

« Mieux comprendre pour mieux prévenir »



# Mortalité maternelle en France

## Principaux résultats du rapport 2010-2012

### *Focus sur les décès par HPP*

Catherine Deneux-Tharaux

Pour l'ensemble de l'équipe de coordination et du CNEMM

# Mortalité Maternelle



## ❑ « Evènement sentinelle »

= Indicateur de la qualité du fonctionnement du système de soins

- en général (notion de mort évitable)
- obstétricaux en particulier

## ❑ 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

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



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

**Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle**  
(CNEMM)  
(lien temporel ET causal)

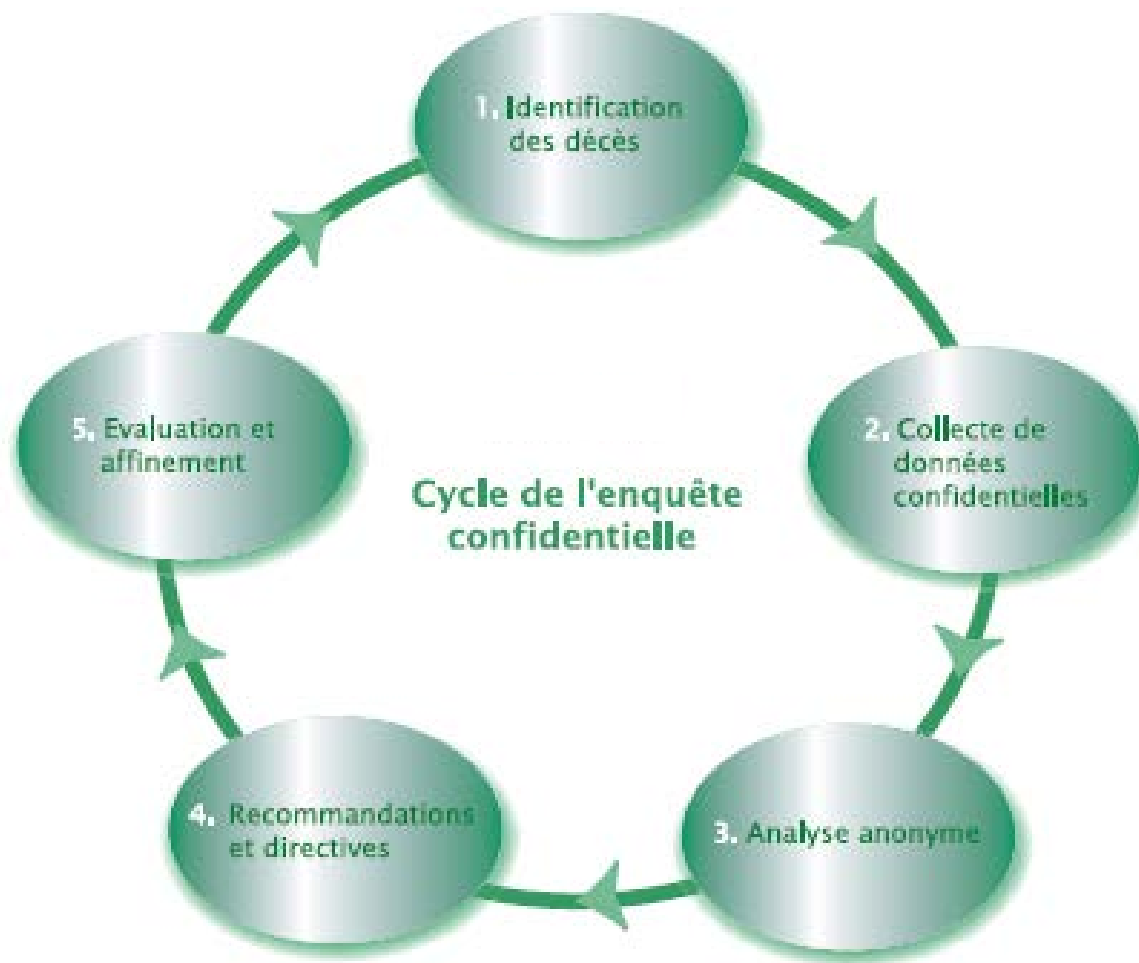


**Morts Maternelles**

- Adéquation des soins prodigués
- Évitabilité du décès

# Le cycle de l'enquête confidentielle

« Mieux comprendre pour mieux prévenir »



