



# Le suicide maternel, entité « émergente »

**Catherine Deneux-Tharaux  
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)

déclaration directe - via réseaux  
certificats de décès

chainage fichiers naissances/décès/PMSI



- 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

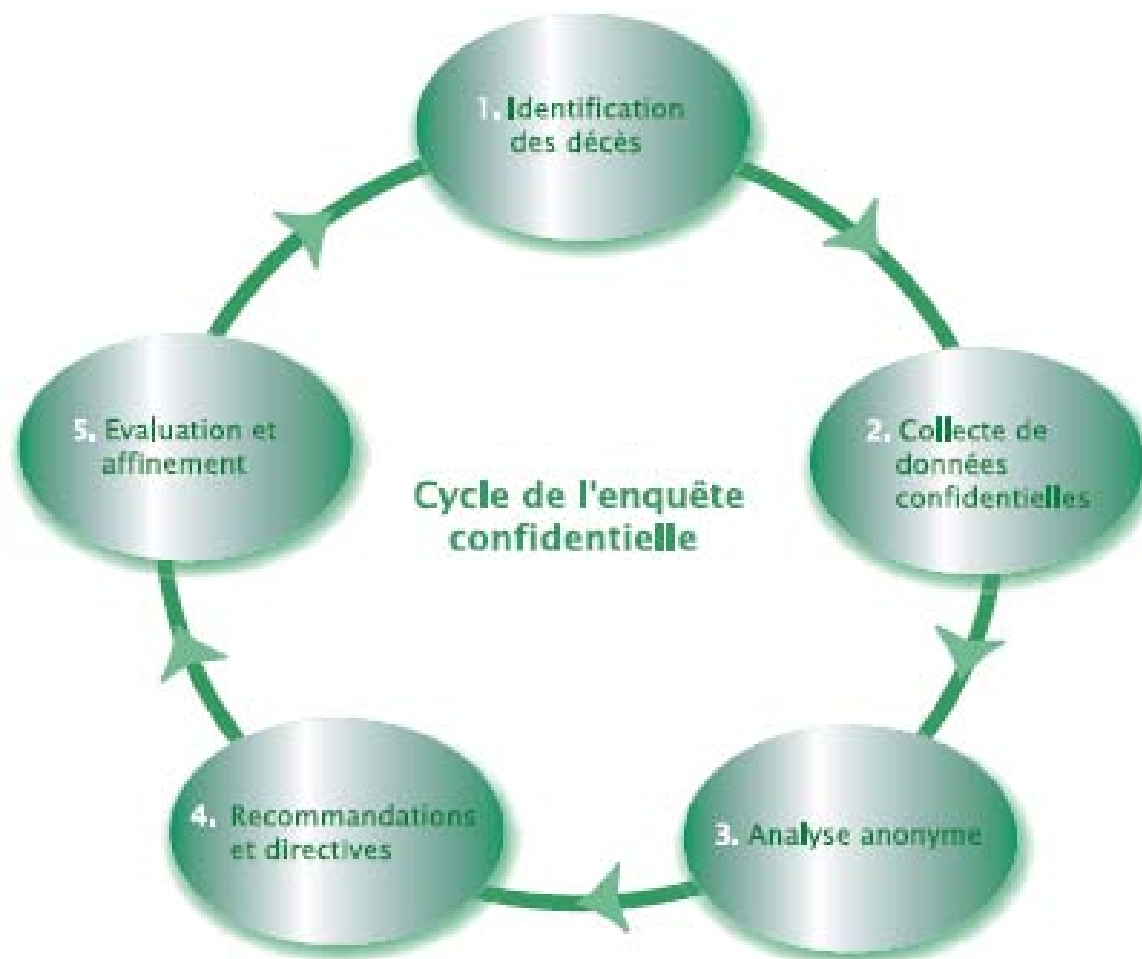


**Morts Maternelles**

- Adéquation des soins prodigués
- Évitabilité du décès

# 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

Suicides retenus comme « morts maternelles »

