



Le suicide maternel

Catherine Deneux,
Marie-Noëlle Vacheron, Véronique Tessier, Mathias Rossignol
pour le CNEMM

INSERM, 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

Asseseurs



- 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

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**



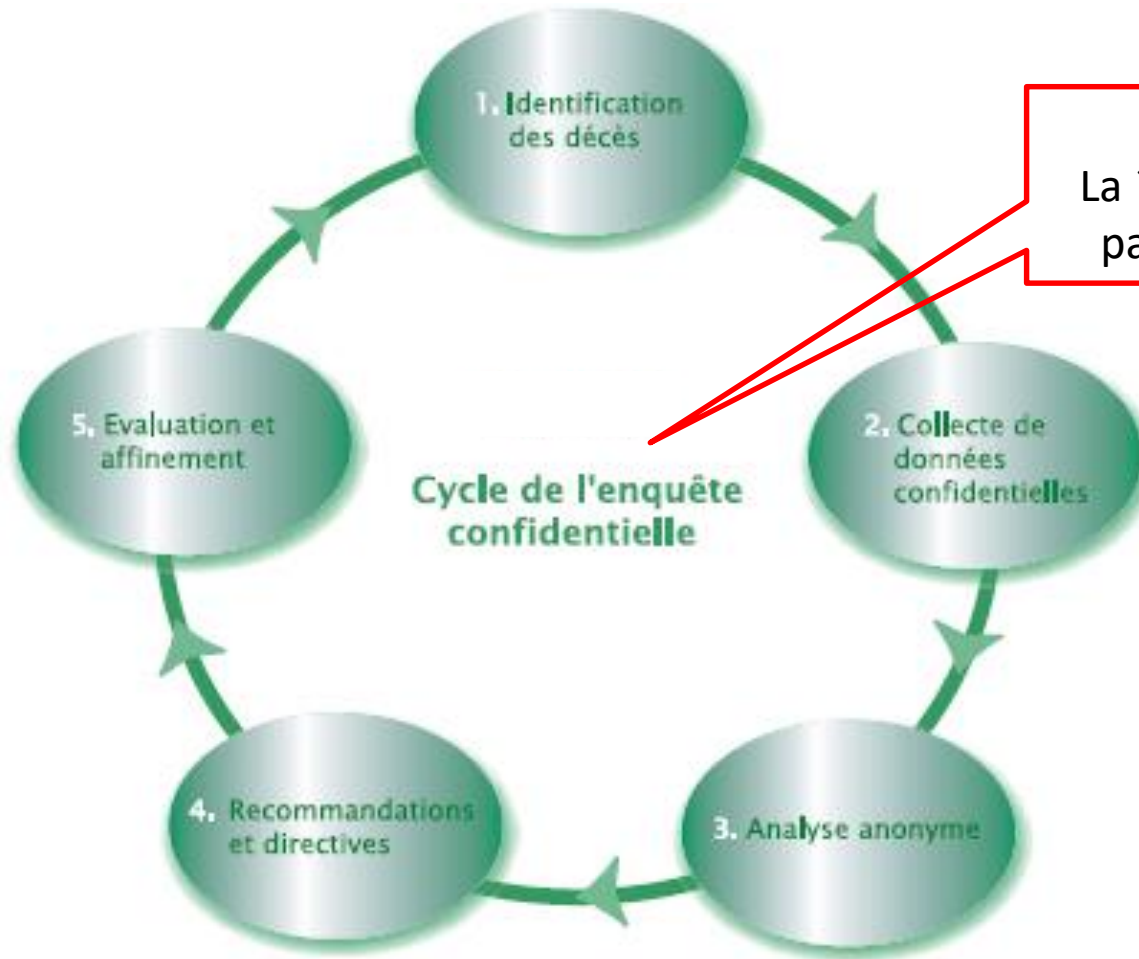
Comité National d'Experts sur la Mortalité M
Expert psychiatre

Morts Maternelles

- Adéquation des soins prodigués
- Évitabilité du décès

Le cycle de l'enquête confidentielle

« Mieux comprendre pour mieux prévenir »



