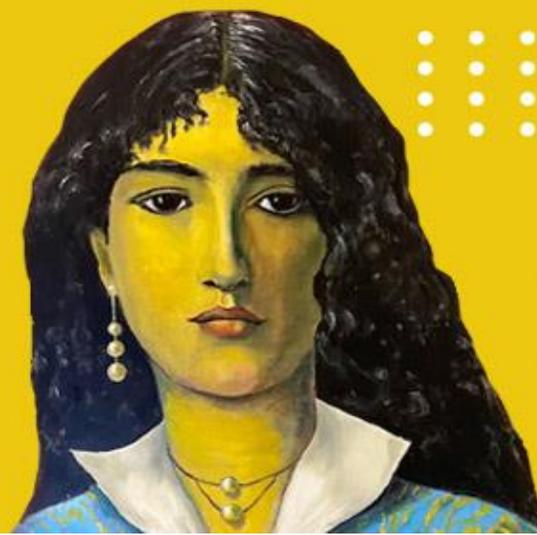


26^e C O N G R È S
GENESIS

2 JOURS
POUR
LA SANTÉ
DES
FEMMES

www.congresgenesis.fr



26 & 27
SEPTEMBRE
2024

UICP

16 rue Jean Rey
75015 PARIS

Réalité des suicides maternels en France première cause de décès en France

Marie-Noelle Vacheron, Psychiatre

Coralie Chiesa-Dubruille et Véronique Tessier, sages-femmes

Pour l'ensemble du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle

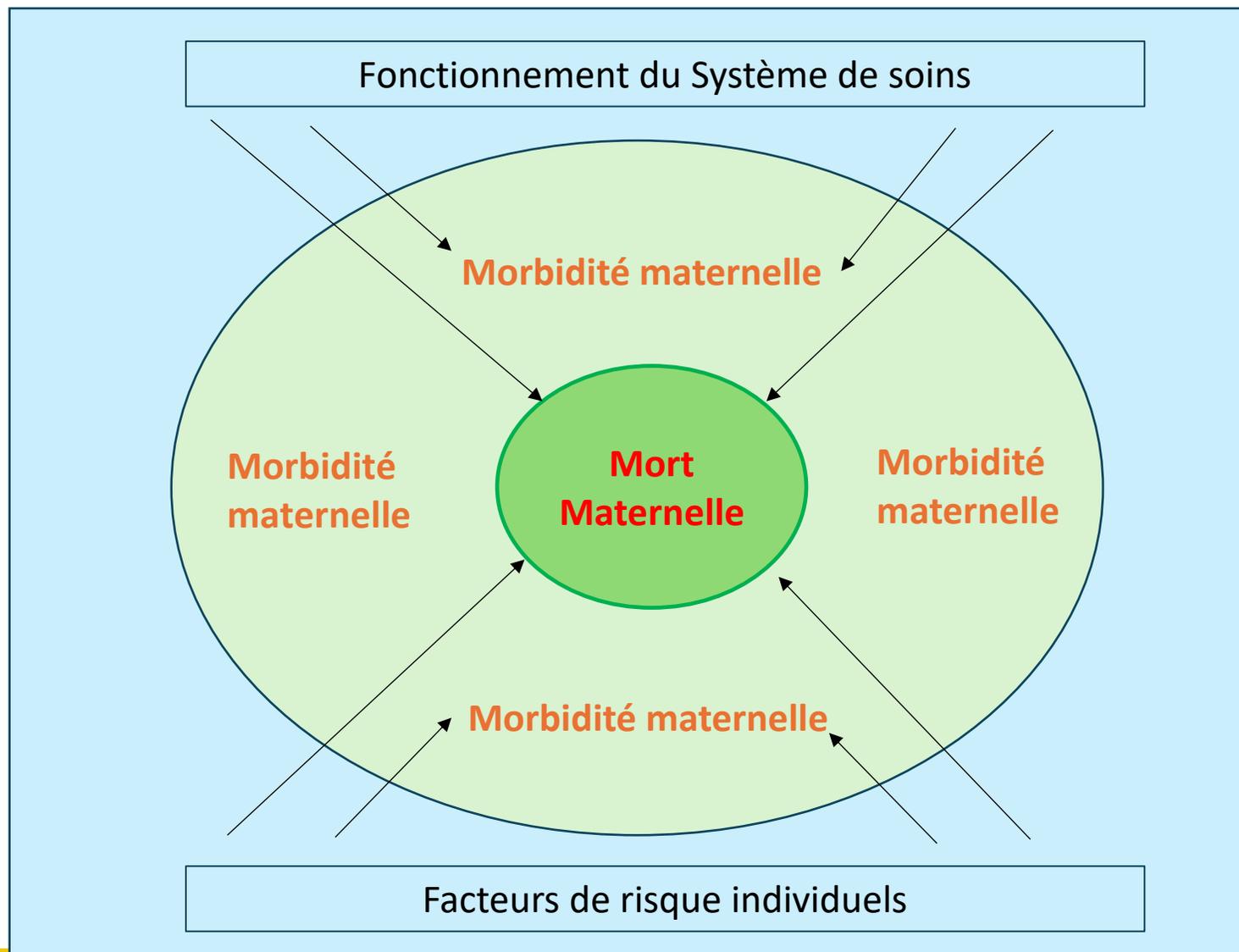
www.congresgenesis.fr

Conflits et Liens d'intérêts

- Aucun conflit d'intérêt
- Sage-femme membre du CNEMM de 2015 à 2024



La mort maternelle = un « événement sentinelle »



Indicateur-clé

- de santé maternelle/femmes AR et des inégalités
- du fonctionnement du système de soins

Nombre de décès maternels / Ratio de MM (RMM)

2016-2018	272
2013-2015	262

**90 morts maternelles/an
~1 mort / 4 jours**

Suicide maternel et autres causes psychiatriques 2016-2018



- **Première cause de mortalité maternelle** considérée jusqu'à 1 an après l'accouchement.
