de la grossesse et en post-partum (parcours REAGiRR)

Objectifs secondaires

- Évaluer la prévalence des différents troubles psychiatriques au cours de la grossesse et en post-partum ;
- Évaluer la satisfaction des femmes enceintes prises en charge au moyen du dispositif de case management.

Matériels et méthodes

Le projet REAGiRR s'inscrit comme une étude ancillaire du projet expérimental Opti'soins, visant à améliorer l'accès aux soins obstétricaux en milieu rural via une unité mobile équipée pour les consultations prénatales. Ce projet financé par un Programme de Recherche sur la Performance du système de Soins bénéficiait du soutien du Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne (RSPA). Les communes ciblées étaient celles où l'accès aux soins périnataux requérait un trajet supérieur à 30 minutes (cf. supra).

L'évaluation s'est déroulée dans le cadre d'un essai randomisé en grappes, dont la commune constituait l'unité de randomisation, comparant un groupe intervention (soins via unité mobile) à un groupe contrôle (absence de service mobile). Les femmes des communes concernées étaient invitées à participer au protocole REAGiRR, suivi en cohorte avec un parcours graduel de soins psychologiques et psychiatriques.

Les femmes étaient suivies de l'entretien prénatal précoce jusqu'au 4 mois de leur enfant.

Parcours REAGiRR : repérage, dépistage et suivi

Le projet était proposé par les sages-femmes à partir du 11 juin 2023 aux participantes du protocole Opti'soins. Un premier repérage des vulnérabilités globales était réalisé, incluant les échelles EPICES (précarité) et WAST (violences). Les participantes acceptant le projet REAGiRR étaient ensuite contactées par un infirmier pour un entretien psychiatrique en

téléconsultation ou téléphone, avec anamnèse ciblant les facteurs de vulnérabilité psychique. Un entretien semi-structuré via la MINI 7.0.2, ainsi que les questionnaires DAD-P et EPDS, étaient systématiquement proposés.

Une Réunion de Concertation Interdisciplinaire et Pluriprofessionnelle (RCIP) rassemblait sages-femmes, infirmiers en psychiatrie et psychiatres du projet, ainsi que d'autres professionnels locaux, pour évaluer chaque dossier et définir un niveau de risque (faible, intermédiaire, élevé), le parcours personnalisé et le suivi adaptés. Ces informations étaient intégrées au dossier maternité et communiquées aux patientes. Les parcours étaient individualisés et réajustables en fonction de l'évolution de la situation.

En cas de facteurs de vulnérabilité ou de dépistage positif, un entretien spécialisé auprès d'un psychiatre sénior était organisé, en présentiel ou téléconsultation. L'évaluation psychiatrique était aussi proposée systématiquement selon certains critères (score EPICES, WAST, demandes professionnelles ou personnelles). Les pères/co-parents pouvaient également bénéficier d'un entretien si nécessaire. Un diagnostic psychiatrique pouvait ainsi être posé par un psychiatre senior en présentiel ou téléconsultation à tout moment de l'accompagnement. Les patientes ne répondant pas aux critères en fin d'étude recevaient un diagnostic Z004 (examen psychiatrique non classé ailleurs, CIM 10).

Organisation des parcours selon le niveau de risque

- Risque faible : suivi par un infirmier ou IPA avec entretiens réguliers et réévaluation du risque, recours possible au psychiatre en cas d'évolution.
- Risque intermédiaire : orientation vers les soins psychiatriques classiques (secteur ou libéral) avec suivi de transition par IPA ou psychiatre de l'équipe mobile, participation possible aux premières consultations et case management clinique modéré jusqu'à 4 mois post-partum.
- Risque élevé : prise en charge intensive avec case management clinique renforcé, avec infirmier référent et sage-femme de l'unité mobile. La charge de cas était limitée à 10 situations par équivalent temps plein infirmier.

Sortie du dispositif et coordination avec les partenaires

La sortie au maximum à 4 mois du post-partum permettait une transition anticipée vers les services de psychiatrie, pédopsychiatrie, professionnel libéral, PMI ou psychologues, avec l'accord des patientes. La participation des professionnels extérieurs aux RCIP et la coordination assurée par les référents de parcours facilitaient cette transition.

Outils d'évaluation utilisés

- Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2), un entretien diagnostique structuré bref d'environ 15 minutes, utilisé pour détecter rapidement la présence de troubles psychiatriques selon les critères DSM-5.
- Le Questionnaire de Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum (DAD-P), un questionnaire auto-administré composé de 6 items avec une échelle de Likert en 4 points (0 à 3) et un score total de 0 à 18 points. Un score ≥ 3 constitue le seuil de risque de dépression post-partum, avec une sensibilité de 85% et une valeur prédictive positive de 26,2%.
- L'Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), un questionnaire auto-administré de 10 items également basé sur une échelle de Likert en 4 points (0 à 3), avec un score total variant de 0 à 30. Un score ≥ 11 suggère une détresse psychologique, tandis qu'un score ≥ 13 indique un état dépressif probable. Sa sensibilité est de 70,3% et sa spécificité de 42,3%.

Analyses

Critère de jugement principal concernant la qualité des soins psychiques et psychiatrique

L'efficacité des services psychiatriques a été évaluée via l'adhésion des femmes à l'accompagnement, mesurée selon :

- L'adhésion initiale, c'est-à-dire la proportion de femmes repérées ou dépistées précocement lors de l'entretien prénatal précoce (EPP) ayant accepté une consultation avec un médecin psychiatre ou un infirmier de pratique avancée (IPA).
- L'adhésion globale à l'accompagnement proposé, en fonction du niveau de risque évalué lors de l'EPP et de l'évaluation psychiatrique.
- La proportion de bonnes évaluations initiales du niveau de risque.
- Le taux de pertues de vue au cours du suivi.

