



# **Le suicide maternel, entité « émergente »**

**Catherine Deneux-Tharaux, Monica Saucedo**

**INSERM U1153, Equipe EPOPé, Paris**

**Recherche épidémiologique en santé obstétricale, périnatale, et pédiatrique**

# Mortalité Maternelle



## « Evènement sentinelle » = Indicateur

- De la qualité du fonctionnement du système de soins
  - en général (notion de mort évitable)
  - obstétricaux en particulier
- De la santé des femmes en âge reproductif

## Paradigme:

- Plus facilement définissable et identifiable que les évènements morbides qui le précèdent
- ..... qui relèveraient des mêmes « dysfonctionnements »

## ENCMM depuis 1996 en France

### Objectif double:

- Epidémiologique
- ET messages pour l'amélioration des soins et de leur organisation

# L'Enquête Nationale Confidentielle sur les MM = 1 système en 3 étapes



- 1. **Identification des décès « associés à la grossesse »**

(lien temporel)



certificats de décès  
chainage fichiers naissances/décès/PMSI  
déclaration directe - via réseaux

- 2. **Documentation des décès = Enquête Confidentielle**

Assesseurs



- 3. **Revue et classement des décès**

(lien temporel ET causal)



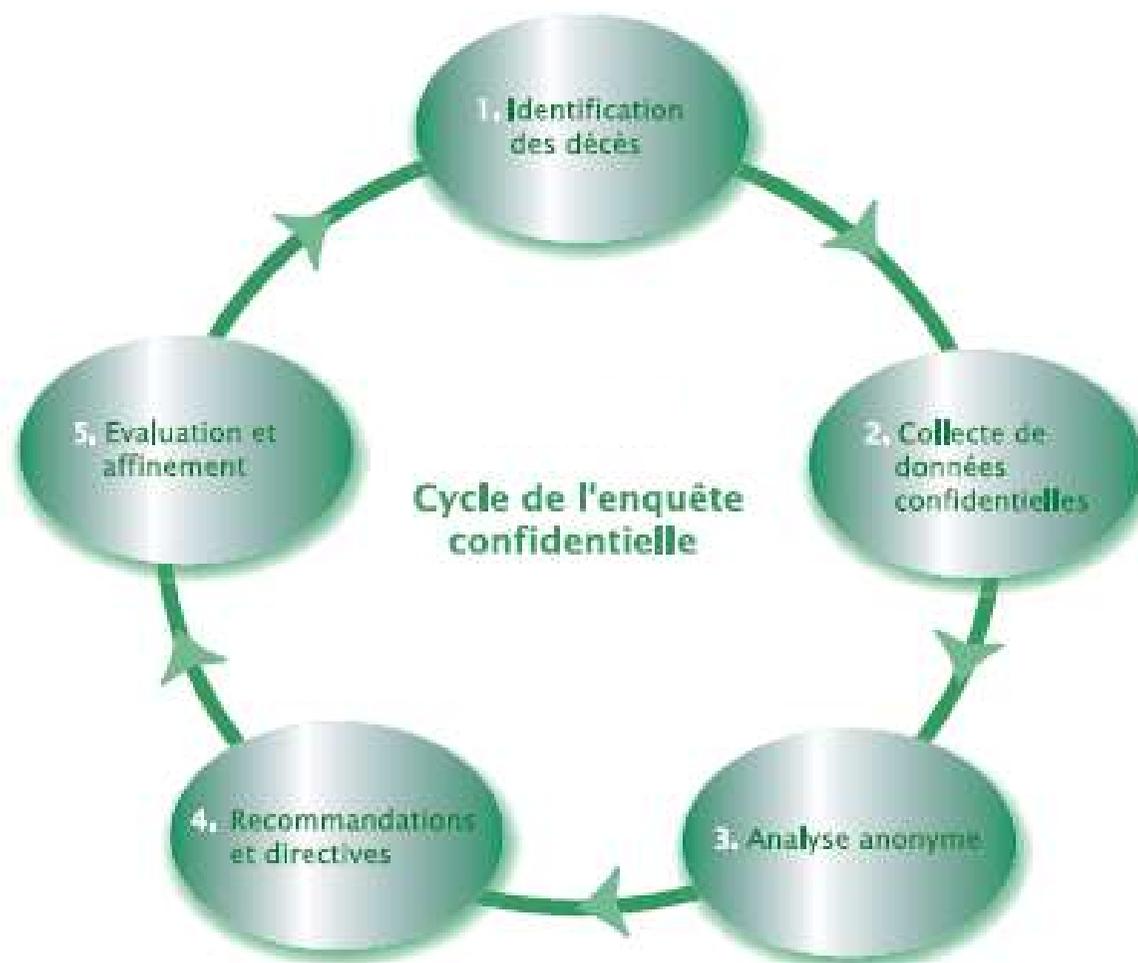
Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle

**Morts Maternelles**

- Adéquation des soins prodigués
- Évitabilité du décès

# Le cycle de l'enquête confidentielle

« Mieux comprendre pour mieux prévenir »





# **La Mortalité Maternelle par suicide**

# France, données ENCMM

---



		2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
Morts maternelles (N)		250	213	254	256
Suicides	N	3	0	3	10
	% des MM	1.2	0.0	1.2	3.9

# Analyse plus détaillée 2007-2009

---

- 3 suicides retenus comme « morts maternelles »  
= Rôle causal direct ou indirect de la grossesse documenté
- MAIS
  - 62 suicides au total survenus pdt la grossesse ou dans l'année qui suit



# Analyse plus détaillée 2007-2009

---

- 3 suicides retenus comme « morts maternelles »  
= Rôle causal direct ou indirect de la grossesse documenté
- MAIS
  - 62 suicides au total survenus pdt la grossesse ou dans l'année qui suit
  - Dont 8% pdt la grossesse
  - 8% dans les 42 jours postpartum
  - 84% entre 42 et 365 jours postpartum

Délai médian dans le postpartum: 179 jours = 6 mois



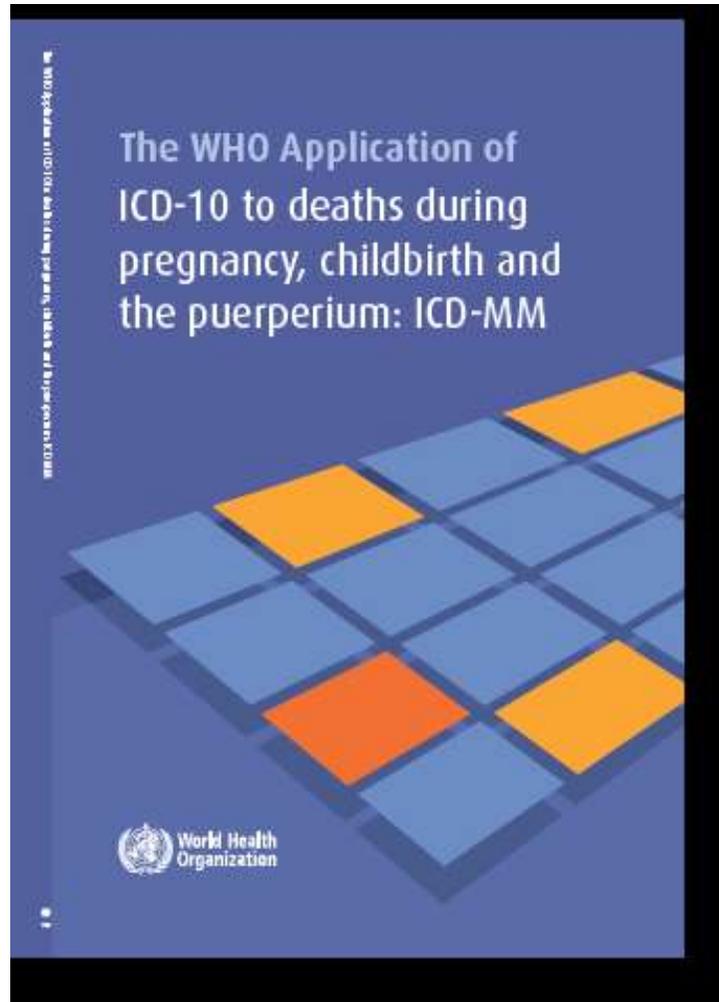
# Mortalité maternelle par suicide en France

---

- Très probable sous-estimation
- Qui pourrait s'expliquer par
  - Le manque de documentation des aspects de santé mentale dans les dossiers obstétricaux
  - La difficulté de documentation du parcours quand survenue à distance de l'accouchement
  - La place particulière de la santé mentale au sein de la conception de la santé (y compris au sein du CNEMM)

Et ailleurs?