- 47 morts de causes psychiatriques dont **45 suicides maternels** soit
 - un ratio de mortalité maternelle (RMM) = **2.1 pour 100 000 naiss vivantes**
 - $\approx 1 / 3$ semaines
 - \nearrow (non signif) par rapport à 2013-15: n= 37 (35 suicides)– RMM=1.5/100 000 NV
- Suicides : 16,5% de l'ensemble des morts maternelles

Qui sont les femmes décédées par suicide ?



- Age médian : 30 ans [18-42] - 27% des femmes > 35 ans vs 19% ENP 2016
- 95 % femmes nées en France vs 81% ENP 2016
- **Antécédents psychiatriques : n= 24 (53%)**
 - À type de dépressions, troubles bipolaires
 - **Antécédents de passages à l'acte suicidaire**
 - Antécédents de scarifications/ TS à l'adolescence isolés ou associés
 - Troubles du comportement alimentaire
- **Vulnérabilité psycho-sociale** : Variable composite: **n=12 (29 %)** vs 22% ENP 2016
 - 7 femmes vivaient seules dont 4 séparées en cours de grossesse ou en postpartum précoce
 - 6 femmes étaient victimes de violences conjugales
- **Comorbidités addictives : n= 2 (5%) : sous estimation ?**

Qui sont les femmes décédées par suicide ?