= Rôle causal direct ou indirect de la grossesse documenté

# 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



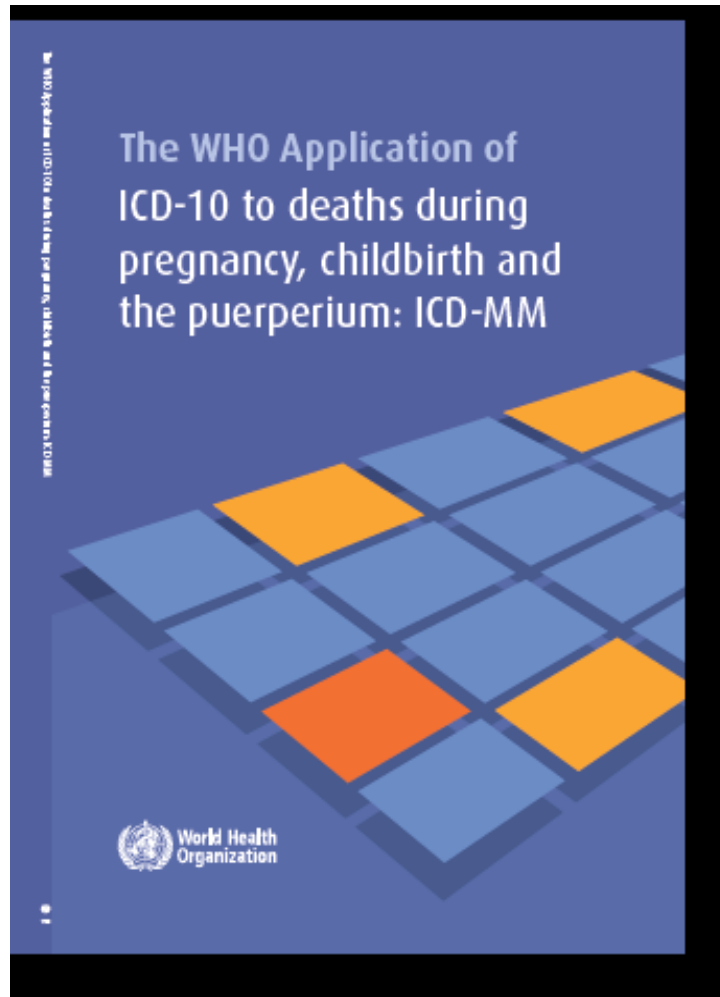
# Mortalité maternelle par suicide en France

---

- 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 de l'histoire quand survenue à distance de l'accouchement

Et ailleurs?