**SANTÉ  
PÉRINATALE  
ET PETITE  
ENFANCE**

**SEPTEMBRE 2017**

ÉTUDES ET ENQUÊTES

**LES MORTS MATERNELLES**  
**EN FRANCE : MIEUX COMPRENDRE**  
**POUR MIEUX PRÉVENIR**

5<sup>e</sup> rapport de l'Enquête nationale confidentielle  
sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012

**Mortalité maternelle**  
**2010-2012**

Rapport complet disponible  
sur les sites SPF et Inserm Epopé

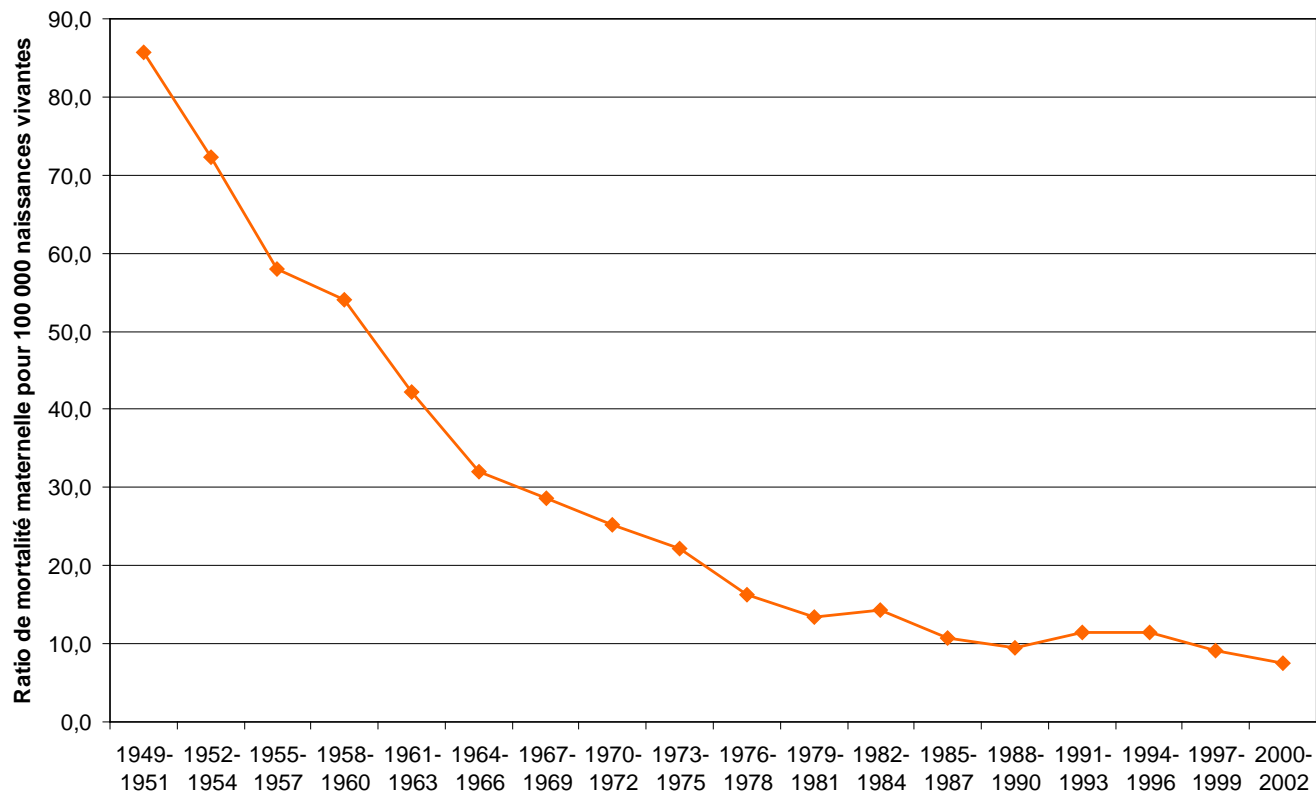
# Niveau de mortalité maternelle en France



