

CHAPITRE 11A
Morts par Suicide et autres causes psychiatriques
MARGARET OATES pour l'Équipe éditoriale
Morts psychiatriques dues au suicide ou attribuées à des causes physiologiques
: recommandations clés.

Dispositions à adopter dans les services hospitaliers

Un protocole à suivre pour les femmes à risque de rechute d'une maladie mentale grave suite à l'accouchement devrait impérativement être mis en place dans chaque Pôle de Périnatalité.

Une équipe médicale spécialisée dans les soins psychiques en périnatalité ayant les connaissances, savoir-faire et expérience nécessaires pour prendre en charge les femmes risquant de souffrir ou souffrant d'une maladie mentale grave suite à l'accouchement devrait être disponible pour chacune.

Les femmes nécessitant une hospitalisation en psychiatrie suite à l'accouchement devraient pouvoir être accueillies dans une unité de soin mère-bébé, avec leur enfant. Dans les régions où ce service n'est pas proposé, elles devraient être hospitalisées dans l'unité mère-bébé la plus proche.

Un nombre suffisant d'unités mère-bébé devraient être mises en place en région pour répondre aux besoins de la population.

Recommandations aux praticiens libéraux

Une investigation systématique sur un éventuel épisode psychiatrique, sa gravité, les soins reçus alors et la description clinique devrait être réalisée lors de la première consultation du suivi de la grossesse.

Les praticiens libéraux devraient s'assurer que l'information nécessaire avec tous les détails importants concernant l'histoire psychiatrique actuelle ou passée de la patiente sont transmis à la Maternité concernée.

Le terme PND "Postnatal depression" – Dépression PostNatale ne devrait pas être utilisé comme terme recouvrant toutes sortes de trouble psychiatrique. Les détails des maladies mentales passées doivent être recherchés et notés selon les recommandations du paragraphe précédent.

Les femmes qui ont un passé de troubles psychiatriques graves, post-partum ou non, devraient être vues par un psychiatre pendant la période anténatale. Un plan d'action prenant en compte la probabilité élevée de rechute suite à l'accouchement devrait être élaboré en accord avec la patiente, son équipe de maternité et son généraliste et rangé dans le dossier de suivi de grossesse qu'elle garde avec elle.

Les femmes qui ont souffert de maladie mentale grave suite à un précédent accouchement - ou à d'autres périodes de leur vie - devraient être averties et conseillées sur l'éventualité d'une rechute à l'occasion de nouvelles grossesses.

Formation

Les Royal Colleges of Psychiatry, Obstetrics and Gynaecology, General Practice and Midwives – Collèges Royaux de Psychiatrie, Obstétrique et Gynécologie, Médecine Générale et Sages-Femmes - devraient veiller à ce que la psychiatrie périnatale soit incluse dans la formation initiale et continue et soit obligatoire.

Une formation spécifique doit être mise en place en région avant d'initier une investigation systématique des femmes souffrant ou ayant souffert de troubles psychiatriques.

Les obstétriciens et les sages-femmes devraient connaître les lois et documents qui traitent de la protection de l'enfance, quand et à qui s'adresser.

Introduction

Difficulté psychiatrique périnatale

Une difficulté psychiatrique associée à la naissance est courante, à la fois dans le sens de nouveaux épisodes spécifiquement liés à la naissance et par la récurrence de conditions préexistantes. 10 % des nouvelles mères sont susceptibles de développer une maladie dépressive (1), parmi celles-ci, entre un tiers et la moitié souffriront d'une dépression sévère (2). Deux pour cent des femmes ayant accouché verront un psychiatre au cours de l'année qui suit l'accouchement. Quatre pour mille seront hospitalisées en psychiatrie, parmi lesquelles deux pour mille développeront une psychose puerpérale.

La majorité des femmes qui ont des problèmes de santé mentale en post-partum souffriront d'un trouble dépressif moyennement grave, souvent avec anxiété associée. De tels troubles sont également prévalents pendant la grossesse. Cependant, il y a peu d'évidence qu'une dépression légère soit plus courante pendant la grossesse ou le post-partum qu'à d'autres moments de la vie. (1)

En contraste, le risque de développer une maladie mentale grave, soit une dépression sévère ou une psychose puerpérale, est particulièrement élevé, surtout dans les 3 mois qui suivent le post-partum. Le risque relatif de souffrir d'une dépression sévère suivant l'accouchement est de 5, de voir un psychiatre de 7 et d'être hospitalisée pour une psychose dans les 3 premiers mois suivant l'accouchement est de 324 (??). Le risque relatif de souffrir d'une nouvelle maladie psychiatrique pendant la grossesse est plus faible qu'à d'autres moments de la vie (4). Toutefois, il ne faut pas oublier que la prévalence de l'ensemble des troubles psychiatriques incluant l'utilisation de toxiques, la schizophrénie et les troubles obsessionnels compulsifs est la même au moment de la conception que dans la population féminine globale.

Alors que les facteurs psycho-sociaux jouent un rôle indéniable en tant que facteurs étiologiques dans les troubles dépressifs postnataux d'intensité légère à modérée (4), il a été avancé que des facteurs biologiques (génétiques et neuroendocrinologiques) sont les facteurs étiologiques les plus importants dans les cas graves qui se déclenchent au moment du post-partum. On sait qu'une histoire familiale de troubles bi-polaires augmente la probabilité de développer soi-même la maladie après la naissance (5). Les femmes qui ont déjà eu un épisode de maladie mentale grave en dehors du post-partum ont une probabilité plus grande de développer des troubles au moment du post-partum, probabilité variant entre un pour deux et un pour trente-six (?) et les femmes qui ont déjà eu un épisode de manie - post-partum ou non - ont un risque particulièrement élevé de rechute après l'accouchement, risque estimé à un pour deux (6). Le Rapport précédent (7) révélait que la moitié des femmes qui s'étaient suicidées avaient des antécédents de maladie mentale grave, développée pour le quart d'entre elles à l'occasion de leur dernier accouchement.

Services de psychiatrie spécialisés en périnatalité

Les maladies mentales graves suite à l'accouchement ont généralement un début brutal et une progression très rapide sur une période de 24-48 heures. 50 % des cas se sont manifestés dès le 7^{ème} jour et 90 % trois mois après l'accouchement. (4). Ceci, ainsi que les symptômes (8) et besoins spécifiques des femmes et de leurs bébés dans cette

période ont conduit à la reconnaissance nationale et internationale de la nécessité de créer des unités spécifiques pour les troubles psychiatriques périnataux (9). Il est généralement recommandé au Royaume Uni que l'hospitalisation de la mère, si elle est nécessaire, inclut celle du nouveau-né dans une unité spécialisée mère-bébé. Les conclusions du dernier Rapport indiquant qu'aucune des femmes décédées à la suite d'une maladie mentale grave n'avait été admise dans une unité mère-bébé souligne l'importance de développer une telle stratégie de Santé Publique.

Suicide maternel

Malgré la fréquence élevée des troubles psychiatriques maternels en général et le risque accru de troubles psychiatriques postnataux sérieux en particulier, le suicide est un événement rare durant la grossesse et le post-partum. Jusqu'à récemment, on pensait que la grossesse et le post-partum exerçaient un "effet protecteur" contre le suicide et que le taux de suicide maternel était plus bas que ce à quoi on pouvait s'attendre (10,11). Le précédent Rapport (1997-99) montrait que le taux de suicide maternel global était en fait plus proche de la norme que ce que l'on pensait précédemment et la cause principale de mort maternelle. Il y eut quatre fois plus de suicides après l'accouchement que pendant la grossesse.