1 succès:
La $\searrow \swarrow$ de la MM
par Hémorragie



La Mortalité Maternelle par suicide

Fréquence du suicide maternel, France



		2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2015
Morts maternelles (N)		250	213	254	256	262
Suicides	N	3	0	3	10	35
% des MM		1.2 %	0.0 %	1.2%	3.9 %	13.4%

➤ **Une des 2 premières causes de mortalité maternelle**

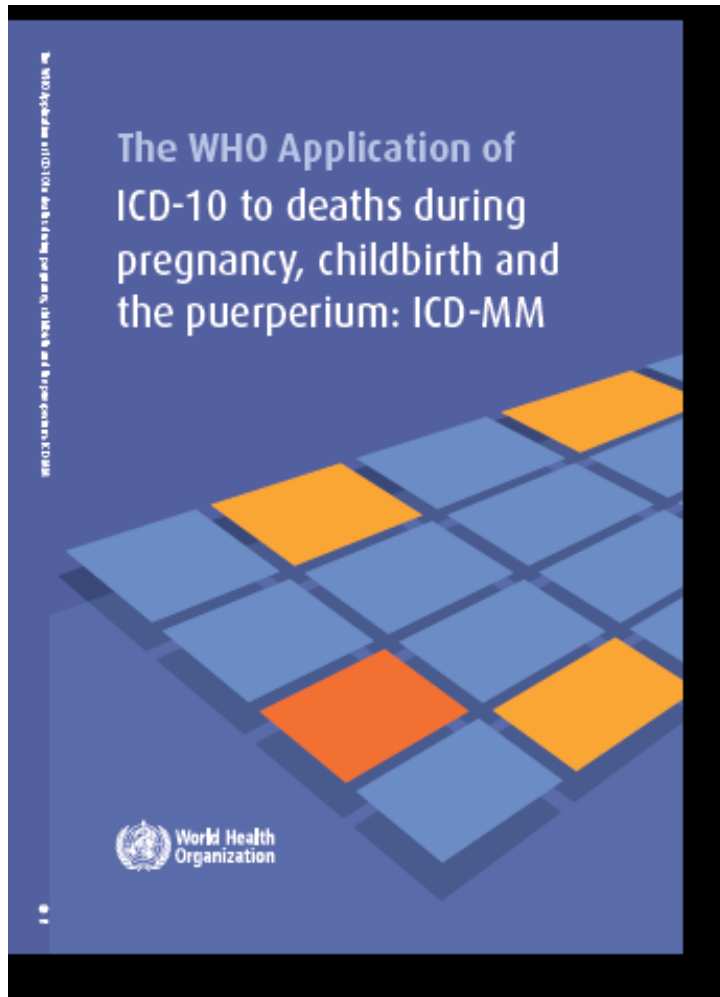
✓ **1 mort maternelle / 7**

✓ **1 suicide maternel tous les mois**

Pourquoi cette « émergence » ?

- Nouvelle classification des Suicides retenus comme « morts maternelles »
 - Rapports précédents = Rôle causal direct ou indirect de la grossesse documenté
 - Rapport 2013-2015

Recommandations internationales



- 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, risque encore largement méconnu

(2012)

Pourquoi cette « émergence » ?

- Nouvelle classification des Suicides retenus comme « morts maternelles »
 - Rapports précédents = Rôle causal direct ou indirect de la grossesse documenté
 - Rapport 2013-2015 = Tous les suicides survenant pdt la grossesse ou l'année suivant sa fin
- Evolution de l'ENCMM pour mieux étudier les Suicides
 - Questionnaire
 - Assesseurs psychiatres
 - Expert CNEMM psychiatre
- Intérêt croissant pour la Santé mentale maternelle

Qui sont les femmes décédées de suicide maternel ?