- Nombre de décès maternels / Ratio de MM (RMM)

ENCMM				
Période	NV (N)	MM (n)	RMM (/100 000 NV)	IC95%
<b>2010-2012</b>	2477240	256	<b>10,3</b>	<b>(9,0-11,6)</b>
<b>2007-2009</b>	2 472 650	254	<b>10,3</b>	<b>(9,1-11,7)</b>
<b>2001-2006</b>	4 829 866	463	<b>9,6</b>	<b>(7,5-10,0)</b>

## Evolution du ratio de MM en France depuis 1950,



- ~85 morts maternelles/an en France, ~1 cas/ 4-5 jours
- Niveau stable depuis 15 ans

# Mortalité maternelle et « bas risque obstétrical »

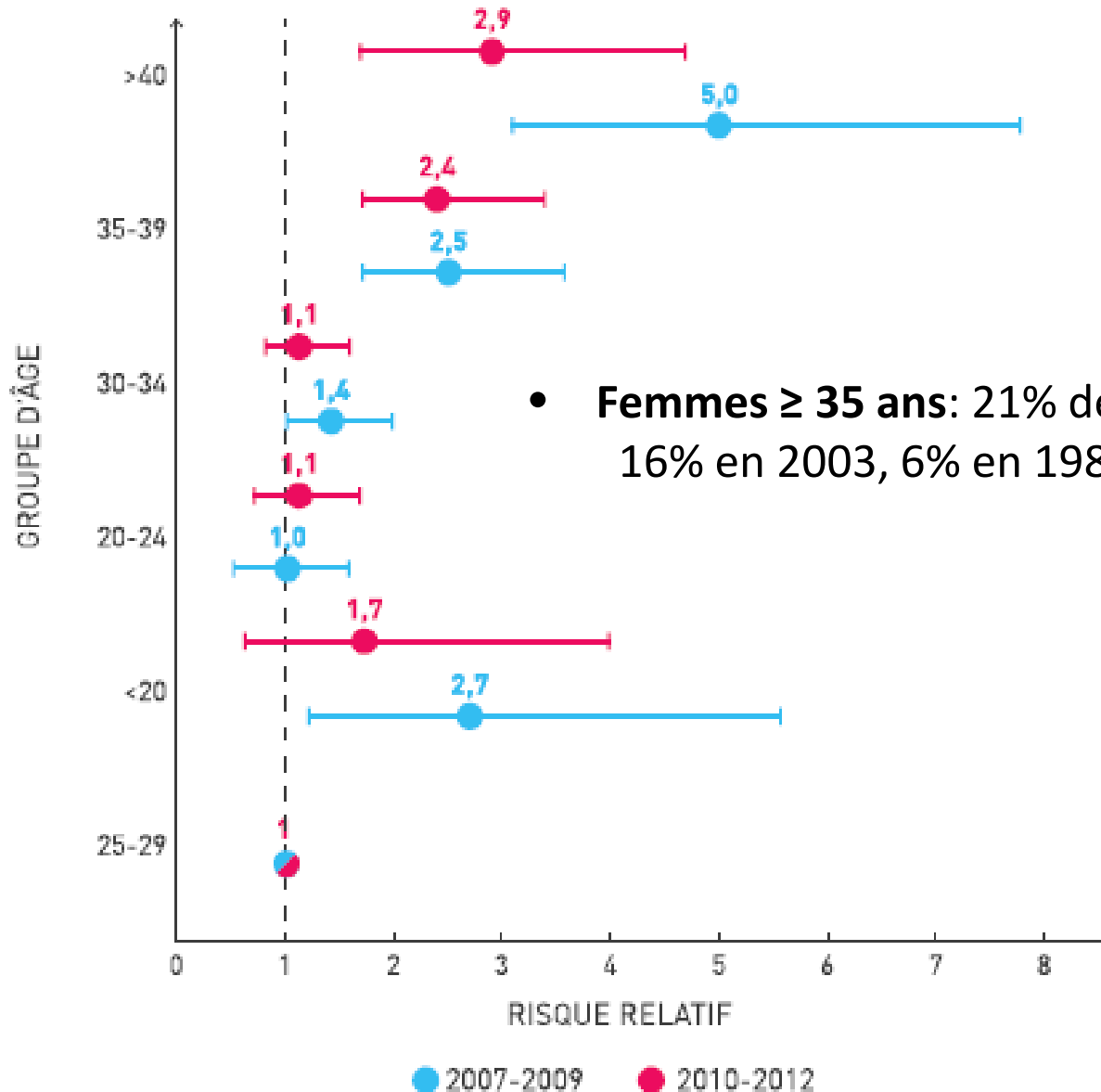
---



- Age maternel
- Origine géographique
- Obésité

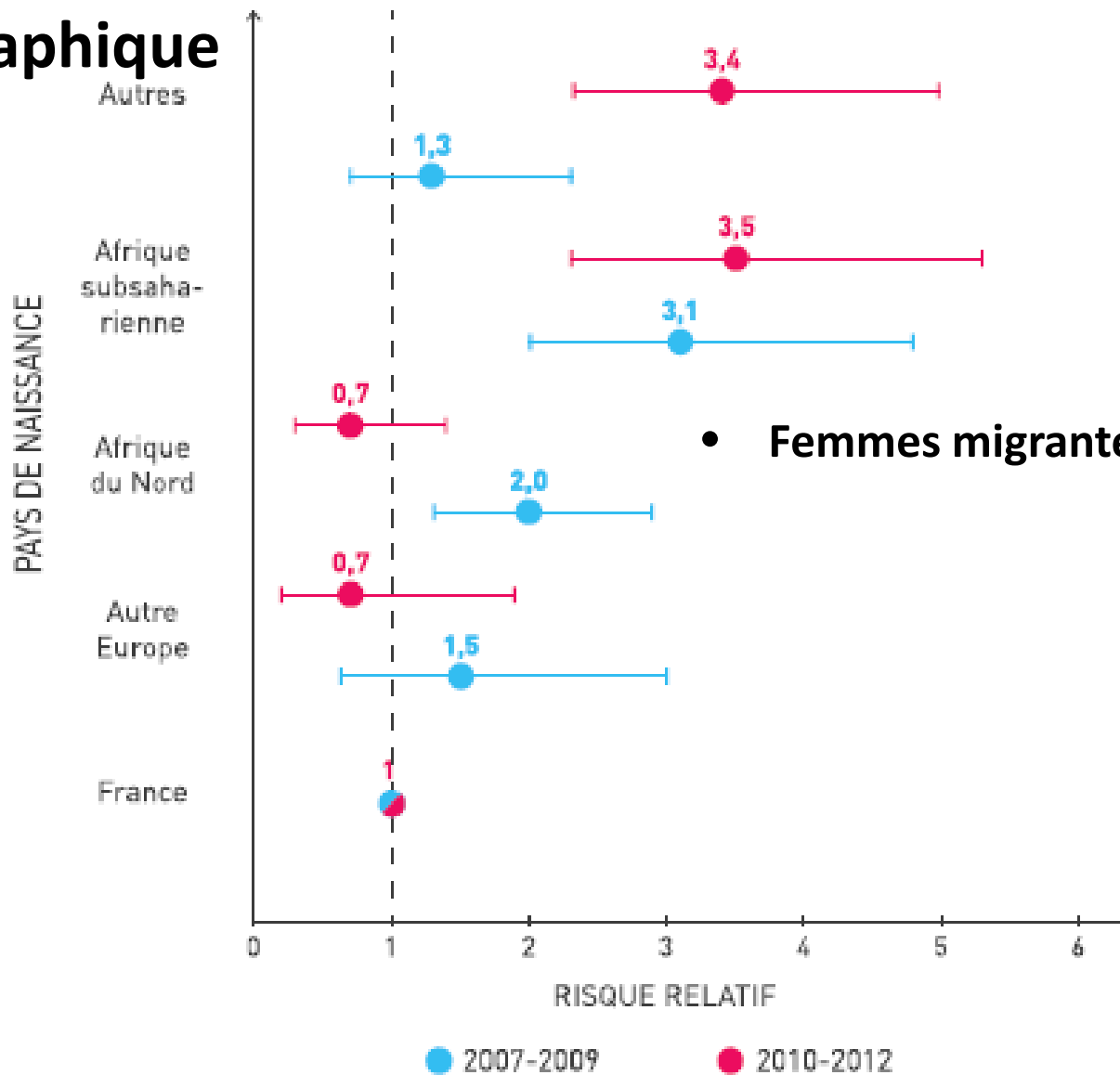


