

Les 30 messages-clés du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle : mieux prévenir les morts maternelles en France

De l'analyse de l'ensemble des morts maternelles survenues au cours de la période 2016-2018, le CNEMM a dégagé 30 messages-clés. Selon le principe général de l'enquête, « mieux comprendre pour mieux prévenir », ils ciblent des éléments améliorables des soins ou de leur organisation, impliqués dans l'évitabilité de ces décès, et identifiés de façon répétée dans ce triennium.

Comme le décrit le chapitre 1, l'idée de cette analyse approfondie des morts maternelles est que ces éléments à améliorer, identifiés à partir des événements sentinelles que sont les morts maternelles, sont également impliqués dans la survenue de complications maternelles sévères non létales, beaucoup plus nombreuses, qui pourront elles-aussi être évitées par la mise en œuvre des actions correctrices ciblées.

Ces 30 messages-clés concernent des aspects variés du parcours de soins des femmes avant, pendant et après leur grossesse. Ils illustrent le constat que la prévention de ces complications maternelles sévères est l'affaire de tous, soignants de l'obstétrique de maternité ou de ville, soignants d'autres spécialités, médecins généralistes, professionnels de l'action sociale, responsables des politiques de santé, femmes elles-mêmes et leur entourage.

Ils peuvent cibler l'amélioration de la prévention, du diagnostic ou du traitement de la complication pouvant conduire au décès, ou encore celle de l'organisation de soins, comme l'indique le ou les labels (listés ci-dessous) apposés à chacun d'eux.

P : message ciblant l'amélioration de la **prévention** de la complication ayant conduit au décès

D : message ciblant l'amélioration du **diagnostic** de la complication ayant conduit au décès

T : message ciblant l'amélioration du **traitement** de la complication ayant conduit au décès

O : message ciblant l'amélioration de l'**organisation des soins**

Messages transversaux

1. Au cours de la grossesse et du postpartum, le niveau de risque pour une femme, dans les 3 dimensions somatique, psychiatrique et sociale, est évolutif. Son évaluation est donc à répéter tout au long de cette période. **(P)**

2. Lors du suivi prénatal, les informations sur le contexte social, les conditions de vie et les antécédents de violences sont à recueillir de façon détaillée, au même titre que les antécédents médicaux classiques. **(P)**

3. Les dispositifs qui permettent d'établir ou rétablir une couverture sociale au cours de la grossesse sont déployés dès le premier contact avec le système de soins. **(P)**

4. L'échange d'informations et la coordination des soins entre l'équipe de maternité et les autres acteurs de soins est un facteur majeur d'évitabilité du décès chez les femmes atteintes d'une pathologie somatique ou psychiatrique préexistante ou découverte en cours de grossesse.

<p>Ils débutent idéalement en préconceptionnel, et se poursuivent plusieurs mois après l'accouchement. (P,O)</p>
<p>5. L'état de grossesse, le postpartum et l'allaitement ne modifient pas la prise en charge selon les recommandations habituelles de bonne pratique clinique, sauf raison spécifique argumentée. (D,T)</p>
<p>6. Les critères diagnostiques ainsi que la réanimation cardiopulmonaire de l'arrêt cardiorespiratoire chez la femme enceinte sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Au-delà de 20 semaines d'aménorrhée, ou si l'utérus est palpable au-dessus de l'ombilic, il est recommandé d'exercer une latéro-déviaton utérine vers la gauche et, en intra-hospitalier, de réaliser une césarienne de sauvetage maternel en l'absence de récupération au bout de 5 minutes de réanimation bien conduite. (T)</p>
<p>7. Deux axes spécifiques de formation pourraient améliorer la gestion du risque en maternité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échographie de débrouillage au lit du malade (POCUS) : échographie cardiaque pour le diagnostic d'insuffisance cardiaque en cas de dyspnée et défaillance hémodynamique, et échographie abdominale pour rechercher un épanchement intrapéritonéal en cas de signes d'hypovolémie en post-césarienne - La simulation en équipe pour les situations d'urgence vitale <p>(D,T,O)</p>
<p>8. En cas d'urgence vitale maternelle, chaque minute compte. Il appartient à chaque maternité d'établir une procédure organisationnelle d'urgence vitale maternelle immédiatement accessible à tous, incluant les modalités de sollicitation de renforts humains ainsi que celles de recours à l'ECMO (Oxygénation par membrane extracorporelle). (O)</p>
<p>9. Certaines patientes nécessitent en cours de grossesse ou en postpartum une surveillance continue, non réalisable dans un service conventionnel. Il appartient à chaque maternité d'organiser l'accès aux soins critiques maternels. (O)</p>
<p>10. Les examens post-mortem devraient être systématiquement envisagés en cas de mort maternelle sans cause évidente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans un contexte de mort inattendue et brutale, la signature du certificat de décès avec obstacle médico-légal ouvre la possibilité d'une autopsie médico-légale. - En cas d'impossibilité de pratiquer l'autopsie ou dans l'attente de celle-ci, un scanner corps entier, réalisé rapidement, permettra d'identifier certaines causes de décès, notamment un AVC hémorragique ou un épanchement liquidien. - L'autopsie permet le diagnostic de pathologies rares parfois préexistantes à la grossesse, voire familiales. <p>(D,O)</p>
<p>Suicides</p>
<p>11. Les facteurs de risque, personnels et familiaux, de dépression périnatale doivent être connus des professionnels de la périnatalité et recherchés tout au long du suivi de la grossesse et du postpartum. (P)</p>
<p>12. L'implication dans le dépistage des symptômes de troubles mentaux de tous les acteurs de soins au contact des femmes pendant la grossesse et l'année qui suit l'accouchement, est nécessaire, par l'interrogatoire et en s'aidant d'outils standardisés comme l'Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). (D)</p>

