



Conduite à tenir en cas de décès maternel au sein du RPAI

Rédacteurs

M Jeannin (sage-femme coordinatrice RPAI), V Equy (GO coordinatrice RPAI), A Roge (MAR HCE), K Berger (MAR, Bloc des Urgences-Déchocage, CHUGA), J Boutonnat et F Paysant (Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques CHUGA)

I. Définition :

La mortalité maternelle est définie, selon la 10^{ème} révision de la Convention Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, comme « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite* »

Elle se décline en 2 catégories :

- **Décès par cause obstétricale directe** : Décès qui résulte de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.
- **Décès par cause obstétricale indirecte** : Décès qui résulte d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

Il existe aussi **la mort maternelle tardive** : Elle se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

La tendance internationale est d'étendre la fenêtre d'étude de la mortalité maternelle jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse ; c'est ce que fait l'ENCMM en France. Cependant, et notamment dans une perspective de comparaison internationale, la mortalité maternelle survenant dans les 42 jours reste à distinguer car la majorité des décès maternels surviennent pendant cette période, et la qualité d'identification des décès maternels tardifs est plus aléatoire.¹

II. Objectifs:

Cette procédure a pour but d'aider à la prise en charge d'une situation exceptionnelle :

- Organiser la prise en charge médicale post mortem adaptée de la patiente (recherche d'étiologies par ex.)
- Organiser la prise en charge administrative adaptée de ces situations exceptionnelles
- Organiser un suivi psychologique de la famille.

III. Qui prévenir si le décès intervient en milieu hospitalier :

A. Le conjoint (ou la famille) :

Au préalable, le tenir informer de la gravité de la situation et l'informer le plus souvent possible du déroulement de la réanimation, si possible toutes les 15 minutes...

¹ Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009 (publication Octobre 2013)

Validé par le BE du RPAI du 19 septembre 2022 V2 (MAJ 2022)

« Ce protocole émane d'un groupe de travail du RPAI, basé sur des données scientifiques publiés et/ou issues des sociétés savantes. Ce ne sont que des conseils de bonnes pratiques qui ne peuvent être opposables »

L'annonce du décès :

- Doit se tenir dans un lieu le plus proche possible de la défunte
- Dans un local adapté, au calme, avec empathie et en prenant le temps nécessaire
- Annonce à faire, non par une personne seule, mais par les médecins obstétricien + anesthésiste+ sage-femme +/- un médecin extérieur à la situation si disponible
- Faire un briefing avant d'aller voir la famille pour avoir un discours d'équipe
- Pas de paraphrases "elle nous a quitté" mais prononcer les mots vrais : "elle est morte"
- Ne pas éluder les questions posées, savoir dire ce que l'on ne sait pas et dire ce que l'on sait
- Accompagner le conjoint pour voir le corps de la défunte et interroger sur les souhaits concernant d'éventuelles particularités culturelles.

Toutes les questions qui se posent à la famille ne peuvent être réglées lors de l'annonce.

Penser à donner rendez-vous ou le numéro de téléphone :

- Du chef de service ou du gynécologue obstétricien responsable de la maternité qui pourra répondre dans un second temps à toutes les questions que se pose la famille, ou réorienter vers le médecin le plus apte à répondre, par exemple du médecin Anesthésiste Réanimateur.
- De la psychologue ou du psychiatre attaché(e) à la maternité
- De la sage-femme cadre du bloc obstétrical pour les différentes démarches à faire, funérailles, particularités de la prise en charge, déclaration ou non de naissance l'enfant...

B. Au niveau de l'établissement :

1. Immédiatement :

- Le directeur de l'établissement ou l'administrateur de garde
- Le chef de service ou le gynécologue obstétricien responsable de la maternité (et la sage-femme cadre supérieure) qui aura la charge de tout coordonner.
Il sera l'interlocuteur privilégié avec la famille et pourra servir de médiateur entre la famille et l'équipe médicale présente ce jour-là (GO/MAR/SF/Pédiatre), si besoin.

Si la situation est complexe, le directeur de l'établissement pourra prévenir le procureur de la République, et ce, dans un souci de transparence. Lui faire un compte rendu succinct des faits. Celui-ci pourra alors décider d'ouvrir une enquête ou non.