Critères secondaires : évaluation qualitative du dispositif de soins

Les perceptions des femmes enceintes vis-à-vis des dispositifs Opti'soins/REAGiRR ont été recueillies par entretiens téléphoniques réalisés par deux chercheuses indépendantes en Sciences Humaines et Sociales, s'appuyant sur un outil médiateur original : le e.Photoexpression©.

Cet outil, constitué d'un corpus de 40 photographies en couleur, favorise l'expression spontanée et la médiation symbolique autour du vécu des participantes, tout en garantissant un cadre éthique et non intrusif. Les photos ont été choisies pour leur netteté, leur signification polysémique, et leur diversité afin d'offrir un large éventail d'interprétations possibles.

Trois phases d'entretien ont été conduites :

- Phase 1 (1er trimestre) : les femmes choisissaient deux photos représentant le facteur motivant et l'obstacle potentiel à la participation, puis énonçaient cinq mots clés sur la grossesse et la santé maternelle.
- Phase 2 (2e et 3e trimestres) : choix de deux photos correspondant aux raisons de continuer ou d'arrêter le dispositif, suivi d'une question ouverte sur leur vécu dans le dispositif.
- Phase 3 (≥ 6 semaines post-partum) : sélection de deux photos illustrant les aspects positifs et négatifs de l'expérience, réponse à une question ouverte sur les améliorations possibles, puis énoncé de cinq mots clés sur la grossesse et la santé.

Analyse des données qualitatives

Les verbatims issus des entretiens ont été codifiés de manière hiérarchique en deux niveaux : domaines (idées dominantes) et catégories (éléments lexicaux ou thématiques). Chaque point exprimé par les participantes a été consigné dans un tableur Excel® et regroupé en blocs de sens.

Pour garantir la fidélité et la granularité des données, des allers-retours ont été effectués entre les données sources, un cadre conceptuel fondé sur les déterminants de santé, et les échanges avec l'équipe pluridisciplinaire. Le processus d'analyse a inclus un double encodage, avec résolution des désaccords par un troisième analyste. La saturation des données a marqué la fin du recrutement.

Analyses statistiques

Les variables qualitatives (catégories de perception) ont été décrites en effectifs et pourcentages

Fréquences des troubles psychiatriques

La prévalence des troubles psychiatriques, ou diagnostics longitudinaux, correspond à la proportion de femmes repérées ou dépistées lors de l'EPP avec un résultat positif à la MINI 7.0.2 (Mini International Neuropsychiatric Interview) ou présentant une vulnérabilité identifiée par l'équipe multidisciplinaire, validée par un médecin psychiatre senior en consultation. Les troubles de la personnalité ont été diagnostiqués en fin de prise en charge. L'incidence des troubles psychiatriques correspond aux nouveaux cas (troubles de novo) survenant au cours de la grossesse ou du post-partum, diagnostiqués par un psychiatre senior lors d'un entretien en présentiel ou téléconsultation.

Résultats

Données générales

Au cours de la période d'inclusion, 47 femmes enceintes ont intégré le protocole Opti'soins. A noter que le protocole Opti'soins a été arrêté de façon prématurée à la demande de la Direction de la recherche clinique du CHU de Clermont-Ferrand le 18/06/2024. Deux patientes n'ont pu être recontactées du fait de l'arrêt du protocole Opti'soins et ce malgré la volonté des équipes du dispositif REAGiRR d'accompagner ces femmes.

Parmi les 45 femmes auquel le projet REAGiRR a été proposé, 20% (n=9) des femmes ont refusé de participer au projet, une en raison d'une fausse couche spontanée dans son délai de réflexion et huit sans motivation du refus.

Parmi les 36 femmes ayant accepté de participer, 13.9% (n=5) ont évolué vers une fin de grossesse prématurée avant de pouvoir bénéficier des évaluations, 4 vers une fausse couche spontanée et 1 vers une interruption volontaire de grossesse. A noter que le taux de fausses couches spontanées dans notre cohorte s'élève à 11.1% (n=5).

86.1% (n=31) des femmes ont finalement inclus le parcours REAGiRR dont 28 ont accepté la passation de la MINI 7.0.2 et des différentes échelles. A noter que pour un parcours, un père a été inclus, son parcours a été comptabilisé avec celui de sa femme.

Toutes les situations (n=31) ont bénéficié de RCIP après l'entretien prénatal précoce. A l'issue de la RCP, 16.1% (n=5) ont été évaluées avec un risque élevé, 25.8% (n=8) ont été évaluées en risque intermédiaire et 58% (n=18) ont été évaluée en risque faible.



Données d'activité concernant le dispositif Opti'soins/REAGiRR (tableau 1)

Tableau 1 : Données d'activité RIM-P concernant la file active Opti'soins/REAGiRR

Intervenants	Types d'acte	Nombre d'actes (nombre de femmes)		Moyenne d'acte(s) par femme
Infirmier / IPA	<i>Entretiens téléconsultation/téléphonique</i>	302	(n=36)	8.4
	<i>Entretiens présentiel</i>	2	(n=2)	1
	<i>Réunions</i>	414	(n=36)	11.5
	<i>Démarches</i>	20	(n=14)	1.4
Médecin psychiatre	<i>Entretiens téléconsultation/téléphonique</i>	48	(n=13)	3.7
	<i>Entretiens présentiel</i>	2	(n=1)	2
	<i>Réunions</i>	207	(n=34)	6.1

Résultats concernant l'entretien semi-structuré psychiatrique dans la continuité de l'EPP

La passation de la MINI 7.0.2 a été effectuée chez 28 femmes (87.5%), une des femmes a été évaluée directement au niveau médical psychiatrique étant donné l'urgence de la situation et 2 femmes n'ont jamais complété les échelles. Les deux femmes en question ont été évaluées en risque faible à la suite de la RCP réalisée avec les données cliniques du côté obstétrical et psychiatrique.