Caractéristiques non différentes de celles de l'ensemble des parturientes

- Age moyen 31 ans
- Femmes migrantes : 12%

Caractéristiques spécifiques

- Vulnérabilité sociale: 43%
 - 24% ne vivaient pas avec un conjoint au moment du suicide
- Antécédents psychiatriques:
 - Connus 1/3
 - Suivi conjoint psychiatrique et obstétrical dans seulement 1 fois/5
 - Existants mais méconnus ou incomplètement connus de l'équipe obstétricale 1/3
- Comorbidités addictives 14%
- Contexte obstétrical
 - premier enfant 68%
 - grossesse gémellaire 9%
 - contexte de deuil périnatal 13%

Circonstances de survenue du suicide



- Quand?
 - 1 après 1 IVG
 - Tous les autres après un accouchement
 - ✓ 1/4 dans les 6 semaines PP, 3/4 entre 6 semaines et 1 an PP
 - ✓ **Médiane: 126 jours = 4 mois postpartum**
- Comment?
 - Violent dans 80%: pendaison, train, défenestration
 - ✓ Volonté claire de mourir
- Où?
 - A domicile dans 2/3 des cas
 - En institution dans 14%: prison, maternité, hôpital psychiatrique

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

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

Suicides probablement (30%) ou peut-être (60%) évitables: **90%**

Soins inadéquats	90%
Défaut d'organisation des soins	74%
Défaut d'interaction patiente-système de soins	65%

Morts maternelles par suicide



- Derrière ces chiffres, que nous apprend l'analyse des parcours de soins de ces femmes ?
- Quelles pistes pour prévenir ces suicides, améliorer la santé mentale maternelle?

Anticiper, collaborer
La perspective des
soignants de la
psychiatrie

Dépister, orienter
La perspective des
soignants de
l'obstétrique

Suicides maternels en France



Antécédents psychiatriques:

- . 1/3 Existants et Connus
dont Suivi conjoint psychiatrique et obstétrical 1 fois/5
- . 1/3 Existants mais Méconnus ou incomplètement connus de l'équipe obstétricale
- . 1/3 Absence d'antécédents mais souvent signes d'alerte

Suicides maternels en France



Antécédents psychiatriques:

- . 1/3 Existants et Connus
dont Suivi conjoint psychiatrique et obstétrical 1 fois/5

. 1/3 Existants mais Méconnus ou incomplètement connus de l'équipe obstétricale

. 1/3 Absence d'antécédents mais souvent signes d'alerte

Vignette clinique 1

- Femme de 35 ans, G2P1, suivie régulièrement, accouche normalement à 40 SA + 4
- En suites de couches l'équipe note l'apparition d'une perte de contact avec fuite du regard → Rencontre avec la psychologue qui préconise un suivi au décours de la sortie de la maternité et donne des coordonnées de psychologue à la patiente.
- + Rendez-vous avec la PMI une semaine après la sortie de SdC.

Suicide à M4 à domicile par pendaison après avoir confié sa fille à la voisine, en laissant une lettre d'adieu.

Commentaires du CNEMM:

- **Défaut d'interrogatoire** sur les antécédents psychiatriques personnels de la patiente : pas de notion de la dépression réactionnelle après une FCS quelques années auparavant
- **Défaut de communication** entre la psychologue et l'équipe obstétricale : pas de trace des observations de la psychologue en post-natal
- Le **médecin généraliste** n'a pas été contacté à la sortie
- Malgré des « **signes d'alerte** » en suites de couches...

L'interrogatoire sur les antécédents et les vulnérabilités psychiques

Comment s'y prendre en consultation prénatale ? ou aux Urgences obstétricales...

Questions simples :

- Avez-vous vécu un évènement difficile important dans votre vie ?
- Avez-vous eu des difficultés à l'adolescence ?
- Avez-vous eu des problèmes alimentaires à l'adolescence ?
- Avez-vous déjà consulté un psy ? pour quels motifs ?
- Avez-vous déjà eu des idées de mort ou de suicide ou avez-vous déjà fait des tentatives de suicide ? à quel moment de votre vie ?
- Avez-vous déjà pris des drogues ? lesquelles ? tabac ? alcool ? cannabis ? en consommez-vous encore ? à quelle fréquence ?

A renouveler au cours du suivi de la grossesse
et en post-partum

Utiliser un auto-questionnaire ?