2. Dans les 48 heures :

- Déclaration auprès de la cellule de gestion des risques et des EIG de l'établissement – Par le médecin en charge de la patiente et/ou le gynécologue obstétricien responsable de la maternité
- Déclaration sur le portail de l'ARS AuRA (Cf. procédure RPAI : « Signalements des événements indésirables graves »)

NB : Article R.1413-68 du CSP « *Tout professionnel de santé quels que soient son lieu et son mode d'exercice qui constate un événement indésirable grave associé à des soins le déclare ... au moyen du formulaire prévu. »*

- Déclaration au réseau périnatal RPAI au moyen de la fiche déclaration EIG qui se chargera d'avertir la Commission National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM)
- Assurance professionnelle de l'établissement et l'assurance en responsabilité civile des différents intervenants en cas d'exercice libérale
- Le médecin de famille, afin qu'il puisse assurer un soutien médico-socio-psychologique de la famille, et si besoin, servir d'intermédiaire entre la famille et l'équipe médicale.

IV. Conduite à tenir vis-à-vis de l'enfant :

NB : Ne pas oublier de prévenir la PMI dont dépend la patiente de l'issue de la grossesse (décès maternel +/- décès du nouveau-né) afin d'éviter de commettre un impair vis-à-vis de la famille.

Validé par le BE du RPAI du 19 septembre 2022 V2 (MAJ 2022)

« Ce protocole émane d'un groupe de travail du RPAI, basé sur des données scientifiques publiés et/ou issues des sociétés savantes. Ce ne sont que des conseils de bonnes pratiques qui ne peuvent être opposables »

A. S'il est décédé :

- **Un fœtus décédé in utero chez une mère décédée avant l'accouchement** n'a aucun statut juridique et il ne peut donc être inscrit nulle part.
- **Un fœtus décédé in utero chez une mère décédée après l'accouchement :**

Il faut alors se référer à la circulaire N°2009-182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. (Cf. protocole RPAI - Prise en charge de la mort fœtale in utero (MFIU))

B. S'il est vivant :

1. Conduite à tenir :

Il sera préférable d'hospitaliser quelque temps l'enfant en néonatalogie ou dans une unité de soins (obstétrique ou pédiatrique) pour laisser le temps au papa et/ou à la famille de pouvoir s'organiser.

Solliciter l'aide de la psychologue ou du psychiatre attaché(e) à la maternité pour accompagner l'équipe pour la prise en charge de l'enfant mais aussi accueillir la famille et organiser avec elle, les soins au nouveau-né

2. Statut du père :

a) CAT si la mère n'est pas mariée sans reconnaissance anténatale du père :

Il faut hospitaliser l'enfant en Néonatalogie avec les mêmes soins que dans la situation précédente et en référer au Procureur de la République, qui transmettra à la personne habilitée et qui prendra les dispositions de protection juridique de l'enfant.

b) CAT si les parents sont mariés :

L'équipe soignante, en collaboration avec le père, organise la prise en charge la mieux adaptée du nouveau-né.

3. Droits du père par rapport au congé paternité

En absence d'acte état civil, une seule possibilité : congé de deuil de 48 heures.

Par contre si acte naissance puis de décès

- > ou = à 22 SA ouvre droit aux congés de paternité
- < 22SA : n'ouvre pas droit aux congés de paternité

V. Prise en charge médicale :

A. Examens biologiques complémentaires :

Penser à réaliser des examens à la mère afin de rechercher la cause si elle n'est pas explicite, et à adapter en fonction du contexte :

- NFS, hémostase, ionogramme, bilan hépatique, troponine,
- Trypsase et dosage d'anesthésiques locaux
- Toxiques
- Bilan pour la recherche d'embolie amniotique à envoyer à Lyon (cf. : protocole RPAI - Embolie Amniotique - Examen réalisé pour le diagnostic biologique)
-

B. Autopsie :

Dans son 6^{ème} rapport sur la mortalité maternelle en France pour la période 2013-2015, le CNEMM insiste sur **l'importance de la réalisation d'une autopsie lors d'un décès maternel**, qu'elle soit médico-légale (ML) ou médico-scientifique (MS),

1. Autopsie médico-scientifique :

Le médecin doit obligatoirement **s'enquérir auprès de la famille de la défunte** de la notion de non opposition à l'autopsie de la part de la patiente de son vivant et du souhait de la famille (acceptation).

Ensuite, une demande de **consultation du registre national de refus (RNR)** doit être effectuée par une personne autorisée, directeur de garde en dehors des périodes d'ouverture du registre d'état civil (article R.671-7-11 du Code de santé publique) (cf. annexe 1).

L'autopsie doit être réalisée de préférence par un opérateur bien informé du contexte médical.

Enfin, il faut s'assurer auprès du service d'anatomopathologie de la **faisabilité de l'autopsie dans les délais impartis** : Code des collectivités territoriales, article R2213-11 modifié par le décret N°2011 121 DU 28/01/2011 « Sauf dispositions dérogatoires, les opérations de transport de corps avant mise en bière d'une personne décédée sont achevées dans un délai maximum de 48 heures, à compter du décès. »

Dans le cas où une **hystérectomie d'hémostase** a été effectuée avant le décès de la patiente et que la pièce opératoire a été adressée dans un laboratoire différent de celui qui réalisera l'autopsie, **prévenir ces deux laboratoires** afin que l'étude de la pièce opératoire puisse être effectuée ou revue par la personne qui fera l'autopsie (pour une meilleure cohérence de l'examen).