Tableau 2 : Prévalence des troubles psychiatriques évaluée comme pertinents au moyen du questionnaire MINI 7.0.2

Troubles	Périodicité	Fréquence (n=28)
Episode dépressif majeur	Actuel	3.6% (n=1)
	Passé	35.7% (n=10)
Trouble panique	Vie entière	7.1% (n=2)
Troubles liés à l'utilisation d'alcool	Sur le 12 dernier mois, sévère, en rémission précoce, dans un environnement protégé	3.6% (n=1)
Troubles liés à l'utilisation de cannabinoïdes	Actuel	3.6% (n=1)
Troubles psychotiques et troubles de l'humeur avec caractéristique psychotiques	Syndrome psychotique actuel/vie entière	3.6% (n=1)

Résultats des prévalences des troubles psychiatriques diagnostiqués durant l'accompagnement et résultats par niveau de risque

Parmi les 31 situations ayant bénéficié d'une RCP, 41,9% (n=13) ont été classées en risque élevé ou intermédiaire et ont donc bénéficié systématiquement d'une évaluation psychiatrique auprès d'un médecin psychiatre sénior dans la continuité de l'entretien prénatal précoce (EPP). Deux femmes ont également bénéficié d'une évaluation psychiatrique alors que leur situation avait été classée à risque faible à l'issue de la première RCP, en raison de signes d'alerte identifiés par l'équipe interdisciplinaire.

Ainsi, 15 femmes ont bénéficié d'une évaluation psychiatrique à visée diagnostique au moyen d'un examen clinique par un médecin psychiatre sénior.

Au total, 32.3% (n=10/31) des femmes qui ont eu une RCP ont bénéficié d'un diagnostic psychiatrique au cours de l'accompagnement. Un coparent (père) a également bénéficié d'un diagnostic psychiatrique au cours de la prise en charge.

Niveau faible

Parmi les situations pour lesquelles le niveau de risque a été jugé faible (56.1% ; n=18), 11.1% (n=2) femmes ont bénéficié d'un diagnostic psychiatrique; une femme a été diagnostiquée, à la fin du projet (post-partum), pour un trouble de la personnalité borderline (DSM 5). Une femme a été diagnostiquée pour un trouble de l'adaptation (DSM 5) avec réaction mixte anxieuse et dépressive brève (au cours de la grossesse). Les autres femmes (88.9% ; n=16) n'ont pas bénéficié d'un diagnostic psychiatrique au cours de l'accompagnement (diagnostic : examen psychiatrique non classé ailleurs).

Niveau intermédiaire

Parmi les situations pour lesquelles le niveau de risque a été jugé intermédiaire (25.8% ; n=8), 50% (n=4) des femmes ont bénéficié d'un diagnostic psychiatrique. Une femme a bénéficié d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique au cours de l'EPP. De plus, une femme a bénéficié d'un diagnostic de retard mental léger au cours de l'EPP sans autre comorbidité psychiatrique. Enfin, deux femmes ont bénéficié d'un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (DSM 5) d'intensité moyenne (toutes les deux en per-partum, après la RCIP initiale) dont une avec une comorbidité de trouble panique accompagné d'un diagnostic longitudinal de trouble de la personnalité borderline (diagnostics respectivement associé et longitudinal posés en post-partum). Les autres femmes (50% ; n=4) avaient un examen clinique psychiatrique normal et n'ont pas bénéficié d'un diagnostic psychiatrique au cours de l'accompagnement (diagnostic : examen psychiatrique non classé ailleurs).

Niveau élevé

Parmi les situations pour lesquelles le niveau de risque a été jugé élevé (16.1% ; n=5), 80% (n=4) des femmes ont bénéficié d'un diagnostic psychiatrique. À noter que pour une situation, un diagnostic psychiatrique a été posé chez le futur père (épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère sans symptomatologie psychotique), la femme n'ayant pas bénéficié de diagnostic psychiatrique au cours de l'accompagnement. Une femme a bénéficié d'un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé intensité sévère (diagnostic en post-partum). Une femme a bénéficié d'un diagnostic de phobie spécifique au moment de l'EPP et d'un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé d'intensité moyenne durant le post-partum. Deux femmes ont bénéficié d'un diagnostic de trouble de la personnalité borderline à la fin de l'accompagnement (diagnostic longitudinal) dont une avait bénéficié d'un diagnostic de troubles obsessionnels compulsifs (au moment de l'EPP).

La synthèse des diagnostics posés par le médecin psychiatre est disponible dans le tableau 3.

Tableau 3 : Synthèse des diagnostics psychiatriques établis au cours de l'accompagnement REAGIRR en fonction de la période de diagnostic

	Entretien prénatal précoce	Per-partum	Post-partum	Total (n=31)
Troubles de l'humeur (dépression)		6,5%(n=2)	6,5%(n=2)	12,9%(n=4)
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, et troubles somatoformes	16,1%(n=5)			
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte			12,9%(n=4)	
Retard mental	3,2%(n=1)			

Résultats concernant les conséquences psychiatriques

Aucune hospitalisation en service de psychiatrie n'a été nécessaire pour la prise en soins des femmes concernées par les troubles psychiatriques. 12,9 % (n=4) des femmes ont pu bénéficier d'un suivi psychiatrique et 6,5 % (n=2) ont pu bénéficier de l'initiation d'un traitement antidépresseur au cours de leur accompagnement. Un père a également pu bénéficier d'un suivi psychiatrique spécialisé et de l'introduction d'un traitement antidépresseur.