Comme il est montré dans le Chapitre 20, le taux de suicide est moins élevé chez les femmes qui ont accouché pendant l'année qui suit que dans la population, équivalente en âge, des femmes n'ayant pas eu d'enfant. Cet "effet protecteur de la grossesse" est encore plus frappant chez les femmes enceintes, qui ont le taux de suicide le plus faible.

Risque de rechute

L'une des conclusions importantes de l'Enquête 2000-02 est que l'accouchement représente un risque de rechute pour les femmes qui ont des antécédents de trouble mental grave, qu'il soit apparu en post-partum ou non. Les recommandations faites dans les deux derniers Rapports d'interroger les femmes en anténatal sur la présence d'antécédents psychiatriques sont reprises dans celui-ci, qui insiste une fois de plus non seulement sur le repérage du risque mais également sur sa prise en charge psychiatrique.

Il y a cinquante ans . . .

Cela fait cinquante ans que les suicides sont comptabilisés dans les Enquêtes confidentielles sur les morts maternelles. Cependant, ce n'est que dans les trois dernières périodes triennales, 1993-96, 1997-99 et l'Enquête dont il est question ici sur 2000-02 qu'ils ont été analysés et décrits séparément. Le concept de mort causée par un trouble psychiatrique a été élargi pour inclure non seulement le suicide, mais aussi la mort due à l'utilisation de toxiques, à une maladie physique, à un accident ou autre malchance qui ne se serait pas produit en l'absence de troubles psychiatriques. C'est également depuis les trois périodes citées seulement qu'un psychiatre fait partie de la commission d'Enquête et en est l'un des principaux experts.

La recherche sur le suicide au cours des 40 dernières années a montré répétitivement que les taux de suicide établis à partir des compte-rendu des seuls "coroners" (officier de police judiciaire, dans les pays anglo-saxons) sont sous-estimés. Effectuée au terme du dernier Rapport ainsi que pour l'Enquête 2000-02. L'étude croisée des données (record-linkage study) réalisée par l'Office for National Statistics (ONS), - le Bureau des Statistiques Nationales -, révélait clairement qu'environ la moitié des suicides maternels n'avaient pas été comptabilisés. La raison en est que ces femmes sont mortes après avoir perdu tout contact avec les services de maternité, dont les professionnels sont formés à rendre compte de tous les cas de mort maternelle. A ce jour, les psychiatres, les infirmières psychiatriques en dispensaire, les médecins généralistes et autres professionnels n'ont pas été suffisamment avertis de la nécessité de rendre compte de chacun de ces cas, et certaines de ces femmes sont mortes sans aucun contact avec quelque service que ce soit. Il est probable que de tels faits existent de longue date, rendant la comparaison entre les taux de suicide de l'Enquête de 2000-02 (ainsi que d'autres causes d'ordre psychiatrique de la mort) avec celles couvrant les 50 dernières années, malaisée. Le suicide maternel et la maladie mentale postnatale n'étaient pas

considérés par le passé comme une conséquence directe de l'accouchement. Alors que la comptabilisation des suicides ayant lieu peu de temps après l'accouchement est peut-être en train de s'améliorer, ceux prenant place 42 jours après, ou encore plus tard dans l'année du post-partum sont toujours sous-comptabilisés. Une sensibilisation des pathologistes, "coroners" et experts régionaux à cette question devrait améliorer les choses dans les Enquêtes futures.

Le Rapport de 1997–99

Le Chapitre 11 de ce Rapport détaillait 42 morts pour motifs psychiatriques ; 68 % de ces morts étaient dues au suicide, cause principale des morts Indirectes et seconde cause de l'ensemble des morts maternelles. Cependant, quand les cas supplémentaires rapportés par l'étude croisée réalisée par l'ONS furent rajoutés, le suicide est apparu comme la cause principale des morts maternelles. D'autres conclusions importantes émergent du Rapport de 1997-99 dont le fait que dans leur grande majorité, les femmes qui s'étaient suicidées étaient mortes de mort violente, très peu de surdosage médicamenteux. Ceci, conjugué au fait que la majorité des femmes qui s'étaient suicidées avaient plus de 30 ans et venaient d'un milieu social aisé, suggérait que le profil des femmes à risque de se suicider à ce moment de leur vie pouvait être différent de celui du reste de la population. Un autre élément important étant que la moitié des femmes qui s'étaient suicidées avaient des antécédents psychiatriques. Si la probabilité de rechute avait été reconnue et prise en compte, les choses se seraient peut-être passées différemment. Ces résultats développaient les recommandations des Rapports précédents et incluaient le souhait que toutes les femmes soient interrogées sur des antécédents de troubles psychiques graves lors de leur première inscription à la Maternité afin que des protocoles de soins soient mis en place pour les femmes dont la probabilité de rechute suite à l'accouchement était élevée. Celles-ci et d'autres recommandations ont été largement appliquées dans les pôles de maternité (maternity Trusts) du Royaume-Uni (12) et ont été incorporées dans les procédures (NICE) de soin anténatal (13), le Scottish National Maternity Framework (National Service Framework) (14), le Women's mental Health Strategy (15) et le Children and Maternity National Service Framework for England (13).

Une cause importante de mort maternelle révélée par le Rapport de 1997-99 était due à une overdose de toxique, héroïne principalement. Ces femmes utilisatrices de toxiques et qui se sont suicidées par d'autres méthodes ont été comptabilisées dans les suicides. Toutefois, il est difficile de savoir si l'overdose était intentionnelle pour la plupart des overdoses "accidentelles". Il était clair dans ce Rapport que plusieurs de ces femmes avaient des difficultés à se faire aider par les Services d'Addictologie et que seul un petit nombre de ces services étaient bien intégrés dans les Maternités. Les morts dues à l'utilisation de toxique durant la grossesse et pendant les 42 jours suivant l'accouchement sont détaillées dans le présent chapitre. Toutes les autres morts dues à l'utilisation de toxiques incluant les morts Tardives sont décrites en détail dans le Chapitre 11B.

Résumé des conclusions de 2000–02

Comme pour le Rapport de 1997-99, le nombre de cas de suicide et autres morts associées à des causes d'ordre psychiatrique était sous-comptabilisé. D'après le nombre de suicides rapportés, il semblerait que ce soit la seconde cause de mort maternelle après les maladies cardiaques. Cependant, comme le montre le Diagramme 11.1, l'étude croisée réalisée par l'ONS, décrite plus en détails au Chapitre 1, a identifié des morts supplémentaires en Angleterre et en Écosse non répertoriées dans l'Enquête, et montre qu'en fait le suicide est la cause principale des morts maternelles Indirectes ou Tardives Indirectes pendant l'année qui suit l'accouchement. Le Diagramme 11A.1 rend compte du nombre de morts dues à l'utilisation de toxiques, la violence, les accidents et les aventures malencontreuses qui n'ont pas non plus été comptabilisées. Il est probable qu'un certain nombre de ces morts soient des formes de suicide.