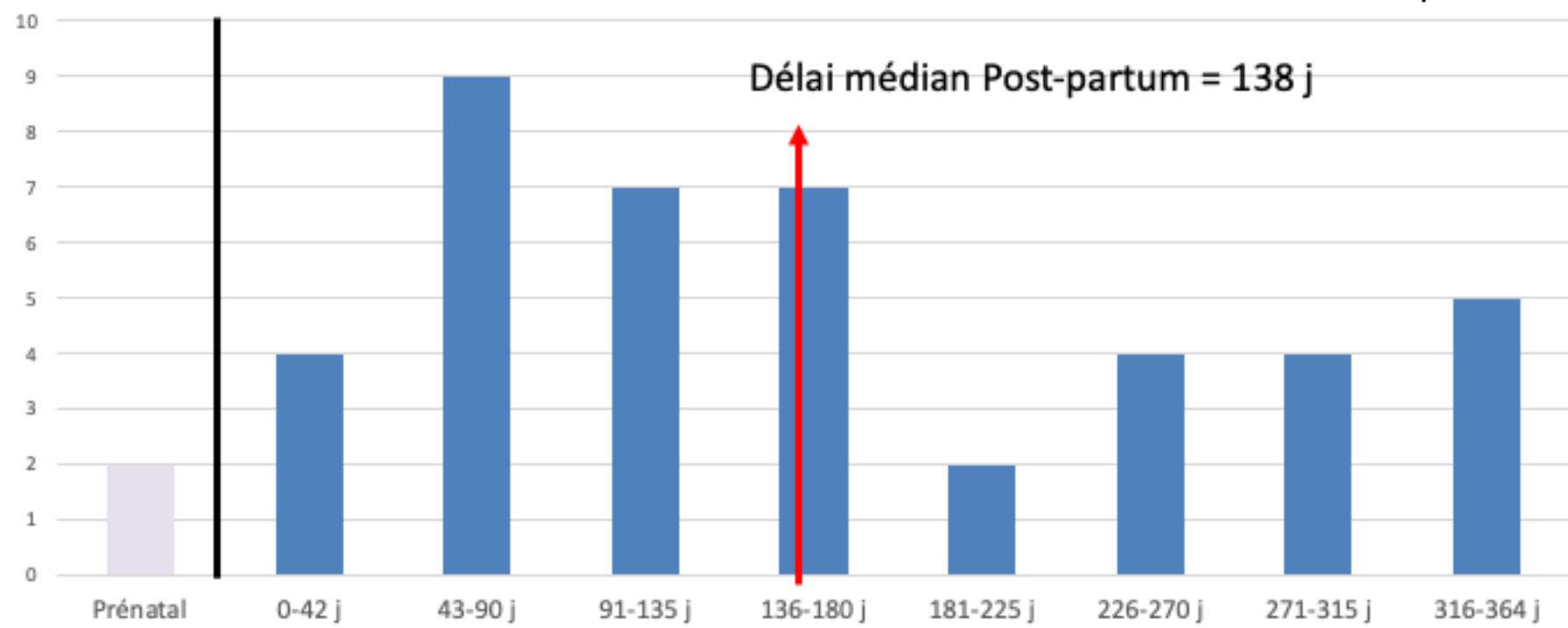
- Pour **1 femme sur 2 avec atcds psychiatriques** soit 12 femmes, les atcds psychiatriques existent mais **ne sont pas connus de l'équipe obstétricale**.
- Parmi les femmes **avec atcds psychiatriques connus** :
 - 4 femmes avaient un suivi conjoint obstétrical et psychiatrique
 - 4 autres femmes: atcds connus par l'équipe obstétricale **mais sans contact** de cette équipe avec les psychiatres ou avec un contact insuffisant
 - **2 refus de femmes** de voir un psychiatre pendant la grossesse.

- Recherche systématique des antécédents psychiatriques par l'équipe obstétricale **sans stigmatiser**
- Mise en lien entre les différents partenaires
- Ne pas sous estimer les refus

Caractéristiques des suicides maternels

- Quand ?