Résultats concernant la dépression du per et post-partum

Résultats concernant les échelles d'évaluation du risque de dépression du post-partum

Parmi les 22 femmes ayant bénéficié de l'évaluation de la DAD-P durant l'EPP, aucune n'avait un score positif (score ≥ 3), 4.5% (n=1) avait un score à 2, 27.3% (n=6) avaient un score à 1 et 68.2% (n=15) avaient un score négatif).

Parmi les 15 femmes ayant bénéficié de l'évaluation de l'EPDS durant l'EPP, toutes ont eu un score ≤ 10 .

Résultats concernant les diagnostics psychiatriques de troubles de l'humeur au cours de l'accompagnement

Quatre femmes ont présenté des troubles de l'humeur à type de dépression durant l'accompagnement, deux durant la grossesse et deux en post-partum. Parmi ces 4 femmes, 3 ont bénéficié de l'évaluation de leurs troubles de l'humeur au moyen de la MINI 7.0.2, de l'EPDS et de la DAD-P. Aucune des échelles spécifiques n'a permis de dépister en anténatal le risque de dépression du per ou du post-partum. Les scores à l'EPDS étaient individuellement de 6, 7 et 10. De même, les scores à la DAD-P étaient individuellement de 1,1 et 2. Les trois femmes possédaient des antécédents de dépression (en dehors de toute grossesse ou post-partum) et ces antécédents avaient pu être repérés au moyen du questionnaire MINI 7.0.2.

Résultats les analyses qualitatives

L'étude qualitative a permis de réaliser 50 entretiens semi-directifs auprès de femmes enceintes suivies par l'unité mobile de soins (Opti'soins) dans les communes rurales, dont 25 patientes de l'étude REAGIR, via l'outil de recueil e.photoexpression. L'analyse de ces productions d'expression par l'image offre une modélisation des perceptions des femmes enceintes vis-à-vis d'une unité mobile de soin au travers de 35 dimensions, dont 19 de perceptions favorables et 16 de perceptions défavorables. On observe une évolution des perceptions des femmes enceintes vis-à-vis du dispositif lors des 3 phases de recueil. Lors de la phase 1, le discours des femmes (80%) était majoritairement centré sur la proximité d'accès aux soins, puis 36% en phase 2 et 44% en phase post natale. Lors de la phase in situ, les femmes enceintes mentionnaient prioritairement (49%) les qualités humaines de l'équipe et 53% en phase post-natale. Lors de la phase 3, c'est la présence d'un suivi de qualité adapté aux besoins (59%) qui était majoritairement évoqué par les femmes. Concernant les perceptions défavorables vis à vis du dispositif, elles étaient en lien avec des craintes et des peurs liées à une méconnaissance de l'unité mobile de soin en début du suivi de grossesse. Au fur et à mesure de la prise en charges des femmes, ces peurs et craintes se sont estompées au profit d'aucun ressenti défavorable vis-à-vis du dispositif (32% en phase 1, 44% en phase 2 et 66% en phase 3).

Discussion

Il s'agit de la première étude française évaluant l'intérêt d'un dispositif interdisciplinaire permettant l'évaluation psychiatrique au décours de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement des femmes enceintes, évaluées comme présentant des vulnérabilités psychiques en secteur rural.

L'adhésion des femmes enceintes au dispositif d'accompagnement psychiatrique constitue un indicateur clé de la qualité et de l'acceptabilité des soins proposés. Dans notre étude, toutes les femmes incluses ont bénéficié d'une réunion de concertation interdisciplinaire et pluriprofessionnelle (RCIP) après repérage, et plus de 86 % ont accepté d'intégrer le parcours REAGiRR, avec près de 90 % des participantes ayant complété les évaluations diagnostiques, témoignant d'une adhésion initiale très élevée. Cette forte adhésion s'explique en partie par une organisation structurée autour d'une gradation claire des niveaux de risque, établis lors de ces RCIP : 16,1 % des femmes ont été classées à risque élevé, 25,8 % à risque intermédiaire, et 58 % à risque faible. Cette gradation a permis d'adapter précisément les parcours de soins, avec un suivi proportionné aux besoins, ce qui a vraisemblablement renforcé la confiance et l'engagement des patientes au sein du dispositif. En outre, l'organisation mobile du dispositif Opti'soins, facilitant l'accès aux soins en milieu rural, a également contribué à limiter les freins logistiques majeurs à l'adhésion. A noter que la quasi-totalité des accompagnements et entretiens psychiatriques ont été effectués en téléconsultation.

L'évaluation psychiatrique initiale réalisée, au décours de l'entretien prénatal précoce, grâce à l'entretien semi-structuré MINI 7.0.2, met en évidence un taux d'antécédents dépressifs estimé à 35,7 %. Aucune donnée comparable n'est disponible dans la littérature dans la population des femmes enceintes, mais ce taux apparaît élevé par rapport aux résultats des études en population générale. En effet, plusieurs enquêtes de prévalence ont pu mettre en évidence ce taux en population générale, comme dans l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 où les auteurs retrouvent une prévalence de la dépression, en France vie entière, de 21,4 %¹³, ou encore dans l'étude ANADEP 2005 retrouvant une prévalence vie entière de 17,8 %. Cette dernière enquête retrouve que les femmes déclarent deux fois plus souvent des événements dépressifs que les hommes (23,5 % versus 12,0 %) (enquête ANADEP 2005, France).