# Age maternel



Groupe de référence = femmes âgées de 25-29 ans.

# Origine Géographique



- Femmes migrantes: 19% des acc en 2016

Groupe de référence = femmes nées en France

## ○ **Obésité maternelle**

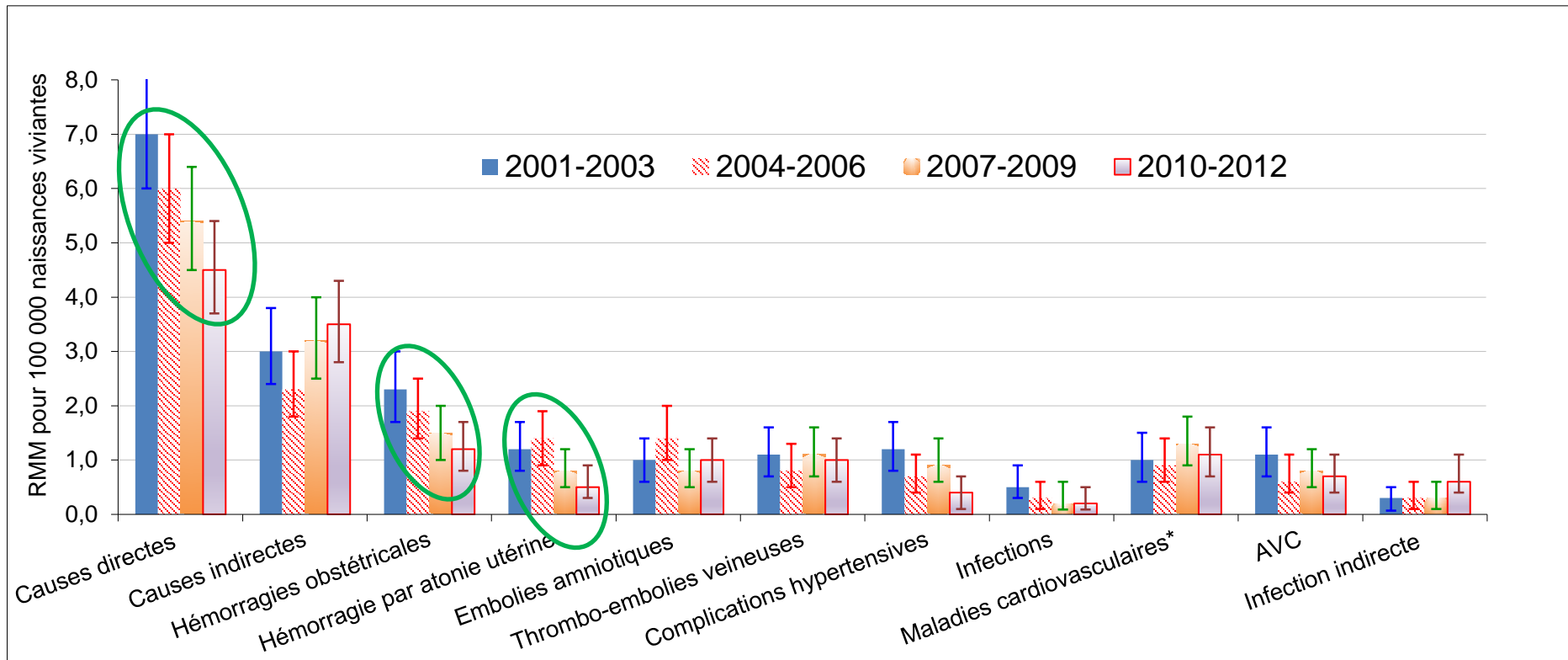
- Risque de mortalité maternelle multiplié par 2,5
- 12% des accouchements en 2016