Le suicide est la cause principale de mort maternelle

Comme pour le Rapport de 1997-99, la majorité des femmes qui se sont suicidées après l'accouchement dans l'année qui suit ne figuraient pas dans l'Enquête. C'est principalement qu'elles n'étaient plus en contact avec les services de la Maternité au moment de leur mort et qu'ainsi cette dernière n'a pas été rattachée à des causes liées à la maternité sur le certificat de décès. L'étude croisée de l'ONS a identifié environ 50 femmes en Angleterre et en Écosse dont la mort a été reconnue comme due au suicide ou ont été enregistrées "sans connaissance de la cause" "under an open verdict". Seulement 18 suicides étaient comptabilisés dans l'Enquête, en incluant des cas en Écosse et en Irlande du Nord. Pour 14 autres femmes, la mort était mise sur le compte de causes accidentelles et pour 10 autres encore à des motifs liés aux toxiques et/ou à l'alcool. Dans ces deux dernières catégories, certaines morts ont sans doute été souhaitées.

Le Diagramme 11A.1 montre les cas supplémentaires identifiés en Angleterre et en Écosse et le Diagramme 11A.2 le taux général de mortalité maternelle au Royaume Uni si ces morts étaient incluses. Il est important de noter que de nombreuses femmes atteintes d'une psychose puerpérale sont mortes dans les six semaines suivant l'accouchement, la marge temporelle de référence généralement admise pour définir une "mort maternelle". Bien que ces cas soient considérés comme des morts Indirectes Tardives, ils sont pris en compte dans le taux général de mortalité maternelle due au suicide.

Ici, comme dans les Rapports précédents, la majorité des femmes se sont données la mort, par suicide principalement, avec un nombre important d'auto-administration de substances récréationnelles. Comme dans les Rapports précédents, un petit nombre de femmes sont mortes d'autres façons. Cependant, la maladie psychiatrique est la cause principale ou secondaire de toutes ces morts.

60 morts rapportées dans l'Enquête 2000-02 ayant des aspects psychiatriques sont décrites dans ce chapitre. Les détails de 4 cas, 2 suicides et 2 dus à des causes physiques sont incomplets et sont exclus de plusieurs tableaux de ce chapitre. Cependant, seuls les 16 décès par suicide ou surdosage de substances licites ayant eu lieu pendant la grossesse ou les 42 jours suivant l'accouchement sont comptabilisés dans ce chapitre, en accord avec les définitions internationales des "morts maternelles" décrites page [9] de ce Rapport. 18 autres suicides et 4 overdoses de toxiques prohibés ont eu lieu après le délai de 42 jours. Ce sont les morts Tardives, elles sont décrites dans le Chapitre 15. 18 femmes sont mortes des conséquences de causes physiologiques imputables à des troubles psychiatriques et on les retrouve dans les chapitres afférents. 3 des morts - une dans un feu domestique [in a house fire], un assassinat et un accident de la route - ont été comptabilisées en tant que Morts accidentelles au Chapitre 14. Comment ces morts ont été classifiées est expliqué dans la Table 11A.1. Le moment [timing] de la mort par rapport au déroulement de la grossesse est illustré dans la Table 11A.2.

Les causes de la mort

Il y a eu 28 suicides, sans détails pour deux des cas. Cinq d'entre eux eurent lieu pendant la grossesse, incluant la mort d'une femme dans un accident de la route, pour qui le verdict du "coroner" ne fut pas celui du suicide, mais qui était probablement intentionnel. Cinq des femmes qui se sont suicidées sont mortes dans les 42 jours suivant l'accouchement. 18 morts Tardives dues au suicide. Sur les 11 morts par overdose de substances prohibées, 4 eurent lieu pendant la grossesse, deux peu de temps après l'accouchement et cinq morts Tardives. 18 femmes sont mortes pour des raisons d'ordre physiologique, en lien direct ou indirect avec leur état psychiatrique, principalement dans la période du post-partum. Trois autres morts rapportées dans le Chapitre 14 des Morts accidentelles, comportaient probablement un aspect psychiatrique sous-jacent.

Morts suite à une maladie physique

Les trois morts en cours de grossesse comprennent une femme utilisatrice de toxique par intraveineuse décédée des suites d'une méningite, et une autre morte du syndrome de "HELLP" (?), héroïnomanie par intraveineuse, sans domicile fixe et dont les problèmes

psychosociologiques ont interféré avec l'identification précoce et la prise en charge de son syndrome médical. Une femme issue d'une minorité ethnique est également morte des suites d'une infection. Ses troubles du comportement, probablement dus à un état confusionnel aigu ont là encore interféré avec le diagnostic initial et la prise en charge. Plusieurs des leçons à retenir des 12 décès dus à des causes physiologiques et dans lesquelles la pathologie psychiatrique a joué un rôle sont décrites dans les chapitres référents. Certains sont mentionnés brièvement dans ce chapitre et les leçons principales à en tirer sont discutées plus bas (Table 11A.3).

Dans la période post-partum proprement dite, la mort de deux femmes a été due à une thrombo-embolie cérébrale dont les symptômes ont été attribués pour l'une d'entre elles à une pathologie hystérique. Elle a reçu des soins psychiatriques inappropriés avant la pose du diagnostic adéquat. Les symptômes d'une autre femme souffrant de méningite ont été mis sur le compte de la dépression. Ceci a probablement retardé leur traitement. Pour les morts Directes, l'une des femmes morte de septicémie quelques jours après l'accouchement a eu un épisode grave de tachycardie, qui a été confondu avec une crise de panique. Deux femmes sont mortes d'une hémorragie post-partum. Elles avaient toutes les deux dissimulé leur grossesse et ont accouché seules. L'un de ces cas relève nettement d'un trouble majeur de la personnalité et pour l'autre les circonstances de la dissimulation et de l'accouchement suggèrent des problèmes psychologiques importants. Il y a eu trois autres morts en post-partum. Une femme, alcoolique chronique, est morte d'une rupture d'un kyste du pancréas peu de temps après l'accouchement. La seconde, avec un long passé de difficultés psychosociologiques graves, est morte des conséquences d'une rupture de l'œsophage, confondues avec des vomissements psychogènes. Le troisième cas est celui d'une femme avec une longue histoire de troubles émotionnels et comportementaux, morte d'une rupture de l'adénome après avoir été transférée en unité psychiatrique avec le diagnostic présumé de psychose puerpérale. Il est possible que son traitement médicamenteux psychiatrique ait contribué à l'arrêt respiratoire.

Il y a eu 3 autres morts Tardives dues à des causes physiologiques, deux d'entre elles sont abordées dans la section sur l'abus d'alcool et de toxiques. La troisième femme est morte d'une crise cardiaque subite et inexplicée, mais qui pourrait être due à son traitement antidépresseur.