Un des points forts de notre étude était la mise en place d'un parcours de soins coordonnés en fonction du niveau de risque évalué au moyen d'une réunion de concertation interdisciplinaire et pluri-professionnelle selon trois niveaux de risque. Le suivi des femmes tout au long de leur grossesse jusqu'aux 4 mois de leur enfant a permis de colliger les données d'incidence de troubles psychiatriques au cours de la grossesse et du post-partum. Ainsi, l'incidence des troubles de l'humeur dépressifs représente 6,5 % en prénatal et 6,5 % en post-partum dans notre cohorte. Ces taux sont plus faibles que ceux observés dans la littérature au cours des grossesses. En effet, durant la grossesse, les taux d'épisodes dépressifs majeurs (critères DSM-5), ainsi que les taux de symptômes dépressifs évalués au moyen d'échelles psychométriques, varient de 10 à 25 %¹⁴. Ces chiffres sont plus élevés dans les études portant sur des femmes originaires de pays à revenu faible ou intermédiaire. Parmi les femmes qui ont connu au moins un antécédent de dépression majeure avant leur première grossesse, la proportion apparaît encore plus élevée, à 77 %¹⁵. Considérant le taux élevé d'antécédents dépressifs dans notre population, la faible incidence des épisodes dépressifs montre l'efficacité du dispositif REAGiRR en termes de conséquences psychiatriques sur les troubles de l'humeur de nature dépressive.

S'agissant de la dépression du post-partum, la prévalence en France métropolitaine est estimée à 16,7 %¹. De plus, le risque de survenue d'une dépression du post-partum semble plus important chez les femmes vivant en zone rurale du fait d'un manque d'accès à des soins spécialisés ne permettant pas le diagnostic et la prise en charge⁹. La prévalence retrouvée dans notre étude montre des taux moindres, estimés à 6,5 %. Cette prévalence plus faible peut être interprétée par l'effet positif du parcours REAGiRR ayant permis de réduire l'incidence naturelle de la dépression du post-partum dans notre population. Il convient également de situer nos résultats dans le contexte plus large de la ruralité. En effet, la littérature suggère que la ruralité peut influencer le risque de dépression postnatale, notamment en raison des difficultés d'accès aux soins spécialisés. À ce propos, l'étude longitudinale et prospective de Galbally et al. (2023), menée auprès de 806 femmes en Australie révèle que la prévalence des troubles dépressifs périnataux ne diffère pas significativement entre milieux urbain et rural. Cependant, elle met en évidence que les femmes vivant en milieu rural et souffrant de dépression rapportent un stress parental nettement plus élevé ainsi qu'un accès limité aux activités de soutien parental. Ces observations confirment l'importance de tenir compte des spécificités psychosociales du contexte rural dans la conception et la mise en œuvre des dispositifs de prévention et de soins périnataux. Elles corroborent notre approche multidimensionnelle et appuient la nécessité d'adapter les interventions aux contraintes territoriales afin de mieux répondre aux besoins complexes des patientes en milieu rural¹⁶.

Il est également important de noter que la santé mentale du partenaire peut aussi jouer un rôle significatif dans la dynamique familiale et le bien-être maternel. Dans notre étude, un cas de dépression paternelle a été identifié, soulignant la nécessité d'une approche globale prenant en compte l'environnement familial, qui pourrait contribuer à améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles de l'humeur durant la période périnatale.

En ce qui concerne l'évaluation de ces troubles de l'humeur, et notamment du risque d'apparition en prénatal ou en post-partum, les antécédents personnels de dépression se sont avérés le meilleur marqueur de risque alors même que les échelles psychométriques (EPDS et DAD-P) n'ont pas permis de mettre en évidence de risque de dépression du post-partum. Ces résultats doivent cependant être également interprétés à la lumière du parcours REAGiRR qui pourrait avoir modifié la trajectoire dépressive de certaines femmes évaluées comme à risque élevé à la DAD-P au décours de l'EPP.

Les troubles longitudinaux les plus représentés sont les troubles anxieux. Ces troubles concernent 16,1 % des femmes du parcours REAGiRR. Le dépistage de ces troubles a pu être effectué au décours de l'EPP par la passation de l'entretien semi-structuré MINI 7.0.2 et au moyen d'une évaluation psychiatrique par un médecin senior.

La prévalence des troubles anxieux durant la grossesse varie entre 5 et 15 % en fonction des études, avec des taux allant jusqu'à 20 % dans certaines études¹. Ces variations importantes sont en lien avec les différents types cliniques de l'anxiété évalués dans ces études, notamment des différences cliniques entre l'anxiété « trait » et l'anxiété « état ». Certaines études ont même retrouvé des taux pouvant aller jusqu'à 60 %, notamment au cours de la pandémie que nous avons connue en 2020¹⁷. Il faut ainsi tenir compte de l'anxiété spécifique de la grossesse qui ne saurait être considérée comme un trouble psychiatrique en l'état actuel des classifications. Ainsi, notre étude retrouve une prévalence des troubles anxieux estimée à au moins 16,1 %, considérant que les troubles psychiatriques ont été diagnostiqués selon les critères du DSM-5 mais que toutes les femmes n'ont pu bénéficier de

l'entretien semi-structuré MINI 7.0.2 et de la validation diagnostique par le médecin psychiatre sénior. Les diagnostics représentés sont l'état de stress post-traumatique, le trouble panique, la phobie spécifique, le trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et le trouble obsessionnel compulsif.

S'agissant des autres diagnostics longitudinaux, le diagnostic de trouble de la personnalité borderline (TPB) représente au moins 12,9 % de notre population, en considérant que toutes les femmes n'ont pas bénéficié d'une évaluation psychiatrique, ce qui laisse supposer un taux potentiellement plus élevé. Ce diagnostic a été établi par un médecin psychiatre sénior à la fin de l'accompagnement. Le TPB est un trouble psychiatrique caractérisé par une instabilité affective sévère et un dysfonctionnement interpersonnel marqué. La littérature souligne que les personnes atteintes de TPB présentent un risque accru de complications physiologiques et psychosociales défavorables durant la période périnatale. Peu d'études se sont intéressées à sa prévalence au cours de la grossesse. Prasad et coll. rapportent des taux variant entre 0,7 et 1,7 % en population générale, tandis que dans les populations cliniques périnatales, la prévalence atteint environ 14 %¹⁸. Aucune étude spécifique n'a encore exploré la prévalence du TPB en milieu rural, bien que certains auteurs suggèrent que ce contexte géographique puisse présenter des particularités requérant une prise en charge adaptée¹⁹. Le TPB touche environ 1 à 2 % de la population générale, 10 % des patients ambulatoires et 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie²⁰.