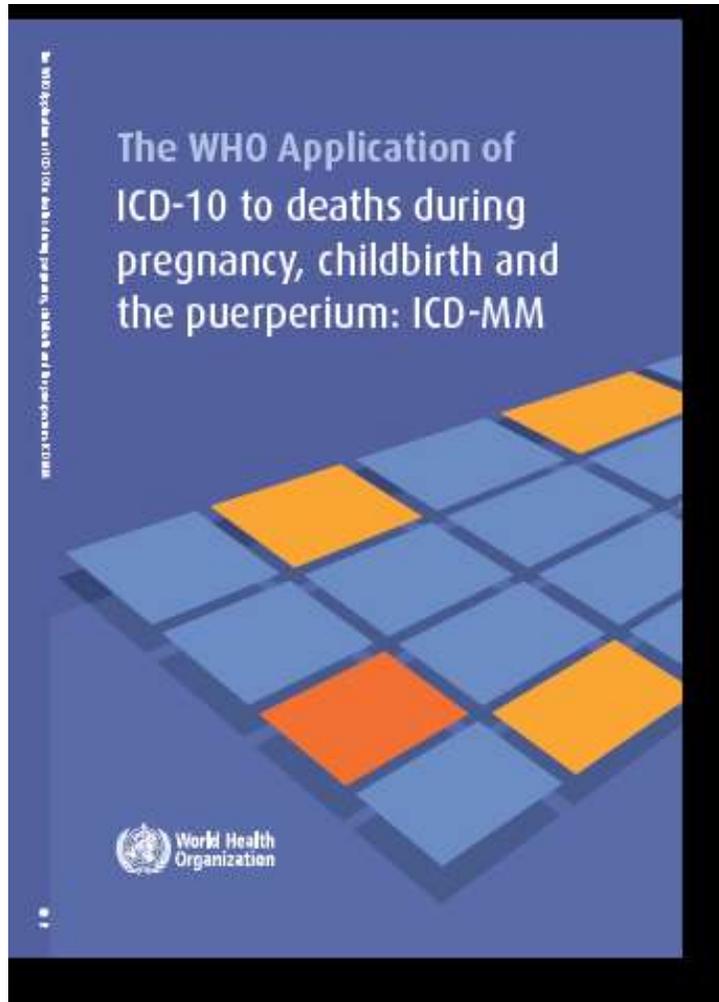
# Recommandations internationales



- Considérer **tous les suicides jusqu'à 1 an** après la grossesse comme des **morts maternelles directes**