- 5 après IVG
- 2 pendant la grossesse



Importance d'associer l'ensemble des acteurs
au dépistage de la dépression et de la recherche des idées suicidaires

Le suicide en période périnatale

- Facteurs de risque socio-démographiques et environnementaux :

- Un jeune âge lors de la grossesse
- Une grossesse non désirée
- Des conflits familiaux
- Des violences subies (dans l'enfance ou conjugales)
- L'isolement et/ou l'absence de conjoint
- Le fait de subir des discriminations
- De faibles revenus
- Un faible niveau d'études
- Résider dans une zone rurale ou éloignée

- Les contextes à risque sont encore mal repérés dans la clinique quotidienne pour prévenir le suicide maternel.
- S'appuyer sur des facteurs plus spécifiques tel que les antécédents psychiques et/ou psychiatriques.

Les facteurs plus spécifiques

- La période de la grossesse et du postpartum : véritable crise identitaire
 - Une femme sur 4 souffre de troubles psychiques en période postnatale
 - Risque accru d'hospitalisation en postpartum p/r période avant grossesse (X 22)
- Antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiatriques
 - +++ Troubles bipolaires, dépression récurrente
 - Trouble de personnalité borderline, Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)
 - Schizophrénie
- Antécédents de tentative de suicide
- Présence d'idées suicidaires : principal facteur de risque du suicide (*orsonini 2016; xia 2022*)
 - 8% des femmes ont des idées suicidaires en période périnatale : 10% en ante-partum et 7% en post-partum

Pendaison dans un contexte de dépression du post-partum : intérêt de l'EPDS en médecine générale

- Femme de 32 ans, en couple, sans comorbidité ni atcd médical notable connu
- Suivi de grossesse régulier
- Accouchement VB à terme. SDC sans particularité, pas de notion de baby-blues. Sort à J5
- A 6 mois PP : apparition de symptômes dépressifs (Insomnie, sentiment d'incompétence)
- Prescription antidépresseurs/médecin ttt puis orientation 1 mois après vers un psychiatre
- Modification à 2 reprises du ttt pour mauvaise tolérance puis ttt majoré
- Arrêt du ttt 1 mois après par la patiente avec interruption du suivi avec le psychiatre.
- Le médecin traitant ne reprend pas d'avis spécialisé et prescription de phytothérapie.
- La patiente est retrouvée pendue quinze jours après.

Pendaison dans un contexte de dépression du post-partum : intérêt de l'EPDS en médecine générale

- Commentaires :
 - **Il existe une sous estimation du syndrome dépressif en PP**
 - **Pas de lien** avec le psychiatre lors de l'arrêt du traitement
 - **Le risque suicidaire ne semble pas avoir été évalué**
 - **Le conjoint n'est pas associé à la prise en charge**

Importance du dépistage par tous les acteurs

Attention aux symptômes d'alerte

- des variations thymiques (variations de l'humeur) de la femme en période périnatale, des troubles du sommeil,
- 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.
- les passages fréquents aux Urgences et les plaintes somatiques au cours de la grossesse ou en postpartum
- Les inquiétudes récurrentes sur le bébé

Prendre en compte les représentations culturelles

Des outils de dépistage dont l'EPDS :

- Un outil qui permet d'**aborder** la dépression, et les idées suicidaires sans tabou
- Un outil qui facilite l'orientation spécialisée

Importance de la **communication et de la déstigmatisation de la dépression du postpartum**

Echelle de dépistage de la dépression postnatale d'Edimbourg EPDS : score de 0 à 30

Aide au repérage en suites de couches (ou pendant la grossesse)

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir
3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil:
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal

Score ≤ 8

Aucune investigation

Score entre 9 et 12

Psychologue avec accord patiente avec RV dans les 15 j

Score > 12 et/ou item 10+

Pas de sortie avant Cs Psychiatre si accord de la patiente

Comprendre les limites actuelles du dépistage

- Pourquoi ce décalage ?
- Les dépressions périnatales trop peu dépistées par les équipes de première ligne
 - Trop peu formées
 - Pas de stratégie de dépistage
- Trop peu de demandes d'aide, dans cette période de vie
 - Les femmes n'identifient pas les symptômes
 - Elles n'osent pas en parler car elles peuvent se sentir coupables de ce qu'elles éprouvent
 - Elles rencontrent des résistances dans leur entourage
 - Elles craignent une prescription médicamenteuse en première intention surtout pendant la grossesse
 - Interrogées, elles disent clairement préférer les thérapies basées sur la parole aux traitements pharmacologiques.