Dans notre étude, la prévalence observée, nettement supérieure à celle retrouvée dans la population générale et même chez les consultants en psychiatrie, pourrait s'expliquer par des caractéristiques spécifiques de la population étudiée. En effet, lors des échanges avec les femmes enceintes, il est apparu que plusieurs couples accompagnés dans le cadre d'Opti'soins/REAGiRR avaient fait le choix d'une vie en milieu rural motivé par une volonté d'éloignement des interactions sociales et une insatisfaction des relations sociales antérieures. L'hypothèse est que ces personnes présentaient déjà des troubles de la personnalité borderline, et que ces troubles ont contribué à leur souhait d'habiter en secteur rural, où leurs relations sociales sont plus limitées. Cette dynamique pourrait en partie expliquer la prévalence élevée du TPB dans notre population et souligne l'importance d'adapter les dispositifs de soins aux spécificités psychosociales des patientes en contexte rural.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative qui apporte des informations nouvelles et cruciales dans la compréhension des perceptions des femmes enceintes vis-à-vis d'un suivi de grossesse au sein d'une unité mobile de soin intégrant le case management comme approche d'accompagnement. Ces éléments concernant l'importance et l'impact de facteurs non cliniques pour les femmes et les familles vivant en zone rurale sont majeurs et devraient être reconnus et pris en compte lors de la prise en charge par les professionnels de santé. Cette étude qualitative a permis une analyse multidimensionnelle du processus d'accompagnement et a donc permis de refléter les défis de terrain auxquels est confrontée la ruralité et d'apporter des éléments de réflexion pour adapter les politiques locales et nationale à ces territoires. La robustesse méthodologique de cette étude qualitative avec l'utilisation du e. Photoexpression© comme outil de recueil est également à souligner.

Plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats du projet REAGiRR. Tout d'abord, le faible effectif de participantes incluses dans cette étude pilote restreint la puissance statistique des analyses et limite la généralisation des conclusions. Cet effectif réduit, amplifié par l'arrêt prématuré du protocole Opti'soins, a également pu impacter la représentativité des profils de femmes, notamment en termes de diversité socio-

démographique et de gravité des troubles. En outre, l'absence de groupe contrôle dans le cadre de cette étude ancillaire rend difficile l'évaluation comparative de l'efficacité du dispositif REAGiRR. En effet, sans groupe de comparaison, il est impossible de mesurer précisément l'impact du parcours de soins spécifique en comparaison à une prise en charge classique. Par ailleurs, certaines évaluations, notamment l'entretien psychiatrique avec médecin sénior, n'ont été proposées qu'aux femmes présentant des facteurs de vulnérabilité détectés, ce qui peut introduire un biais de sélection. Enfin, la structure de coordination pluridisciplinaire requiert une adaptation à chaque contexte territorial, ce qui complexifie la transférabilité directe des résultats observés dans ce cadre rural spécifique. Ces limites soulignent la nécessité de poursuivre les recherches avec des études plus larges, contrôlées et adaptées, pour mieux évaluer et consolider l'efficacité du dispositif REAGiRR avant toute diffusion à plus grande échelle.

Apports pour la communauté de recherche et implications pour les décideurs et professionnels

Les résultats obtenus dans le cadre du projet REAGiRR apportent une contribution significative à la communauté scientifique en enrichissant les connaissances sur la faisabilité et l'efficacité d'un modèle innovant de repérage et de prise en charge psychiatrique en milieu rural, une zone souvent délaissée dans la recherche périnatale. Ce travail pilote vient compléter la littérature existante en soulignant l'importance d'un case management clinique intégré et d'une approche pluridisciplinaire, tout en utilisant des outils validés et des évaluations qualitatives.

Au-delà de l'aspect scientifique, ces résultats alimentent également les réflexions des décideurs et acteurs de terrain, tant au niveau national que local. Ils fournissent un cadre opérationnel et un retour d'expérience concret qui peuvent guider le développement de politiques publiques visant à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins en périnatalité et en santé mentale. Par ailleurs, le modèle proposé offre des pistes aux professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social pour renforcer la coordination interdisciplinaire, améliorer la détection précoce des vulnérabilités psychiques, et adapter les interventions aux spécificités des territoires ruraux. Ce dernier aspect est essentiel pour favoriser une réponse adaptée, souple et accessible aux besoins complexes des femmes enceintes et jeunes mères, contribuant ainsi à un meilleur suivi global des patientes et à une réduction des impacts négatifs des troubles psychiatriques sur la mère et l'enfant.

Ainsi, le projet REAGiRR représente une première base solide qui peut faciliter l'émergence de stratégies intégrées de santé périnatale, avec des implications potentielles pour la formation, l'organisation des soins et l'allocation des ressources dans les zones rurales.