Repérage temporel des morts dues à des causes d'ordre psychiatrique : suicide, overdose et autres motifs

L'épidémiologie actuelle des troubles psychiatriques périnataux tend à suggérer que les troubles qui démarrent dans le dernier trimestre de la grossesse sont inhabituels et un indicateur de problèmes à venir après l'accouchement. On sait aussi que la majorité des maladies mentales graves, si elles doivent se manifester, le feront dans les 90 jours suivant l'accouchement. Ceci, plus le fait que les décès pour cause psychiatrique peuvent intervenir quelques semaines après le tout début de la maladie, explique pourquoi ces cas ont été analysés sur une période de 6 semaines autour de l'accouchement. 4 des 5 suicides survenus durant la grossesse ont eu lieu entre la 34^{ème} et la 40^{ème} semaine de gestation. Voir Table 11A.4. 12 des 26 suicides répertoriés ont été commis entre le dernier trimestre de gestation et les trois premiers mois suivant l'accouchement. Pour deux des autres cas, les experts n'ont pu connaître le moment de la mort par rapport au déroulement de la grossesse ou l'accouchement.

Le moment du décès des femmes mortes d'overdose de toxiques est illustré dans la Table 11A.4, comme pour les femmes décédées pour d'autres motifs. Il n'y a pas eu de morts dues à des causes physiologiques au-delà de 18 semaines après l'accouchement. Toutes les morts accidentelles ont eu lieu pendant ou peu de temps après l'accouchement.

En résumé, un peu plus de 50 % de toutes les morts maternelles dues à des causes psychiatriques (34 femmes sur 60, selon les Rapports de l'Enquête) ont eu lieu dans les trois mois précédant ou suivant l'accouchement.

Modes de suicide

Comme dans la dernière Enquête Confidentielle, le mode de suicide a été principalement violent. Pour deux des femmes, la forme du suicide n'a pas été révélée sur le certificat de décès et il fut impossible d'avoir plus d'information.

Dans les cas où le mode de suicide est connu, seules 9 femmes sont mortes d'un surdosage médicamenteux. 17 femmes sont mortes de mort violente : 8 par pendaison, 4 en sautant dans le vide, une en se coupant la gorge, une par le feu, une par noyade, deux dans des accidents de la route intentionnels. Deux tiers des suicides reconnus dans la période 2000-02 sont violents. La Table 11A.5 rend compte du pourcentage des morts par suicide selon les méthodes employées de 1997 à 2002.

L'âge au moment de la mort

Dans le Rapport 1997-99, il a été noté que les femmes qui s'étaient suicidées étaient dans l'ensemble plus âgées que celles mortes pour d'autres raisons. Plus de la moitié d'entre elles avaient 30 ans et plus. Dans l'enquête 2000-02, 42 % des femmes qui se sont suicidées avaient 30 ans ou plus comme le montre la Table 11.6. On manque de détails pour deux des cas.

Caractéristiques sociales

Contrairement aux femmes mortes pour des causes en lien avec l'alcool ou les toxiques, les circonstances sociales des femmes qui se sont suicidées étaient favorables, sans lien avec la précarité, comme on a pu le voir pour d'autres cas de mort maternelle. La majorité de ces femmes venaient de milieux aisés, étaient engagées dans une relation affective stable, avec un partenaire impliqué dans la vie active. Un grand nombre étaient diplômées de l'enseignement supérieur, et plusieurs d'entre elles hautement qualifiées professionnellement. Dans le Rapport 1997-99, un certain nombre étaient des professionnelles de la santé.

Ethnicité

Quatre des femmes qui se sont suicidées étaient issues de minorités ethniques, deux d'entre elles étaient Indiennes. Aucune des suicidées n'était d'origine africaine ou des Caraïbes, bien que trois femmes de ces groupes soient mortes de causes physiologiques. 53 femmes sur les 60 mortes pour des raisons d'ordre psychiatrique étaient blanches. ("White")

Diagnostic de trouble psychiatrique

Pour tous les cas sauf trois, les données recueillies tendaient vers le diagnostic d'une pathologie psychiatrique probable ou avérée. Pour 9 des 18 femmes dont la mort est due à des causes physiologiques, le diagnostic psychiatrique le plus probable immédiatement avant la mort est un état confusionnel aigu. Cependant, leurs symptômes ont été attribués à un trouble psychiatrique fonctionnel ce qui a pu retarder la pose d'un diagnostic et d'un traitement appropriés. Plus de détails sur le diagnostic psychiatrique et les causes de la mort dans la Table 11A.7.

Onze cas de psychoses : 9 parmi les 26 femmes qui se sont suicidées, 1 morte de causes physiologiques et une femme assassinée. Cinq parmi les femmes qui se sont tuées souffraient d'une dépression massive. Ainsi donc, plus de 50 %, 14 femmes sur les 26 qui se sont suicidées souffraient d'une maladie mentale grave pendant la maternité de référence.

Sept cas de dépression anxieuse ou troubles de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive : 5 se sont suicidées et deux sont mortes de maladie physiologique.

Six femmes souffraient de dépendance alcoolique : deux, dont une atteinte de dépression anxieuse associée, se sont tuées. Trois sont mortes de maladie physique, et la sixième est décédée pendant la grossesse, dans un incendie domestique.

Plus de détails concernant les femmes qui sont mortes pour des causes en lien avec la dépendance alcoolique ou aux substances toxiques se trouvent au Chapitre 11B, mais deux femmes héroïnomanes se sont pendues.

Trois des femmes souffraient de troubles de la personnalité. L'une d'entre elle avec des troubles de la personnalité associés à l'alcoolisme s'est suicidée. Une autre femme souffrant de troubles graves de la personnalité, avec un passé d'au moins douze grossesses dissimulées et accouchements non-accompagnés, est morte d'une hémorragie post-partum. Une jeune fille enceinte, atteinte de troubles du comportement et de la personnalité est morte dans un accident de la route. C'est son jeune compagnon, lui-même perturbé psychiquement, qui conduisait.

Bien que plus de la moitié des femmes qui se sont suicidées étaient gravement malades, on retrouve une grande variété de troubles psychiatriques dans l'ensemble des morts.

Utilisation de substance (voir Chapitre 11B)

22 femmes consommatrices de substances ou d'alcool sont mortes : six pour l'alcool, seize pour les drogues. 11 sont mortes d'overdose ; 5 se sont pendues ; 3 femmes sont mortes des conséquences de leur alcoolisme chronique. Mis à part les suicides et morts dues à l'alcool, les autres femmes sont mortes de surdoses accidentelles ou des conséquences de l'utilisation de toxiques. 9 autres femmes mortes pour d'autres motifs consommaient des toxiques.

Contact avec les services psychiatriques

Dans le rapport couvrant 1997-99, 68% des femmes mortes pour des causes d'ordre psychiatrique et 86% de celles qui se sont suicidées suivaient un traitement psychiatrique pendant la maternité de référence, et plus de la moitié était en contact avec les services de psychiatrie. Dans le Rapport 2000-02, dix femmes ont été hospitalisées en psychiatrie pendant la maternité de référence, six d'entre elles se sont suicidées après l'internement et trois sont mortes de maladie physique. Une femme seulement a été hospitalisée dans une unité mère-bébé.

Treize autres femmes ont été en lien avec une équipe de santé mentale ou un psychiatre pendant la maternité de référence : huit se sont suicidées, deux sont mortes de causes physiologiques, une femme a été assassinée et une jeune fille est morte dans un accident de la route.

Cinq femmes étaient suivies par leur généraliste pour dépression : quatre d'entre elles se sont suicidées, l'une qui était suivie par son généraliste pour dépression et anxiété associées est morte d'overdose.