Vignette clinique 2

- Femme 34 ans, originaire d'ASS, nullipare avec 3 ATCD de FCS dont une tardive, enceinte après une résection de myomes
- Grossesse gémellaire spontanée suivie en ville
- Consulte à 20 SA (↔ terme FCT) et décrit 3 épisodes d'angoisse avec sensation d'étouffement et peur que quelque chose arrive à elle ou à ses bébés → conseil de suivi par psychologue en ville
- À 33 SA, la SF note « moins de crises d'angoisse »
- Déclenchement à 38 SA sous péri : J1 VBS, J2 forceps après 20 min et échec VMI. RU et séjour SdC prolongé pour photothérapie
- A J9 la patiente « craque ». Le père est présent ; le lien avec PMI est en place
- Ces éléments rassurent l'équipe et la sortie est autorisée

Vignette clinique 2



- 5 mois plus tard, elle appelle le 18 pour avertir d'une tentative de suicide par défenestration
 - Immédiatement après, devant son mari qui essaye de la retenir, elle se jette du 5^{ème} étage**
- Polytraumatisée elle décède dans la soirée
- Commentaires du CNEMM :
 - Des crises d'angoisse persistantes qui en s'atténuant faussement rassurantes
 - Absence de signalement au psychiatre/psychologue de la maternité
 - Absence d'information sur la réalité du suivi par une psychologue en ville
 - Des aspects psychoculturels (représentations des fausses-couches et de la grossesse gémellaire en Afrique sub-saharienne) et l'isolement social de cette femme non pris en compte

Dépister et repérer les « signes d'alerte » potentiellement signes d'une fragilité psychique



- **Qu'est-ce qu'un « signe d'alerte » ?**

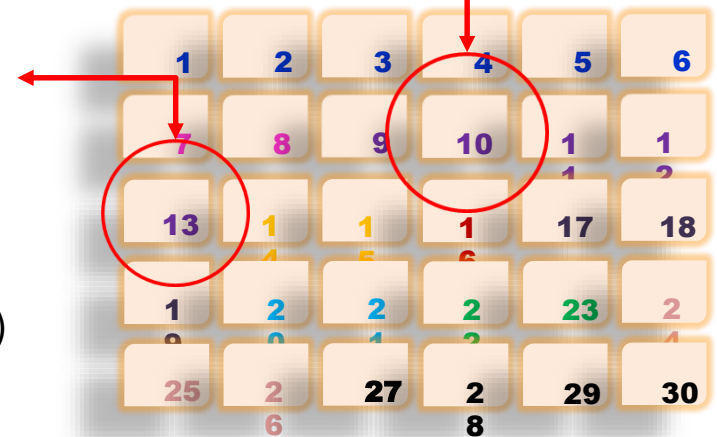
- = des variations thymiques (variations de l'humeur) de la femme,
- = l'anxiété et les crises d'angoisse même s'atténuant au cours de la grossesse,
- = la verbalisation éventuelle d'idées noires ou d'autodépréciation,
- = la modification brutale du contact ou un repli,
- = les troubles du sommeil ou alimentaires
- = *l'inquiétude de l'équipe,*

Prendre en compte les représentations culturelles

**Prêter attention en suites de couches au vécu traumatique de
l'accouchement**

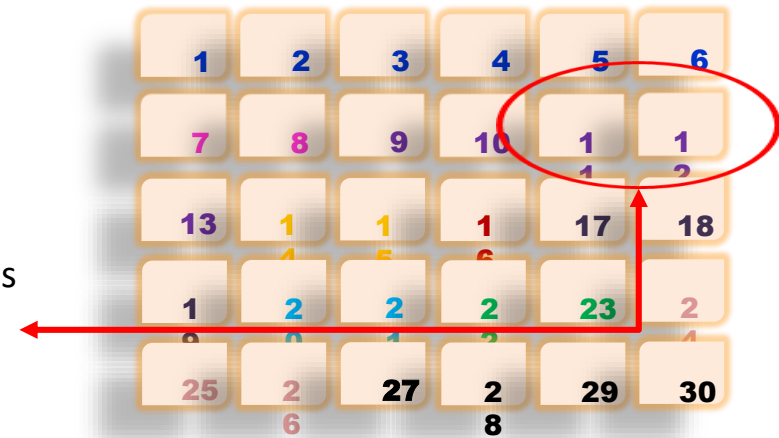
Que faire devant une femme présentant de « petits signes » d'une vulnérabilité psychique ?