Bibliographie

1. Doncarli, A. *et al.* Impact of the SARS-CoV-2 pandemic and first lockdown on pregnancy monitoring in France: the COVIMATER cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* **21**, 799 (2021).
2. Vacheron, M. N. [What is the impact of the dispositions of July 5, 2011 on care, 2 years after?]. *L'Encephale* **40**, 97–99 (2014).
3. Vigod, S. N. *et al.* Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* **121**, 566–574 (2014).
4. Yildiz, P. D., Ayers, S. & Phillips, L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* **208**, 634–645 (2017).
5. Rolfe, M. I. *et al.* The distribution of maternity services across rural and remote Australia: does it reflect population need? *BMC Health Serv. Res.* **17**, 163 (2017).
6. Lisonkova, S. *et al.* Maternal morbidity and perinatal outcomes among women in rural versus urban areas. *CMAJ Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can.* **188**, E456–E465 (2016).
7. Combier, E. *et al.* Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. *Health Place* **24**, 225–233 (2013).
8. Galbally, M. *et al.* Rurality as a predictor of perinatal mental health and well-being in an Australian cohort. *Aust. J. Rural Health* **31**, 182–195 (2023).
9. Nidey, N. *et al.* Rurality and Risk of Perinatal Depression Among Women in the United States. *J. Rural Health Off. J. Am. Rural Health Assoc. Natl. Rural Health Care Assoc.* **36**, 9–16 (2020).
10. Dennis, C.-L. & Dowswell, T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2013**, CD006795 (2013).
11. **Debost-Légrand, A. *et al.* Opti'care protocol: a randomised control trial to evaluate the impact of a mobile antenatal care clinic in isolated rural areas on prenatal follow-up. *BMJ Open* **13**, e060337 (2023).**
12. Berry-Millett, R. & Bodenheimer, T. S. Care management of patients with complex health care needs. *Synth. Proj. Res. Synth. Rep.* 52372 (2009).
13. Lépine, J.-P. *et al.* [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. *L'Encephale* **31**, 182–194 (2005).
14. Roddy Mitchell, A. *et al.* Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* **80**, 425–431 (2023).
15. Kiewa, J. *et al.* Lifetime prevalence and correlates of perinatal depression in a case-cohort study of depression. *BMJ Open* **12**, e059300 (2022).
16. Galbally, M. *et al.* Rurality as a predictor of perinatal mental health and well-being in an Australian cohort. *Aust. J. Rural Health* **31**, 182–195 (2023).
17. Simonot, M. Le stress prénatal: conséquences sur la descendance et prévention des risques chez la femme enceinte.
18. Prasad, D., Kuhathasan, N., de Azevedo Cardoso, T., Suh, J. S. & Frey, B. N. The prevalence of borderline personality features and borderline personality disorder during the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Arch. Womens Ment. Health* **25**, 277–289 (2022).
19. Walton, C. J., Gonzalez, S., Dunbar, A. & McGill, K. Telehealth and Collaboratively Delivered Dialectical Behaviour Therapy: An Opportunity for Increasing Access to Effective Treatment for People With Borderline Personality Disorder Living in Rural Areas. *Aust. J. Rural Health* **33**, e70036 (2025).
20. Skodol, A. E. *et al.* The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol. Psychiatry* **51**, 936–950 (2002).

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens** :

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

Oui Non

Si non, précisez les raisons :

Le projet REAGiR est un projet ancillaire au projet de recherche intitulé « Optimiser l'accès aux soins durant la grossesse en zone rurale dans un réseau de santé en périnatalité : Opti'soins » (Programme de recherche sur la performance du système des soins campagne 2019). Suite à la décision de la DRCI du CHU de Clermont-Ferrand en date du 9 avril 2024 (promoteur du protocole, toute inclusions a été cessée sur le projet Opti'soins ne permettant pas de poursuivre les inclusions dans le projet REAGiR à partir de cette date.

Si oui, précisez bien dans la synthèse les perspectives : projet envisagé, conditions de faisabilité, principaux points d'attention et perspectives de financement.

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE



Publications scientifiques

1. Liste des articles et communications écrites

- Debost-Legrand A, Legrand G, Duclos-Médard J, Thomazet J, Pranal M, Langlois E, et al. *Opti'care protocol: a randomised control trial to evaluate the impact of a mobile antenatal care clinic in isolated rural areas on prenatal follow-up*. *BMJ Open*. 16 févr 2023;13(2):e060337. doi:10.1136/bmjopen-2021-060337 PubMed PMID: 36797021; PubMed Central PMCID: PMC9936278
- Chloé Gay, Maélie Deyra, Frank Pizon, Isabelle Raimbault, Nathalie Dulong, Guillaume Legrand, Françoise Vendittelli, Anne Debost. *Pregnant women's perceptions of antenatal care in a specialised mobile health unit (Opti'care) in rural municipalities: the PERCEP'Care qualitative study*. *BMC Pregnancy and Childbirth*. **In revision**

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

Aucune

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- G. Legrand, J. Fernandes, C. Guiguet-Auclair A. Franchitti, K. Labed, C. Gay, M. Deyra, F. Vendittelli, A. Debost. *Évaluation et accompagnement psychiatrique périnatal des femmes enceintes en zone rurale*. Congrès Français de Psychiatrie, Strasbourg, 2-5 décembre 2026. **In soumission**

4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

- G. Legrand, C. Guiguet-Auclair L. Tournebize, J. Fernandes, A. Franchitti, K. Labed, E. Lafat, JN. Clerget, C. Gay, M. Deyra, F. Vendittelli, A. Debost. *REAGiRR project: Identification, Evaluation, and Support of High-Risk Pregnancies in Rural Areas*. World Congress of Psychiatry, Stockholm 2026, 23-26 september. **In soumission**

Communications au grand public

CHU de Clermont-Ferrand – Dossier de presse (lancement du projet Opti'soins)

→ <https://www.chu-clermontferrand.fr/sites/default/files/media/2022-10/2022%2009%2022%20DP%20Optisoins.pdf>

CHU de Clermont-Ferrand – Opti'Soins, 1 an déjà !