**(2012)**

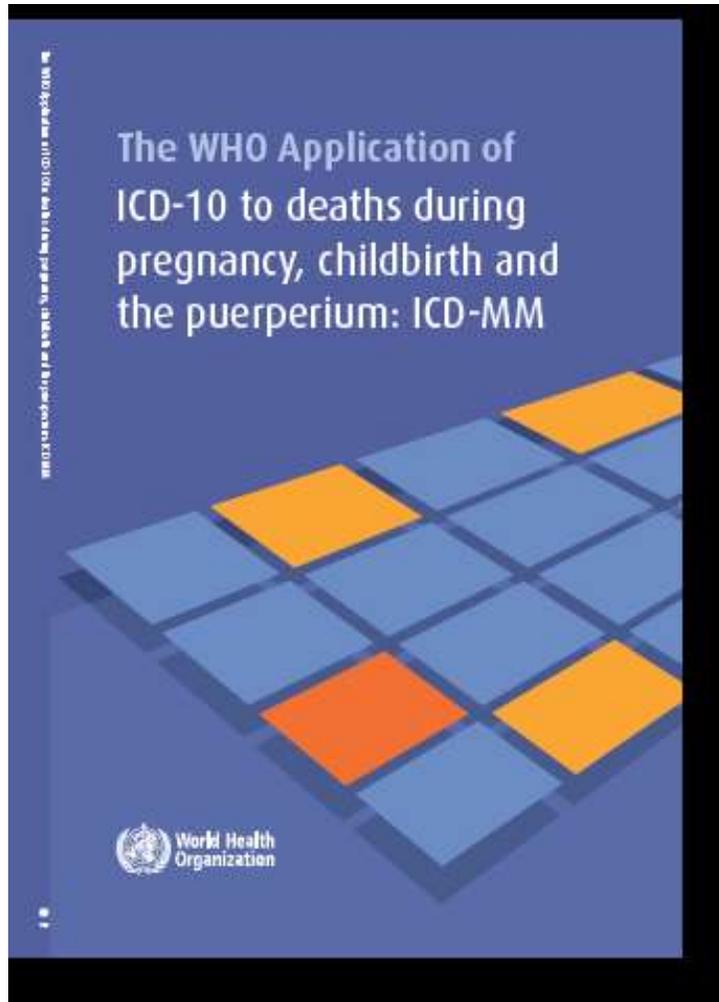
# Recommandations internationales



- Considérer **tous les suicides jusqu'à 1 an** après la grossesse comme des **morts maternelles directes**
- **Justification**
  - Evaluation du rôle causal de la grossesse très difficile
  - Incitation à prise de conscience du risque suicidaire maternel, risque encore largement méconnu

**(2012)**

# Recommandations internationales



(2012)

- Considérer **tous les suicides jusqu'à 1 an** après la grossesse comme des **morts maternelles**
- Justification
  - Evaluation du rôle causal de la grossesse très difficile
  - Incitation à prise de conscience du risque suicidaire maternel encore largement méconnu
- **Conséquences prévisibles**
  - Augmentation du taux de MM, et modification du profil de causes
  - Complique la comparabilité temporelle de ces indicateurs

## Exploration des conséquences du changement de classement dans 3 pays

	Inclusion de tous les suicides Jusqu'à 42 jours PP		
	RMM de base*	Facteur d'↑ du RMM	% des suicides dans la MM
Pays-Bas 1996-2005	11,4	1,08	5,3%
Royaume-Uni 2003-2005	13,9	1,08	3,7%
France 2007-2009	9,5	1,08	4,5%

(\* /100 000 naiss)

(Lommerse et al BJOG 2018)

	Inclusion de tous les suicides Jusqu'à 42 jours PP			Inclusion de tous les suicides Jusqu'à 1 an PP		
	RMM de base*	Facteur d'↑ du RMM	% des suicides dans la MM	RMM de base*	Facteur d'↑ du RMM	% des suicides dans la MM
Pays-Bas 1996-2005	11,4	1,08	5,3%	14,1	<b>1,31</b>	<b>18%</b>
Royaume-Uni 2003-2005	13,9	1,08	3,7%	17,8	<b>1,34</b>	<b>13%</b>
France 2007-2009	9,5	1,08	4,5%	10,3	<b>1,31</b>	<b>20%</b>

### ***Approche inclusive des suicides***

(\* /100 000 naiss)

⇒ **Importance globale de la mortalité maternelle par suicide,  
Sous-estimation probable généralisée, et de même ampleur dans ces 3 pays**

⇒ **15 à 20% des morts maternelles sont dues à un suicide  
Dont 60 à 80% entre 42 jours et 1 an postpartum**

Au-delà des nombres,  
quels facteurs d'évitabilité?

# Évitabilité des suicides maternels

---

**Parmi les 10 suicides retenus comme des morts maternelles en 2010-2012:**

- 5 sont suffisamment documentés pour que le parcours de soins puisse être analysé
  - % << autres causes de MM
- Parmi les 5 analysés, 3 ont été considérés « peut-être évitables »



# Un suicide maternel

- 31 ans, vie en couple, née en Haiti
- G3 P1, 1 IVG, 1 AVB 2 ans avant cette grossesse
- Notion de « dépression » pendant la précédente grossesse; hospitalisée pour vomissements sévères à 33 SA attribués à un trauma psychologique <MFIU 28 sa chez sœur, vue 2 fois par un psychiatre pdt grossesse et en sdc. Sortie avec TTT anti dépresseur.
- Cette grossesse
  - Sous pilule
  - Suivi à partir de 29 sa, CHU: insomnie importante
  - Hospit à 32 sa pour MAP;
    - Notion d'anxiété, contexte de difficultés professionnelles
    - Vue par élève psychologue avant sortie
    - Les atcdts « psy » pdt et au décours de la précédente grossesse ne sont pas signalés dans le dossier ni dans le CRH
- Défenestration à 34 SA