13. Il est nécessaire d'informer 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. **(P)**

Maladies cardiovasculaires

14. Chez les femmes porteuses d'une maladie cardiovasculaire préexistante, le risque de décompensation est évolutif au cours de la grossesse et peut s'étendre jusqu'à un an postpartum. Il est à évaluer régulièrement, dès la période préconceptionnelle, avec une fréquence définie par le grade OMS de la maladie initialement établi. **(P)**

15. Toute symptomatologie respiratoire – toux, sibilants, dyspnée, orthopnée- chez une femme enceinte fait rechercher une origine cardiaque, en particulier en cas de prééclampsie ou de résistance aux premiers traitements initiés. **(D)**

16. La survenue chez une femme enceinte d'une douleur thoracique ou abdominale brutale et intense doit faire rechercher une rupture de l'aorte ou de l'artère splénique, à l'aide d'un scanner thoraco-abdominal avec injection. **(D)**

Infection à porte d'entrée génitale

17. En cas d'infection intra-utérine dans un contexte de rupture prématurée des membranes, les signes cliniques et biologiques de défaillance d'organe (sepsis), prédictifs du risque d'évolution vers le choc septique, sont recherchés précocement et de façon répétée tout au long de la prise en charge. **(D)**

18. En cas d'infection intra-utérine compliquée de sepsis, l'évacuation utérine sans délai fait partie intégrante du traitement. L'administration d'AINS est proscrite ou suspendue en raison de son caractère aggravant probable. **(T)**

19. Un sepsis avec signes évoquant une toxi-infection ou avec signes de gravité, doit faire suspecter une toxi-infection à streptocoque A beta hémolytique ou à Clostridium Perfringens. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre, combinée à un antibiotique anti-toxinique type clindamycine, sera débutée en extrême urgence. **(D,T)**

Hémorragies obstétricales

20. Le lieu d'accouchement des femmes à haut risque hémorragique (anomalies de localisation/insertion placentaire, fibromes volumineux) devrait être défini selon le plateau technique et les ressources humaines expérimentées mobilisables. Pour ces femmes, l'établissement en anténatal d'une procédure tracée de prise en charge pluridisciplinaire de l'accouchement, permet de le réaliser dans l'urgence. **(O)**

21. La surveillance postopératoire d'une césarienne doit être assurée par un personnel formé aux spécificités obstétricales au sein d'une SSPI (sauf dérogation spécifique) et sera régulière et tracée pendant le délai réglementaire minimum de 2 heures. **(D)**

22. Un malaise, une tachycardie ou tout trouble hémodynamique sans hémorragie extériorisée en post-opératoire immédiat d'une césarienne fait impérativement évoquer un hémopéritoine ou un hématome profond. Une échographie au lit de la patiente (POCUS) ainsi qu'une mesure de l'hémoglobine délocalisée, réalisées rapidement et répétées, peuvent étayer le diagnostic. **(D)**

23. Tout accouchement peut nécessiter des gestes chirurgicaux complexes. L'accès à ces compétences, y compris dans l'urgence, devrait être organisé dans chaque maternité. **(O)**

Embolie amniotique

24. Savoir évoquer une embolie amniotique doit être un réflexe en maternité. La précocité du diagnostic et l'intensité de la prise en charge sont cruciales. Un fibrinogène d'emblée effondré, associé à un aspect de cœur pulmonaire aigu en échographie cardiaque (POCUS), sont des arguments forts en faveur du diagnostic. **(D)**

25. L'hystérectomie est à envisager sans délai en cas d'hémorragie profuse dans un contexte de suspicion d'embolie amniotique. Elle s'effectue concomitamment aux procédures de réanimation maternelle. **(T)**

Thrombo-embolie veineuse

26. La recherche de facteurs de risque thrombo-embolique devrait être systématique en début de grossesse et répétée régulièrement jusqu'au postpartum, afin d'établir la stratégie préventive et l'éventuelle prescription d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM). **(P)**

27. La dose d'HBPM pour la prévention et le traitement d'une thrombo-embolie veineuse est à adapter au poids de la patiente. **(T)**

Hypertension artérielle

28. En cas de prééclampsie sévère, les signes de gravité à type de dysfonction d'organe ou de HELLP syndrome sont à rechercher par une évaluation répétée. Leur survenue impose une hospitalisation dans une unité permettant une surveillance maternelle et foetale continue. **(D, T, O)**

Accident vasculaire cérébral

29. En cas de suspicion d'accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, l'orientation pré hospitalière de la patiente doit privilégier un centre disposant des compétences et du plateau technique adaptés. **(T, O)**

Cancer

30. Une masse mammaire découverte pendant la grossesse, en particulier chez les femmes avec des antécédents familiaux de cancer du sein, fait l'objet des mêmes explorations rapides qu'en l'absence de grossesse, afin d'éliminer une pathologie maligne et de ne pas retarder le début d'un traitement spécifique. **(D)**