→ <https://www.chu-clermontferrand.fr/optisoins-1-deja>

La Montagne – Seize bébés nés avec le dispositif Opti'Soins

→ https://www.lamontagne.fr/clermont-ferrand-63000/actualites/seize-bebes-sont-nes-avec-le-dispositif-optisoins-qui-stationne-dans-les-communes-en-auvergne_14372453/



La Montagne - Qui peut profiter d'Opti'Soins, le camion de suivi de grossesse qui arpente les routes du Cantal ?

→ https://www.lamontagne.fr/aurillac-15000/actualites/qui-peut-profiler-d-opti-soins-le-camion-de-suivi-de-grossesse-qui-arpente-les-routes-du-cantal_14215051/

La Montagne – Accompagner les grossesses

→ https://www.lamontagne.fr/mauriac-15200/actualites/accompagner-les-grossesses_14173537/

La Montagne - Dans le Puy-de-Dôme, Opti'soins a cocooné une cinquantaine de futures mamans éloignées d'un suivi de grossesse

https://www.lamontagne.fr/clermont-ferrand-63000/actualites/dans-le-puy-de-dome-optisoins-a-cocoone-une-cinquantaine-de-futures-mamans-eloignees-d-un-suivi-de-grossesse_14248331/

France 3 Auvergne – Un camion médicalisé pour les femmes enceintes isolées

→ <https://france3-regions.franceinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/puy-de-dome/clermont-ferrand/en-auvergne-un-camion-medicalise-va-a-la-rencontre-des-femmes-enceintes-isolees-2846318.html>

L'Inspiration Politique – En Auvergne, l'obstétrique prend la route

→ <https://www.linspiration-politique.fr/2023/09/21/en-auvergne-lobstetrique-prend-la-route/>

Le Parisien – Fin du bus Opti'soins et réactions en Auvergne (2024)

→ <https://www.leparisien.fr/puy-de-dome-63/tout-sarrete-dun-seul-coup-en-auvergne-la-fin-du-bus-optisoins-provoque-la-colere-26-09-2024-G6Z4NHAV3ZHOZEMIEWUMBU7NNE.php>

La Montagne – La fin du camion Opti'Soins déclenche la colère des élus du Cantal

→ https://www.lamontagne.fr/aurillac-15000/actualites/la-fin-d-opti-soins-le-camion-de-suivi-de-grossesse-declenche-la-colere-des-elus-dans-le-cantal_14564426/

Euromontana – Opti'Soins : le camion obstétrique pour les zones de montagne

→ <https://www.euromontana.org/fr/optisoins-un-camion-obstetrique-itinerant-pour-les-femmes-de-montagne/>

Agglo Pays d'Issoire – Présentation du projet Opti'Soins sur le territoire



→ <https://www.capissoire.fr/vivre-et-habiter/sante/projets-en-promotion-de-la-sante/projet-optisoins/>

Commune de Rocles – Présentation du bus Opti’Soins

→ <https://www.rocles.net/services-infos/opti-soins>

Harmonie Santé – Opti’Soins, une solution mobile pour femmes enceintes isolées

→ <https://www.harmonie-sante.fr/sante-soins/acces-aux-soins/optisoins-solution-mobile-femmes-enceintes-isolees>

Professions sages-femmes - Opti’soins, un programme de recherche pour les femmes isolées

→ <https://profession-sage-femme.com/optisoins-un-programme-de-recherche-pour-les-femmes-isolees/>

Le Monde – Un « petit hôpital sur roues » sillonne les villages d’Auvergne pour accompagner les femmes enceintes

→ https://www.lemonde.fr/sante/article/2023/03/14/deserts-medicaux-en-auvergne-un-petit-hopital-sur-roues-pour-accompagner-les-femmes-enceintes_6165351_1651302.html

L’éveil Haute-Loire - Un camion tout équipé offre un suivi des femmes enceintes dans les zones isolées de Haute-Loire

→ https://www.leveil.fr/puy-en-velay-43000/actualites/un-camion-tout-equipe-offre-un-suivi-des-femmes-enceintes-dans-les-zones-isolees-de-haute-loire_14206708/

Radio France :

→ <https://www.radiofrance.fr/franceinter/en-auvergne-un-bus-obstetrical-lutte-contre-les-deserts-medicaux-9513465>

Radio Scoop :

→ https://www.radioscoop.com/infos/auvergne-un-camion-itinerant-pour-un-meilleur-suivi-des-grossesses_256812

La Gazette France :

→ <https://www.lagazettefrance.fr/article/dans-la-campagne-auvergnate-un-camion-medical-a-la-rencontre-des-femmes-enceintes>

Science Direct : article

→ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408822002097>



AirZen : Opti'soins, un camion de santé qui va à la rencontre des futures mamans

→ <https://www.airzen.fr/optisoins-un-camion-de-sante-qui-va-a-la-rencontre-des-futures-mamans/>

Réseaux sociaux

Publication Instagram – Le Monde

https://www.instagram.com/p/Cpz3poLvMiY/?utm_source=ig_web_copy_link&igsh=NTc4MTlwNjQ2YQ==

Publication Facebook – CHU de Clermont-Ferrand

→ <https://www.facebook.com/ChuClermontFerrand/posts/pfbid02q47bFyqkWafzjG528vDif8yvNgRFv8HieGyGxZ7fy91TLfeb8QH4PdSurtSLWfY3l>

Publication Facebook – CHSM Clermont-Ferrand

<https://www.facebook.com/EtablissementsSainteMariePuydeDomeAllier/posts/pfbid037jc86BQ56UaXzbaFcWBGCBumwoSC22bPhjRUJD1gUt3CweU8P2vDJEvXeexSubS7l>

Publication Facebook – RSPA

https://www.facebook.com/photo/?fbid=591477466103503&set=pb.100057237656797.-2207520000&locale=fr_FR

Autres :

<https://www.chu-clermontferrand.fr/sites/default/files/media/2023-12/2023%2009%2029%20Visuel%201%20an%20Opti%27soins.pdf>