Des soixante morts cataloguées comme "psychiatriques", toutes causes confondues, 37 étaient suivies pour leurs troubles psychiques pendant la maternité de référence : 23 par un service de psychiatrie, 10 étant hospitalisées. 20 des 26 femmes qui se sont suicidées suivaient un traitement, assuré pour quinze d'entre elles par un service psychiatrique. Sept de ces femmes avaient été hospitalisées en service psychiatrique pendant la maternité de référence (Table 11A.8).

Antécédents psychiatriques

Dans le Rapport 1997-99, la moitié des femmes qui se sont suicidées avaient des antécédents de troubles psychiques avant la maternité de référence, pour la moitié de celles-ci suite à la naissance d'un enfant. Ces conclusions restent vraies pour le Rapport 2000-02 : 17 des 26 femmes qui se sont suicidées avaient des antécédents psychiatriques. Six d'entre elles avaient été hospitalisées en psychiatrie, trois d'entre elles pour une psychose puerpérale. Sept d'entre elles avaient été suivies en ambulatoire ou par l'équipe de santé mentale de leur communauté, y compris une femme avec un passé de dépression post-natale massive. Deux autres femmes étaient suivies par leur généraliste, y compris une ayant souffert de dépression post-natale. Deux utilisatrices de toxique qui se sont suicidées avaient été vues par les services de prévention adaptés. La moitié des 18 femmes qui sont mortes de maladie physique avaient été traitées précédemment pour des troubles psychiatriques, principalement par le centre de santé mentale de leur communauté ou leur généraliste pour angoisse et dépression (Table 11A.9).

La femme assassinée avait été hospitalisée pour schizophrénie, la victime d'accident de la route avait été suivie par les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour

des troubles de la conduite, et la femme morte dans un feu domestique par le centre de santé mentale de sa communauté.

En résumé, donc, 34 des 56 femmes mortes pour des raisons d'ordre psychiatrique avaient des antécédents de trouble psychique : pour 19 d'entre elles, ces troubles étaient sérieux, traités par les services de psychiatrie. Par ailleurs, 11 autres femmes avaient été suivies par les services de traitement de la toxicomanie. Dans cette période 2000-02, 5 femmes seulement avaient développé des troubles du post-partum antérieurement.

Identification du risque et prise en charge

Trente-quatre des femmes mortes pour des raisons d'ordre psychiatrique avaient des antécédents de troubles traités par les services de psychiatrie, de soin de la toxicomanie ou par leur généraliste. Parmi celles-ci, et pendant la grossesse de référence, ces antécédents étaient connus pour 17 d'entre elles, et inconnus pour 17. Sur les 17 suicidées "à risque", celui-ci a été identifié pour sept de ces femmes en anténatal soit par la Maternité, soit par les services de Psychiatrie, soit par les deux ; mais il ne l'a pas été pour dix autres femmes. Dans le groupe des femmes mortes pour d'autres motifs, y compris une overdose accidentelle de toxique prohibé, dix ont été identifiées "à risque" en anténatal ; 10 ne l'ont pas été. On peut donc dire que dans la moitié des cas "à risque", ces facteurs de risque n'ont pas été identifiés pendant la grossesse.

En outre, sur les trente-quatre femmes ayant des antécédents de traitement pour troubles psychiatriques, dans dix cas seulement un protocole de soin psychiatrique adéquat a été mis en place dans la période anténatale. Sur les dix-sept suicidées ayant des antécédents psychiatriques, seulement quatre ont bénéficié d'un protocole de soin adéquat et sur les dix-sept morts pour d'autres motifs ayant des antécédents psychiatriques, seulement six ont bénéficié d'un protocole adapté, voir Table 11A.10.

Contacts avec les services spécialisés

Sur les soixante morts, seule une femme, qui s'est suicidée pendant la grossesse, était suivie par un service spécialisé en périnatalité et santé mentale, et seule une femme, une suicidée Tardive, a été hospitalisée en unité mère-bébé. Toutefois, cette dernière a été hospitalisée très loin de chez elle et a quitté le service contre avis médical après quelques heures d'hospitalisation. Aucune des femmes qui avaient été en contact avec les services psychiatriques suite à un précédent accouchement n'ont été suivies par un service spécialisé pendant la grossesse de référence.

Communication entre les professionnels et les services

Bien que les deux tiers des femmes mortes pour des motifs d'ordre psychiatrique aient reçu une forme de traitement pendant la maternité de référence, et que presque les deux tiers des femmes aient des antécédents de troubles psychiatriques, on ne retrouve que très peu de traces de communication entre les généralistes, les obstétriciens et les psychiatres. Mis à part deux exceptions notables, il semble qu'il y ait eu absence de communication dans les domaines suivants :

- Les généralistes n'ont pas communiqué les antécédents psychiatriques ni les troubles et traitements actuels de leurs patientes aux obstétriciens à qui ils les ont envoyées.
- Les services psychiatriques ne semblaient pas être conscients dans de nombreux cas que leur patiente était enceinte, et, s'ils l'étaient, n'ont pas fait part de leurs protocoles de soins ou inquiétudes aux obstétriciens.
- A priori ni les obstétriciens ni les sages-femmes n'ont communiqué avec les services psychiatriques.

Les enfants

25 femmes mortes de causes psychiatriques n'avaient pas d'enfants vivants avant la maternité de référence. Trente et une femmes avaient un ou deux enfants plus âgés et seules trois femmes avaient plus de deux enfants plus grands, y compris une femme morte d'hémorragie après une grossesse dissimulée et un accouchement non-assisté. Elle avait au moins 12 enfants. La moitié des femmes qui se sont suicidées avaient des enfants plus âgés, mais cinq seulement avaient une histoire de maladie mentale post-natale.

Infanticide

Il y a eu quatre cas, tous des suicides, où la femme s'est tuée et a tué ses enfants : trois suicides/infanticides et le quatrième où la mort de l'enfant a été suivie du suicide de la mère quelques semaines plus tard. Dans deux occurrences, un enfant plus âgé a été tué également. On peut rajouter à cela, quatre suicides en cours de grossesse, près du terme, tuant donc un enfant viable.

Comparaison avec les conclusions du précédent Rapport

Le nombre total de morts maternelles dues à des causes d'ordre psychiatrique et le nombre des suicides en particulier ont été largement similaires dans l'Enquête de 1997-99. Avec les mêmes données recueillies sur le fait que les femmes étaient d'âge moyen, blanches, avec une histoire passée de troubles psychiatriques, et que dans la majorité des cas, le risque de rechute n'avait été ni identifié ni intégré et pris en compte dans la maternité de référence. Tristement, la prédominance de suicide par des moyens violents s'est retrouvée dans l'Enquête de 2000-02.

Cependant, il y a quelques différences. Il y a relativement moins de femmes dans l'Enquête de 2000-02 avec une histoire passée de psychose puerpérale et dépression post-natale. Tandis que plus de la moitié des femmes qui se sont suicidées étaient atteintes de maladie mentale sérieuse, on retrouve une plus grande variété de diagnostics psychiatriques pour les décès, tous motifs confondus, que dans l'Enquête de 1997-99. La proportion de femmes décédées des conséquences de l'utilisation de toxiques illicites semble avoir augmenté. Il y a eu moins de morts précoces, mais il semble que le nombre de femmes mortes de maladie organique due à leurs troubles psychiatriques soit en augmentation. Et, contrairement aux deux Enquêtes précédentes, 4 femmes se sont tuées avec leur nourrisson ou enfants plus âgés.