Le rapport d'autopsie sera transmis directement au médecin prescripteur.

NB : En cas de refus de l'autopsie par la défunte (ayant exprimé de son vivant son souhait) ou de la famille, il faut considérer rapidement la possibilité de réaliser d'autres examens post mortem, notamment un scanner corps entier, qui permettront au moins d'éliminer certaines hypothèses diagnostiques (ruptures vasculaires par exemple).²

Ces examens post mortem ne sont pas toujours réalisables ou interprétables dans les établissements du RPAI (à discuter au cas par cas).

2. Autopsie médico-légale :

En cas d'autopsie médico-légale (ML) demandé par le procureur (cf. VI-C), **le rapport d'autopsie sera transmis au magistrat requérant, sans possibilité de transmission à l'équipe soignante.**

VI. Prise en charge administrative :

A. Certificat de décès :

Le certificat de décès **doit être rédigé et signé par le médecin concerné par le décès.**

En présence d'interrogation sur la cause du décès et du refus d'autopsie médico-scientifique de la part de la famille et /ou d'une famille exprimant des réserves sur la prise en charge de la patiente, le médecin peut mettre un **obstacle médical**. Ce sera alors au procureur de lever celui-ci ou de requérir l'intervention du médecin légiste.

Bien préciser sur le certificat **l'état de grossesse, et si une autopsie est prévue et les gestes réalisés** (Ex : hystérectomie d'hémostase...). Ceci est important en regard de **l'enquête confidentielle du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle** qui est désormais systématique et obligatoire.

B. Vérification du dossier médical :

C'est le chef de service ou le gynécologue obstétricien responsable de la maternité, référent auprès de la famille, qui s'assure de reconstituer le plus rapidement possible et aussi précisément que possible les faits en réunissant tous les intervenants (Obstétricien, anesthésiste, sage-femme, pédiatre, infirmiers IBODE ou IADE ainsi que les médecins ou personnels soignants des autres services).

² INSERM, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2010-2012)

Validé par le BE du RPAI du 19 septembre 2022 V2 (MAJ 2022)

« Ce protocole émane d'un groupe de travail du RPAI, basé sur des données scientifiques publiés et/ou issues des sociétés savantes. Ce ne sont que des conseils de bonnes pratiques qui ne peuvent être opposables »

Il s'assure que le dossier médical est parfaitement mis à jour avec la chronologie : qui a fait quoi, quand et où cela est noté dans le dossier, si possible en accord avec l'ensemble des participants.
Enfin faire une copie de l'intégralité des pièces du dossier et la mettre en lieu sûr.

NB : Il est préférable de demander à chaque intervenant de consigner dans le dossier sa version des faits.

C. Que faire en cas de plainte médico-légale :

Le procureur de la République peut être saisi si la famille dépose plainte.

Le procureur de la République peut alors décider d'ouvrir une enquête pour permettre certains actes d'investigation, notamment :

- L'autopsie médico-légale de la patiente - confiée à des médecins légistes experts - ; le rapport d'autopsie est transmis directement au magistrat requérant, sans qu'aucune copie ne puisse être transmise à l'équipe soignante.
- La saisie du dossier médical, réalisée par l'officier de police judiciaire (une copie devra auparavant être faite et conservée en lieu sûr), en présence d'un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins.
- Et l'audition des témoins, y compris ceux du corps médical.

D. Communication vis à vis des médias :

La responsabilité de la communication incombe **uniquement** aux autorités administratives de l'établissement. (**Cellule de communication**) et non à l'initiative des soignants.

VII. Références :

- Questions pratiques en cas de survenue d'un décès maternel - 16/10/08 B. Van Cortenbosch, D. Parmentier, J.-P. Roy, L. Devisme, C. Houssaye, M. Dumoulin, F. Puech, D. Subtil ; 2008 Elsevier Masson SAS
- INSERM, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2010-2012) Septembre 2017
- Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006
- Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) Octobre 2013
- 6^{ème} rapport sur la mortalité maternelle en France pour la période 2013-2015
- Protocole réseau ELENA « Décès Maternel »

VIII. Annexe :

Annexe 1 : Interrogation du registre National des Refus

IX. En résumé:

Validé par le BE du RPAI du 19 septembre 2022 V2 (MAJ 2022)