# **Mortalité Maternelle par Hémorragie 2010-2012**

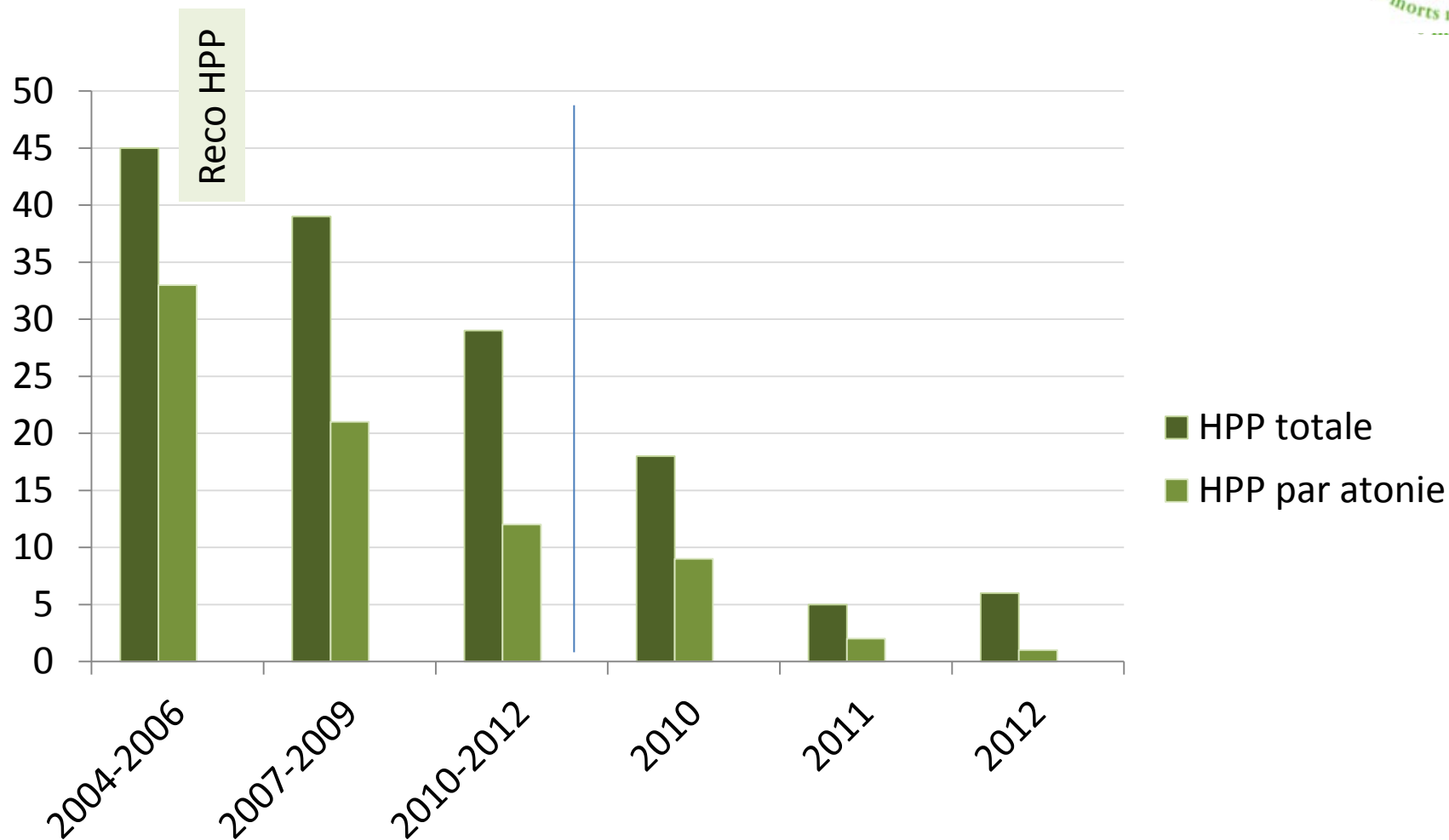


	n	%
<b>Causes directes</b>	<b>121</b>	<b>47</b>
Hémorragies du 1 <sup>er</sup> trimestre	5	2
Hémorragies obstétricales	29	11
Thrombo-embolies veineuses	26	10
Embolies amniotiques	24	9
Complications hypertensives	12	5
Infections	6	2
Complications d'anesthésie	4	2
Autres directes	15	6
<b>Causes indirectes</b>	<b>99</b>	<b>39</b>
AVC	21	8
Maladie Cardio-vasc	19	7
Infections	16	6
Suicides	10	4
Autres	33	13
<b>Causes inconnues</b>	<b>36</b>	<b>14</b>
Morts subites	23	9
<b>Toutes</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

# Evolution de la mortalité maternelle par cause depuis 12 ans\*



# Baisse de la MM par hémorragie : la bonne nouvelle



# Mortalité maternelle par hémorragie

---



- **Mieux.....mais encore améliorable**
  - Demeure 1<sup>ère</sup> cause , dont 40% par atonie
    - Particularité française par rapport aux pays avec même nv de ressources
  - Evitabilité: 54% certainement, 46% peut-être



# FACTEURS D'ÉVITABILITÉ IDENTIFIÉS

- **Manque d'anticipation (1/3)**
- **Défaut de diagnostic (1/2)**
- **Stratégie de prise en charge inadéquate (2/3)**