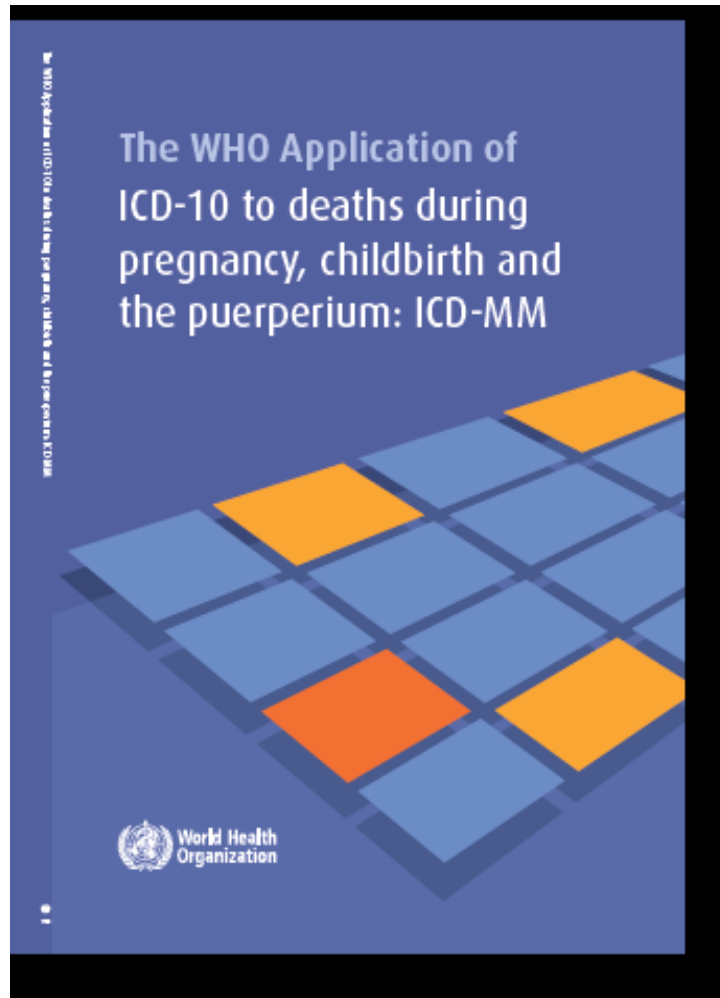
# Recommandations internationales



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

**(2012)**

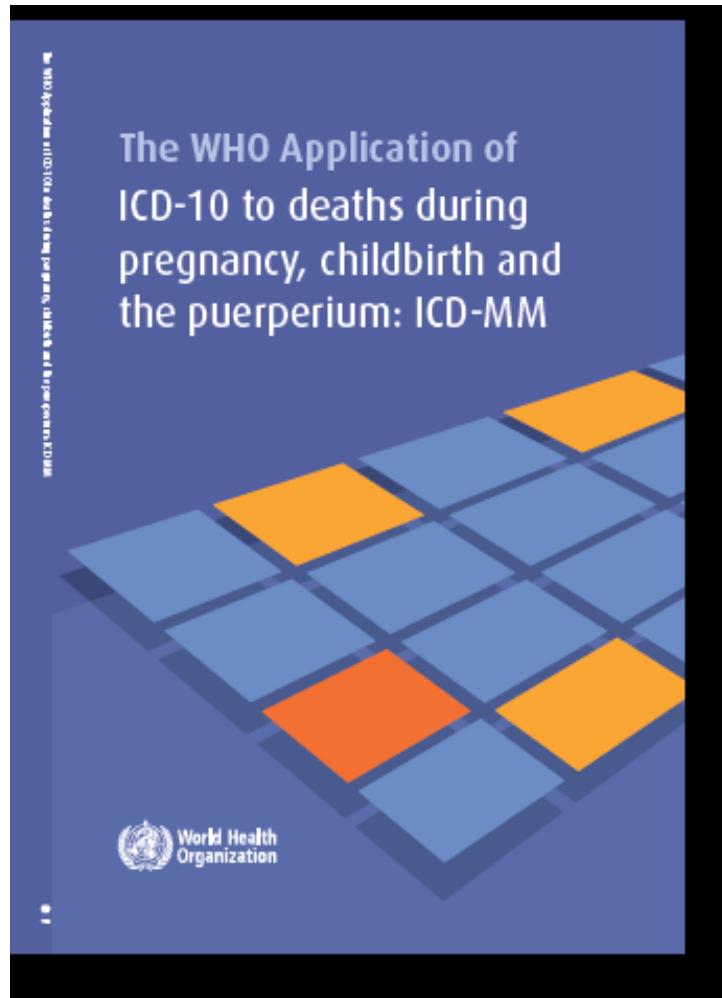
# Recommandations internationales



(2012)

- 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

# 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 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>

(\* /100 000 naiss)

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

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

(Lommerse et al 2018)

# 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: 6 mois PP
- RMM par suicide
  - 2 à 4/100 000
  - Variable selon issue de grossesse:
    - Avortement/mort-né > Naissance vivante

*Suède, Esscher et al 2016*

*Italie, Donati et al 2019*

*California, rapport CA-PAMR 2019*



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 contraception orale
  - Suivie 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 prise en charge: 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 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*

# Et maintenant?

---

- Mieux
    - identifier
    - documenter
    - analyser
- les suicides maternels



# 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)



Prochain rapport

Morts maternelles 2013-2015

attendu fin 2020



**Merci**