Thèmes émergents

Suicide et Profil type

Bien qu'il y ait eu moins de mort "précoce", peu de temps après la naissance, que dans la dernière Enquête, 57 % des femmes qui se sont suicidées et dont la mort a été répertoriée dans l'Enquête de 2000-02 se sont tuées dans les 3 mois qui ont suivi l'accouchement et 78 % dans les 6 mois. Ceci illustre la nécessité d'être particulièrement vigilant sur la santé mentale des femmes en fin de grossesse et dans les 3 mois qui suivent l'accouchement. Les points suivants résument les conclusions du Rapport de 2000-02 :

Parmi les femmes qui se sont suicidées :

- 87% étaient blanches (White)
- 83% avaient plus de 25 ans
- 46% avaient plus de 30 ans
- 55% avaient déjà des enfants
- 54% étaient gravement malades, souffrant soit de psychose post-partum soit d'une dépression massive
- 50% avaient une maladie grave, la moitié d'entre elles ayant séjourné en unité psychiatrique
- 50% avaient été en contact avec un service de psychiatrie pendant la maternité de référence, 75 % d'entre elles suivant une forme de traitement
- Seule une femme avec une maladie mentale grave en post-partum avait été hospitalisée en unité spécialisée mère-bébé
- 65% des femmes qui se sont suicidées ont employé des méthodes violentes, la moitié par pendaison ou saut dans le vide, illustrant clairement la gravité de la perturbation de leur état mental et leur intention de mourir
- Seulement 35% se sont tuées par surdosage médicamenteux

Ces maladies n'ont donc été ni cachées ni ignorées.

Cependant, dans l'Enquête 2000-02, seulement 5 femmes avaient des antécédents de maladie mentale post-partum, alors que plus de 50 % de celles qui se sont suicidées avaient déjà un enfant.

Important : profil des femmes qui se tuent par suicide en raison d'une maladie mentale périnatale

Le profil-type des femmes à risque de se tuer par suicide en fin de grossesse ou peu de temps après l'accouchement est celui d'une femme blanche de 25-30 ans, dont la grossesse de référence n'est pas la première grossesse, mariée et vivant dans un milieu favorisé. Elle est susceptible d'avoir des antécédents de maladie mentale et d'avoir fréquenté un service psychiatrique. Actuellement, elle suit probablement un traitement et son bébé a moins de trois mois. Elle est à risque de mort violente. Ceci souligne l'importance d'alerter les services psychiatriques sur le fait que les facteurs de risque de suicide maternel peuvent être différents de ceux qui s'appliquent aux autres hommes et femmes.

Détection du risque et prise en charge

60 % de toutes les morts maternelles dues à des raisons psychiatriques et 77 % des femmes qui se sont suicidées avaient des antécédents de traitement pour troubles psychiatriques et étaient en conséquence "à risque" de rechute de ce trouble suite à l'accouchement. Pour 57 % des femmes qui se sont suicidées, cette histoire psychiatrique était lourde et avait nécessité une prise en charge par un service spécialisé. Malgré cela, pour 50 % de l'ensemble des morts maternelles et 60 % des suicides, ces facteurs de risque n'avaient pas été identifiés au cours de la maternité de référence ni par les services de la Maternité ni par les services de Psychiatrie. Un pourcentage plus élevé, 70 % de l'ensemble des femmes à risque et 76 % des femmes à risque de se suicider n'avaient pas bénéficié de protocoles de soins psychiatriques pendant la période précédent et suivant l'accouchement (peripartum). Pour quelques unes de ces femmes, par conséquent, bien que le risque ait été identifié, rien n'avait été fait

Ces conclusions soulignent l'importance des recommandations déjà faites dans l'Enquête Confidentielle précédente (1997-99) sur la nécessité d'un questionnement systématique (routine enquiry) pendant la grossesse de référence sur des antécédents psychiatriques éventuels et la nécessité d'un protocole de soins psychiatriques pour les femmes à risque de rechute de leurs troubles suite à l'accouchement.

Pour 50 % de l'ensemble des cas et 60 % des suicides où le risque n'a pas été identifié pendant la grossesse de référence, les dossiers des généralistes auraient contenu l'information manquante. Dans certains cas, il est évident que le généraliste n'a pas informé l'obstétricien ou la sage-femme des antécédents psychiatriques de leur patiente. Dans d'autres cas, y compris une fois encore une histoire passée de psychose puerpérale cataloguée comme "PND" – dépression post-natale -, la sage-femme n'a pas cherché à en savoir plus.

La vignette qui suit souligne la nécessité pour les généralistes de partager ce qu'ils savent de l'histoire de leurs patientes, ce qui aurait pu modifier le cours des événements dans le cas ci-dessous :

Une femme professionnellement qualifiée s'est tuée par des moyens violents, avec son nourrisson et son autre enfant. A la clinique, elle avait raconté une histoire familiale de maladie mentale, mais dénié toute histoire psychiatrique personnelle. Son dossier, établi par son généraliste, contenait l'information qu'elle avait précédemment ingéré des doses médicamenteuses toxiques à plusieurs reprises et avait été suivie par un psychiatre, mais cette information n'a pas été partagée avec son équipe de suivi de grossesse. Rien ne fut mis en place pour sa santé mentale jusqu'à la fin de sa grossesse, quand elle appela son généraliste car elle était hors d'état de sortir de chez elle. Le diagnostic d'agoraphobie fut posé et elle fut référée à l'équipe de santé mentale de sa communauté. Elle refusa de se faire suivre alors au motif inhabituel que l'anxiété résultante pourrait faire du mal au bébé. Ce motif ayant été accepté, aucune autre proposition ne fut faite pour la revoir. Après sa mort, la famille a révélé que cette femme avait souhaité cacher son histoire passée et qu'elle était en train de développer une psychose paranoïde. Son histoire psychiatrique, personnelle et familiale, était un facteur de risque pour la genèse de la maladie mentale qui l'a emportée. Si elle avait pu bénéficier de plus d'informations, l'équipe de santé mentale de sa communauté aurait pu percevoir que sa

présentation en fin de grossesse était un risque supplémentaire et l'aurait suivie à son domicile après l'accouchement.

Le rôle central du généraliste et de l'information contenue dans ses dossiers pour permettre un repérage exact du risque ne saurait être suffisamment souligné.

La vignette suivante donne l'exemple d'un cas où, bien que l'historique d'une maladie mentale grave et de son traitement aient été correctement notés lors de la première inscription à la Maternité par la sage-femme, le risque semble avoir été sous-estimé par le reste de l'équipe et aucun protocole de soins mis en place :

Une femme professionnellement qualifiée s'est immolée par le feu avec son bébé quelques semaines après l'accouchement. Elle avait un passé de maladie bi-polaire avec plusieurs hospitalisations. Malgré cela, elle était stabilisée depuis plusieurs années et fonctionnait extrêmement bien. Lors de sa première inscription en maternité, la sage-femme a correctement noté son histoire psychiatrique passée, mais le fait que son état soit stabilisé depuis plusieurs années semble avoir minoré le risque de rechute aux yeux du reste de l'équipe. Aucun protocole de soutien spécifique n'a été mis en place et les premiers signes de psychose dépressive n'ont pas été correctement interprétés avant sa mort.