# « LEÇONS » TIRÉES DE L'EXAMEN DES DÉCÈS



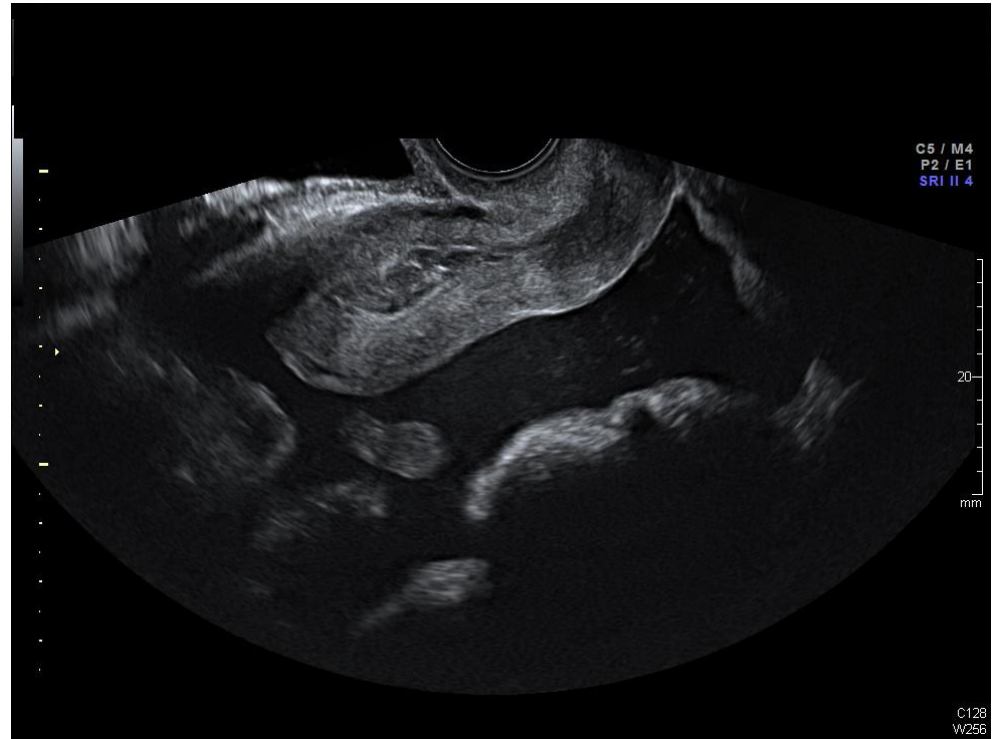
- Manque d'anticipation (1/3)
- **Défaut de diagnostic** (1/2)
- Stratégie de prise en charge inadéquate (2/3)

# Hémopéritoine méconnu: 40% des MM par hémorragie

Malaise maternel isolé

Tachycardie isolée

Pâleur isolée



## Une HEMORRAGIE OBSTETRICALE



- Césarienne en cours de travail dans un contexte d'hyperthermie (39°) et d'ARCF
- CRO: RAS sauf déchirure hystérotomie vers le col
- SSPI: tachycardie (dès la sortie du bloc) 150-160 hyperthermie malaise sueurs pâleur vasoconstriction++ hemocue 13g/dl
  - > appel réa pour sepsis sévère
- Antibiothérapie et remplissage macromolécules 1000ml
  - > amélioration clinique : pas de transfert réa
- Aggravation secondaire, impossibilité de prélever bilan, mutation réa, VVC, mise sous noradrénaline, hémocue 2,3g/dl
- ACR: RCP et laparotomie au lit: hémopéritoine massif
- Décès 6h30 post partum

# HEMORRAGIES OBSTETRIQUES : LES MESSAGES CLES



- ➔ Le **diagnostic d'hémorragie** en postpartum ne se résume pas à un volume de pertes sanguines. Il **doit être évoqué devant un malaise, une tachycardie isolée, une pâleur ou une polypnée**. La pression artérielle peut être maintenue pendant une période relativement longue grâce aux mécanismes compensateurs.
- ➔ Des **fiches standardisées de surveillance du post-partum** sont des outils qui devraient être mis à disposition de tout acteur s'occupant des accouchements, *a fortiori* dans les lieux ayant une activité obstétricale occasionnelle.
- ➔ Dans les suites d'une césarienne, un **hémopéritoine** doit être évoqué devant des signes d'hypovolémie. Il doit être recherché par une échographie faite au lit de la patiente. Son existence nécessite une reprise chirurgicale immédiate et contre-indique un transfert.
- ➔ Lors de la prise en charge initiale d'une hémorragie, **une valeur d'hémoglobine dans la norme ne doit pas faire sous-estimer l'importance des pertes sanguines** et engendrer un retard ou une insuffisance transfusionnelle.





**Merci de votre attention**

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