- Les prendre au sérieux
- +/- S'aider d'outils d'évaluation (EPDS par exemple)
- **Si signes d'alerte, recours systématique** au psychologue et/ou psychiatre (quelle que soit la période : grossesse et/ou suites de couches)
- En SdC, **reporter la sortie et éviter les sorties le WE**
- S'assurer du **suivi à domicile** : PMI, SF libérale, HAD, PRADO, prendre les RV. Faire le lien avec le médecin traitant
- Prévenir la patiente et l'entourage de la **spécificité de la période post-natale** et de ne pas hésiter à consulter
- Orienter vers les **associations** (deuil périnatal, maman-blues)



S'organiser et coordonner la prise en charge en maternité

- **Outils en maternité en lien avec le territoire :**
 - Former les PS de périnatalité aux troubles psychiques
 - Mettre en place **des staffs MPS ou de parentalité** pour **coordonner les parcours des cas complexes**
 - Disposer d'équipes dédiées, de **circuits courts** et d'outils d'aide à l'orientation, **identifiés**
 - Développer les **collaborations** avec les équipes de psychiatrie (adultes et pédopsychiatres), avec l'équipe ELSA, avec le service social



Suicides maternels en France

« opportunités d'amélioration »



- **Dépister** les troubles psychiques et les contextes à risque
- **Interroger sur l'état de santé mentale** tout au long de la grossesse et du postpartum
- **Repérer les signes d'alerte** en maternité
 - Recours au psychologue ou psychiatre, évaluations tracées
 - Sortie de suites de couche retardée en cas de doute
 - Lien avec MT, tracé
- **Informar la femme et son entourage** que la période du post-partum est une période spécifique à risque de complication psychiatrique et qu'il ne faut pas hésiter à consulter.
- En cas de pathologie mentale connue, élaborer **dès le début de la grossesse un parcours de soins spécifique coordonné** entre la maternité, les services de santé mentale, les soins primaires- PMI, médecin traitant.
 - grossesse anticipée
 - traitement adapté tout au long de la grossesse et après l'accouchement.
 - capacité de la mère à s'occuper de son enfant évaluée et prise en charge après l'accouchement organisée
- Connaître les indications d'hospitalisation en psychiatrie
- Développer les ressources sur le territoire, **offre de soins gradués en santé mentale périnatale**

Et ailleurs?

Suicide maternel dans pays « riches »

- 12-20 % des Morts Maternelles (jusqu'à 1 an)
- Survenue: 60-80% entre 42 j et 1 an postpartum
Médiane: 4-6 mois PP
- RMM par suicide
 - 2 à 4/100 000
 - Variable selon issue de grossesse:
 - Avortement/mort-né > Naissance vivante

Royaume-Uni, rapport CEMACH

Suède, Esscher et al 2016

Italie, Donati et al 2019

California, rapport CA-PAMR 2019

Et ailleurs?

- **Opportunités de prise en charge**

- ~ 50 % avec troubles psychiatriques présents avant la grossesse
 - inconstamment rapportés dans dossier prénatal
- ~ 25% avec troubles psy apparus pdt grossesse ou postp
- ~ 25% sans soins psychiatriques traçables avant suicide

Suède, Esscher et al 2016

Italie, Donati et al 2019

California, rapport CA-PAMR 2019

- **Evitabilité**

~ 50%

plus grande quand troubles psy apparus pdt grossesse ou postp

California, rapport CA-PAMR 2019

Suicides maternels en France



❖ Un constat : cause majeure de mortalité maternelle

- 1 suicide maternel/mois en France
- 90% évitables = grande marge d'amélioration
- Réalité encore méconnue
- ...qui témoigne de la priorité que constitue la santé mentale maternelle

❖ Prévention des suicides maternels: un défi actuel

- Améliorer et coordonner les soins
- Importance de la recherche sur la morbidité d'amont, y compris interventionnelle

❖ Grossesse = période de vulnérabilité mais aussi fenêtre d'opportunité



Remerciements

aux assesseurs de l'ENCMM
aux réseaux de santé périnatale
aux équipes hospitalières
au CépiDC, Inserm, SPF

Rapport complet et infographie disponibles en accès libre

<http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

Appel à volontaires pour la mission d'assesseur de l'ENCMM

Contact : encmm@inserm.fr