Cette femme, tout comme d'autres ayant des antécédents de troubles bi-polaires, avait une chance sur deux de rechuter en post-partum. Un protocole actif de suivi et de soutien vigilants mis en place dès les semaines suivant l'accouchement et peut-être un traitement prophylactique auraient pu en modifier l'issue.

Un autre cas éclaire le fait que l'identification des risques sans mise en place de protocole de soin est de peu d'utilité :

Une femme plus âgée ayant déjà des enfants s'est tuée quelques jours après l'accouchement en sautant dans le vide. Elle avait une histoire psychiatrique lourde, incluant plusieurs psychoses puerpérales. Suite à la naissance d'un précédent enfant elle avait survécu à une grave tentative de suicide. Elle souffrait de troubles mentaux chroniques et de séquelles physiologiques depuis. Son risque sérieux de rechute avait été correctement évalué par tous les membres de l'équipe. Cependant, aucun protocole de soin ne fut mis en place pour elle en peripartum. Elle tenta une première fois de se tuer en sautant dans le vide quelques jours après l'accouchement. Elle réussit peu de temps après.

Au vu de son histoire psychiatrique passée et de sa tentative de suicide, cette femme aurait dû recevoir des soins psychiatriques intensifs et être suivie de très près pendant toute la période entourant l'accouchement. Aucune des précédentes psychoses puerpérales de cette femme n'avaient été suivie dans une unité mère-bébé spécialisée.

Attribution erronée des symptômes à un trouble psychiatrique fonctionnel

32 % des morts psychiatriques ont été en fait dues à une maladie organique - 18 cas parmi les 56. C'est là un thème nouveau et préoccupant qui a émergé de l'Enquête 2000-02. Dans 50 % des cas - 9 d'entre eux -, les symptômes organiques ou les troubles comportementaux ont été mis de façon erronée sur le compte de troubles psychiatriques fonctionnels plutôt que sur le compte d'une maladie physiologique grave et finalement létale. Dans l'ensemble de ces cas, le diagnostic psychiatrique présumé a entraîné un retard pour la pose du diagnostic adapté. L'un d'entre eux rappelle qu'il faut être prudent quand on attribue des signes neurologiques atypiques à l'hystérie, en particulier chez une femme sans antécédent psychiatrique. Cela souligne également l'importance de la présence d'obstétriciens et de sages-femmes dans l'équipe de suivi d'une femme enceinte hospitalisée en dehors de la Maternité. Dans trois des cas, les femmes ont été hospitalisées en hôpital psychiatrique, ce qui a pu également retarder le début du traitement adapté.

Le cas suivant illustre la difficulté d'établir un diagnostic différentiel entre les symptômes de l'anxiété et une crise de tachycardie d'origine physiologique :

Une femme est morte quelques jours après avoir donné naissance à son second enfant d'une septicémie et d'une arythmie cardiaque. L'autopsie a montré qu'elle souffrait en fait d'une gangrène de l'utérus et d'une dilatation cardiaque majeure. Elle se plaignait de palpitations vers la fin de sa grossesse, avec une tachycardie entre 140 et 170 bpm (battements par minute). Elle fit part à l'équipe d'antécédents anxieux et dépressifs

traités quelques années auparavant par son généraliste et il fut diagnostiqué une récurrence des attaques de panique. Après l'accouchement, ses troubles persistèrent. Fut posé à nouveau un diagnostic d'attaques de panique et on lui prescrivit un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine. Ses douleurs persistant néanmoins, elle fut référée au Centre de santé mentale de sa communauté. Le jour de sa mort, elle devint extrêmement confuse et doublement incontinente. On l'hospitalisa en psychiatrie. Peu de temps après, elle fut transférée en soins intensifs où elle mourut. Ce cas nous rappelle qu'une tachycardie supérieure à 110 bpm associée à une double incontinence a peu de chances d'être due à un trouble psychiatrique fonctionnel. Il est probable que l'attribution des symptômes de cette femme à un état anxieux a retardé la pose du diagnostic et du traitement adapté.

Les cliniciens doivent être conscients qu'une maladie organique grave peut accompagner la maladie mentale. Il faut faire preuve de beaucoup de prudence avant d'attribuer des symptômes organiques inhabituels à des causes psychiatriques. La probabilité que des modifications de l'humeur et du comportement dans la période de fin de grossesse et de début de post-partum soient dues à un état confus aigu avec pathologie physiologique sous-jacente sérieuse ne devrait pas être sous-estimée.

Suicide et Infanticide

La majorité des suicides n'a pas entraîné le décès d'un enfant vivant. Il y a eu quatre exceptions. En outre, 4 suicides ont eu lieu dans les dernières semaines de la grossesse et un enfant viable est mort. On peut estimer que du point de vue psychologique ceci équivaut à un infanticide.

Comme dans l'Enquête de 1997-99, il y a peu d'informations disponibles sur les bébés et les enfants des femmes décédées, bien que les services sociaux soient intervenus dans le suivi des enfants issus des précédentes grossesses ou dans le suivi de la grossesse de référence dans plusieurs cas. A l'exception d'un rapport très détaillé des services sociaux sur une femme morte d'hémorragie post-partum. Elle avait mis au monde au moins 12 enfants dont 3 morts en bas âge, sans compter une fausse-couche. Dans la plupart des cas, on peut présumer que le nouveau-né et les enfants plus âgés sont vivants et en bonne santé.

Dans quatre situations, les femmes se sont tuées et ont tué leur bébé, et, dans deux cas, leurs enfants plus âgés. Le premier est un cas de suicide/infanticide d'une femme ayant une histoire passée de trouble bipolaire. Le second est celui de la mort peu de temps après l'accouchement d'une femme qui s'est tuée en sautant dans le vide avec son bébé et son enfant plus âgé. Ces deux cas ont déjà été abordés. Le troisième est celui d'une femme déprimée, avec des antécédents sérieux, qui s'est tuée juste avant l'accouchement en se coupant la gorge après avoir tué son premier enfant. Le dernier cas, une femme ayant accouché seule, s'est tuée par surdosage de médicaments psychotropes au cours du procès où elle était accusée, ainsi que son compagnon, de négligence délibérée ayant entraîné la mort du bébé.

La plupart des cas d'infanticide dus à une maladie mentale maternelle sévère est associée avec soit une tentative de suicide grave soit un suicide réussi. Dans la période de fin de grossesse et les premières semaines suivant le post-partum, le risque de suicide maternel doit donc être appréhendé comme un risque d'infanticide également. Cependant, des mesures de protection infantile seules ont peu de chance de protéger la mère et l'enfant, mais au contraire peuvent augmenter le risque en accroissant la culpabilité de la mère et la peur que l'enfant lui soit enlevé. La façon la plus efficace de protéger la vie de la mère et de l'enfant est d'identifier le risque le plus tôt possible et de mettre rapidement en place un traitement efficace.