7^e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

Les CONCLUSIONS du rapport



Accès libre et gratuit
sur le nouveau site ENCMM/CNEMM
<https://encmm.inserm.fr/>
pour trouver toutes les infos et documents, rapports, etc
sur l'ENCMM/CNEMM

- Numéro Spéciaux (open access)**
- revue GOFS Avril 2024
 - revue Ann Réa Mai 2024

Décès maternels de cause psychiatrique

- **Évitabilité : 79% des cas**
- Suicides « probablement » (27%) ou « possiblement » évitables (52%)
- **Les facteurs d'évitabilité**
- **Soins inadéquats dans 70% des cas**
 - Traitement médicamenteux ou prise en charge inadaptés : 58%
 - Défaut diagnostique (non fait ou fait avec retard) : 52%
 - Défaut de prise en compte de la spécificité de la période périnatale par les psychiatres
 - Facteurs de stress psychosociaux insuffisamment pris en compte
- **Défaut d'organisation des soins dans 46 % des cas**
 - Défaut de communication entre les différents intervenants (52%)
 - Absence d'orientation spécialisée
- **Défaut d'interaction patiente-système de soins dans 76 % des cas**
 - Refus de soins

Importante contribution des facteurs liés à l'organisation des soins, et au défaut d'interaction entre la femme et le système de soins

Le suicide en période périnatale : à retenir

- La période périnatale ne protège pas du suicide :
 - les femmes enceintes ou accouchées se suicident plus que les femmes du même âge dans la population générale
 - alors qu'elles ont **plus de contact** avec des professionnels de santé
- Les suicides maternels sont **violents**
- Les conséquences sont délétères sur l'enfant, et l'entourage
- La prévention est (encore) difficile

Une amélioration nécessaire des prises en charge qualité, organisation des soins, déstigmatisation

- **Rechercher et connaître les facteurs de risque**, personnels et familiaux, de dépression périnatale **tout au long** du suivi de la grossesse et du postpartum : contextes à risque et symptômes d'alerte avec outils de dépistage.
- **Sensibiliser et former** l'ensemble des professionnels de santé sur la santé mentale des femmes en période périnatale.
- **Impliquer dans le dépistage des symptômes de troubles mentaux** tous les acteurs de soins au contact des femmes **pendant la grossesse et l'année qui suit** l'accouchement, par l'interrogatoire et en s'aidant d'outils standardisés comme l'EPDS
- **Informar les femmes enceintes, leur entourage**, ainsi que le grand public, des signes de dépression périnatale, de leur fréquence et de l'importance de consulter rapidement en cas de symptômes

Une amélioration nécessaire des prises en charge : qualité, organisation des soins et déstigmatisation

- **Développer une réponse territoriale : des collaborations ville-hôpital, maternité-psychiatrie et psychiatrie-pédopsychiatrie**
 - Pour un suivi de la grossesse et du PP adapté pour les femmes avec vulnérabilité psychiatrique
 - Consultations pré conceptionnelles, orientation vers des maternités ayant une équipe psy
 - Offrir des **parcours de soins personnalisés**, sécurisés et coordonnés pour éviter les formes sévères et les suicides de façon précoce
- Améliorer la **collaboration pluridisciplinaire** :
 - Formations interdisciplinaires et des sensibilisations aux risques spécifiques de la période périnatale, soutenant le développement de pratiques partagées
 - Identification de professionnels ressources au sein des régions : information, accueil, et conseils, téléconsultations ...

7^e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

Merci de votre attention