# Un suicide maternel

- 30 ans, vie en couple
- Trouble schizo-affectif diagnostiqué 4 ans auparavant, 3 hospitalisations avec bouffées délirantes et passage à l'acte suicidaire.
- Suivi CMP avec changement récent de référent. Observance partielle du traitement. Stabilité psychiatrique en début de grossesse
- Grossesse actuelle: 3<sup>ème</sup> trimestre: asthénie majeure, angoisse de mort exprimée, sentiment d'incapacité par rapport au futur bb, difficultés à être seule chez elle; prise en charge non modifiée
- Accouchement: hémorragie avec embolisation  
Vue à J1 par psychiatre, « anxiété »
- Sortie à J4: pas d'information sur état psychique, non revue au moment de la sortie; suivi psy non organisé; relais prévu par PMI
- J8 PP: cs en urgence psychiatre maternité: insomnie, anxiété, « fille la regarde méchamment »; refus hospitalisation proposée
- J10 PP: grand-mère appelle pour décompensation délirante; hospitalisation libre en psychiatrie
- Retrouvée pendue dans sa chambre le lendemain matin  
Chambre seule, sans surveillance particulière

# Évitabilité des suicides maternels

---

## Éléments récurrents mis en évidence dans l'analyse des suicides

- Défaut d'interrogatoire sur atcdts psy dans le suivi prénatal; non prise en compte ou minoration des atcdts d' «anxiété » de « dépression»
- Méconnaissance/Sous-estimation des signes d'alerte pdt le séjour en obstétrique
- En cas de pathologie psychiatrique préexistante suivie: défaut de prise en charge multidisciplinaire et de coordination ville-hôpital pdt grossesse et à la sortie de maternité, manque de transmission des informations
- Manque de sensibilisation des équipes psychiatriques au contexte de la grossesse/postpartum, avec risque de passage à l'acte

# Et maintenant?

- Mieux
  - identifier
  - documenter les suicides maternels
  - analyser

# L'Enquête Nationale Confidentielle sur les MM pour les suicides

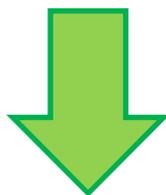


- 1. **Identification des décès « associés à la grossesse »**



certificats de décès  
**chainage fichiers naissances/décès/PMSI**  
déclaration directe - via réseaux

- 2. **Documentation des décès** = Enquête Confidentielle  
**Ajout d'un volet « suicide » spécifique dans le Q**



**Assesseurs psychiatres**

- 3. **Revue et classement des décès**



Comité National d'Experts sur la Mortalité M  
**Expert associé psychiatre**

**Morts Maternelles**

- Adéquation des soins prodigués
- Évitabilité du décès

# Et maintenant?

- Mieux
  - identifier
  - documenter les suicides maternels
  - analyser
- Identifier des facteurs d'évitabilité/pistes pour actions de prévention, et les diffuser auprès des professionnels (obstétrique, psy, MG); rôle des réseaux

# Et maintenant?

- Mieux
  - identifier
  - documenter les suicides maternels
  - analyser
- Identifier des facteurs d'évitabilité/actions de prévention, et les diffuser auprès des professionnels (obstétrique, psy, MG); rôle des réseaux
- Travaux à développer sur santé mentale et grossesse, en amont de ces épisodes ultimes
  - Ce d'autant qu'une santé mentale altérée est également un facteur de risque de complications somatiques

## REMERCIEMENTS

- Assesseurs (bénévoles)
- Réseaux de SP
- CNEMM
- CépiDC, Insee



## APPEL AUX VOLONTAIRES

- Assesseurs
  - Gynéco-Obstétriciens
  - Anesthésistes-Réanimateurs
  - Sages-femmes
  - Psychiatres

**Contact : [encmm@inserm.fr](mailto:encmm@inserm.fr)**