« Ce protocole émane d'un groupe de travail du RPAI, basé sur des données scientifiques publiés et/ou issues des sociétés savantes. Ce ne sont que des conseils de bonnes pratiques qui ne peuvent être opposables »

Qui prévenir immédiatement ?	<ul style="list-style-type: none"> – La sage-femme coordinatrice en maïeutique – Le chef de pôle / chef de service – Le directeur d'établissement ou l'administrateur de garde – Le Procureur de la République
Quels prélèvements à la maternité ?	<p>Si suspicion d'embolie amniotique : Cf. protocole RPAI- Embolie Amniotique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur sang maternel : <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 tubes EDTA +/- 1 tube sec avec gel pour Tryptase, IGFBP1, AFP ○ Recherche de cellules amniotiques (à partir de 25SA, sur KT veineux central ++), ○ Fraction C3, C4. - Prélèvement LBA avec lavage par 20mL de sérum physiologique, à recueillir dans un poudrier sec stérile + 1 tube EDTA. <p>Autres prélèvements sanguins : Gaz du sang, NFP, TP/TCA, D-Dimères, Complexes solubles, Ionogramme complet (Na, K, Cl, CO², Urée, Créatinine, Glucose, Protéine), Enzymes cardiaques (ALAT, ASAT, CK, LDH), Toxiques.</p> <p>Et tout autre bilan jugé nécessaire (ex ; prélèvement de peau...)</p>
Que faire du dossier médical ?	<p>Reconstituer les faits en accord avec les différents intervenants (gynécologue-obstétricien, médecin anesthésiste-réanimateur, sage-femme, infirmier anesthésiste, chirurgien viscéral...) et le chef de pôle ou chef de service.</p> <p>Faire une copie du dossier.</p>
Qui prévenir dans les 48h ?	<ul style="list-style-type: none"> – L'ARS Auvergne / Rhône-Alpes : – Cf. protocole RPAI- EIG -Procédure de Signalement EIG – Par déclaration en ligne sur portail dédié : www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/signaler-ou-declarer-lars – La cellule de gestion des risques et EIG de l'établissement – Le médecin de famille, – La coordination du réseau RPAI : 04.76 76 93 50 ou SageFemmeCoordRPAI@chu-grenoble.fr – Les services de PMI, – L'assurance professionnelle en responsabilité civile.
Qui signe le certificat de décès ?	<p>C'est le médecin qui constate le décès, et ce dernier doit cocher l'état de grossesse et l'obstacle médico-légal.</p>
Après le décès, comment accompagner la famille ?	<p>Proposer le numéro de téléphone du médecin référent (de la maternité) ainsi qu'un rendez-vous avec lui, à posteriori, pour réexpliquer la situation et répondre aux interrogations de la famille non exprimées le jour du drame.</p> <p>Mettre la famille en lien avec le ou la psychologue rattaché(e) au service maternité et/ou avec les associations accompagnant le processus de deuil.</p>

**Protocole ELENA « Décès Maternel »*

Interrogation du Registre National des Refus

à envoyer par fax au : **01.49.98.06.38**

Etablissement de Santé

N° FINESS du site :

Nom :

Ville : Département : Isère (38)

Demandeur *(dûment habilité par le directeur de l'établissement de santé et qui signe cette demande)*

Nom, Prénom :

Téléphone : Fonction :

N° DE FAX POUR ADRESSER LA REPONSE :

POUR PRELEVEMENT A BUT ☐ THERAPEUTIQUE

☐ TISSUS
☐ ORGANES



SCIENTIFIQUE (recherche)



AUTOPSIE DE DIAGNOSTIC MEDICAL

Personne sur laquelle le prélèvement est envisagé

Nom de naissance : Sexe Masculin ☐
Féminin ☐

Nom usuel :

Premier prénom :

Autres prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance :

Lieu de naissance : ☐ France → Département: Ville :

☐ Etranger → Pays :

Renseignements normalement établis à partir d'une pièce officielle d'identité ☐ OUI ☐ NON

DATE DU DECES : HEURE DU DECES :

Selon le procès-verbal du constat de mort prévu par le décret n° 2005-949 du 2 août 2005

Demande établie le : à : Signature :
(obligatoire)

Ce **formulaire de demande** et la **réponse** correspondante **doivent être archivés** dans le dossier médical de la personne décédée et au bureau de l'état civil de l'Etablissement de Santé.

Validé par le BE du RPAI du 19 septembre 2022 V2 (MAJ 2022)

« Ce protocole émane d'un groupe de travail du RPAI, basé sur des données scientifiques publiés et/ou issues des sociétés savantes. Ce ne sont que des conseils de bonnes pratiques qui ne peuvent être opposables »