Protection de l'Enfant

Certaines de ces femmes n'avaient jamais eu besoin de l'intervention des services sociaux et étaient des mères dévouées. Leur trouble psychiatrique aigu a été le seul danger, léthal, pour leurs enfants. Cependant, dans deux cas, la connaissance et l'utilisation des procédures de protection de l'enfance auraient pu modifier les choses. L'un est celui de la femme qui s'est tuée après qu'elle-même et son mari aient été

accusés d'avoir provoqué la mort par négligence volontaire. Dans ce cas, il y avait plusieurs facteurs de risques de maltraitance présents bien avant la mort de l'enfant, qui auraient pu être identifiés pendant la grossesse. Dans un autre cas, une femme s'est tuée pendant le procès après que son enfant lui ait été enlevé et confié aux autorités locales pour blessures non-accidentelles sur l'enfant commises par son mari. Cet enfant avait précédemment exhibé une lacération de la lèvre, probablement le premier épisode de blessure non-accidentelle. Si on était intervenu à ce moment-là, [If it had been acted upon at that time] alors peut-être le deuxième épisode, qui entraîna pour l'enfant une lésion cérébrale grave et irréversible, aurait pu être évité. Dans le cas de la femme schizophrène assassinée, l'enfant né prématuré était à l'abri dans une unité de néonatalogie spécialisée. Cependant, au vue de son style de vie et maladie chronique grave, les services de protection de l'enfance auraient peut-être dû être sollicités.

Isolement et communication entre les services

Bien que la majorité des femmes qui sont mortes étaient en traitement psychiatrique pendant la maternité de référence et que la majorité avait une histoire passée de suivi psychiatrique, il semble, au vue des faits établis par l'Enquête, que cette information n'avait pas été recueillie par la clinique de suivi de grossesse. Ni les généralistes, ni les services psychiatriques ne l'ont transmise. Il semble également ne pas avoir eu de communication entre les différents services dans la période immédiatement après le postpartum. Que les services de psychiatrie soient souvent éloignés géographiquement des services de Maternité et aient une direction administrative et des fichiers de patients distincts aura majoré sans aucun doute le problème. Ce thème est récurrent dans toutes les problématiques qui sont apparues et a contribué de façon significative à la mort de nombre de ces femmes.

Quand différents Pôles de soin et différents professionnels sont impliqués dans le suivi d'une femme enceinte ou en post-partum et quand il y a déjà eu par le passé implication de ces professionnels pour cette femme, il est essentiel d'une part que les services d'obstétrique et de psychiatrie communiquent entre eux, d'autre part que le rôle central du médecin généraliste soit reconnu.

Conclusion

Pour plus de 25 % des femmes mortes de causes Directes, Indirectes ou Tardives Indirectes, une forme ou une autre de trouble psychiatrique s'est trouvée associée à leur mort. En excluant les femmes décédées pour des causes physiologiques attribuées initialement à tort à des troubles psychiatriques, la mort de 42 d'entre elles est en lien avec leur problème de santé mentale, même si une majorité d'entre elles est décédée dans la période post-natale Tardive.

L'introduction de ce chapitre montre que les morts par suicide consignées dans cette Enquête représentent la deuxième cause de mort maternelle, mais le nombre de cas non rapportés et identifiés par la suite grâce au croisement des fichiers révèle que les causes d'ordre psychiatrique forment la première cause des morts maternelles totales.

Néanmoins, le suicide maternel est rare, surtout pendant la grossesse. Bien que le suicide soit la cause principale de mort maternelle en général, ce qui a conduit aux recommandations clés énoncées dans ce Rapport, les résultats de l'enquête discutés au Chapitre 20 montrent que la grossesse elle-même a un effet de protection contre le suicide pendant au moins un an après l'accouchement.

Sans accès à l'ensemble des informations psychiatriques et en l'absence de groupe témoin, il n'est pas possible de connaître la fréquence des facteurs de risque décelés dans cette étude chez des femmes avec une pathologie psychiatrique sévère mais qui ne sont pas mortes. Les conclusions de l'étude sur les morts dues à des causes psychiatriques sont importantes, non seulement pour la prévention des suicides, mais aussi pour l'amélioration du suivi des femmes souffrant de troubles semblables.

Mort pour causes psychiatriques: points-clés à retenir

- Bien que le nombre de cas consignés dans cette Enquête suggère que la mort due à la maladie mentale est la seconde cause principale de mortalité maternelle, l'étude croisée des données réalisée par l'ONS montre la non comptabilisation d'un grand nombre de décès. S'ils avaient été comptabilisés, les décès pour raison d'ordre psychiatrique

seraient la cause principale de mortalité maternelle.

- Les femmes ayant connu un épisode grave de maladie mentale suite à un accouchement ont un risque sur deux ou trois de rechute.
- 50% des femmes souffraient d'une maladie mentale grave, avec une grande variété de diagnostics.
- Le risque de rechute n'avait été ni identifié ni géré.
- Les généralistes, obstétriciens, sages-femmes et psychiatres ne partagent ni l'information dont ils disposent ni leurs protocoles de soins psychiatriques.
- Les femmes nécessitant une hospitalisation spécialisée après leur accouchement ne sont toujours pas admises en unité spécialisée mère-bébé.
- Le profil à risque de suicide des femmes enceintes est différent sur bien des points du profil à risque des autres populations d'hommes et de femmes.
- Les troubles psychiatriques représentent un risque pour la santé physique des femmes. Une maladie physiologique grave peut comporter des symptômes psychologiques. Elle peut provenir d'une maladie mentale ou la compliquer. Dans de nombreux cas, le diagnostic psychiatrique a retardé le traitement d'une maladie physique qui fut fatale.

Remerciements

Ce chapitre a été relu et discuté avec le Dr Alan Lee, Consultant Psychiatrist, (Psychiatre Consultant) University Hospital, Nottingham, et Emeritus Professor (Professeur Emérite) TJ Fahy, National University of Ireland, Galway.

Références

1. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of post partum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
2. Cox J, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset prevalence and duration of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 27–41.
3. Oates M. Psychiatric Services for women following childbirth. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 87–98.
4. Kendell RE, Chalmers KC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662–73.
5. Dean C, Williams, RJ Brockington IF. Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychol Med* 1989; 19: 637–47.
6. Wieck A, Kumar R, Hirst AD, Marks MN, Campbell IC, Checkley SA. Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *Br J Psychiatry* 1991; 303: 613–16.
7. Lewis G, Drife J, editors. *Why Mothers Die 1997–1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: RCOG Press; 2001.
8. Dean C, Kendell RE. The symptomatology of puerperal illness. *Br J of Psychiatry* 1981; 139: 128–33.
9. Royal College of Psychiatrists. *Perinatal Mental Health Services. Recommendations for Provision of Services for Childbearing Women*. CR88. London: Royal College of Psychiatrists; 2001.
10. Apleby L. Suicidal behaviour in childbearing women. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 107–15.
11. Hawton K, Sex and suicide: gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 484–5.
12. Clinical Negligence Scheme for Trusts. *Clinical Risk Management Standards for Maternity Services*. London: NHS Litigation Authority; 2002.
13. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal Care. Clinical Guideline*. London: RCOG Press; 2002.
14. Scottish Executive. *Framework for Maternity Services in Scotland*. Edinburgh: NHS Scotland; 2001.
15. Department of Health. *Women's Mental Health: Into the Mainstream 2002. Strategic Development of Mental Health Care for Women*. London: DoH; 2001.
16. Department of Health, Department for Education and Skills. *National Service*

Framework for Children, Young People and Maternity Services. London: DoH; 2004
[www.doh.gov.uk].