



HHS Public Access

Author manuscript

J Obstet Gynaecol Can. Author manuscript; available in PMC 2024 December 01.

Published in final edited form as:

J Obstet Gynaecol Can. 2023 December ; 45(12): 102275. doi:10.1016/j.jogc.2023.102275.

Mortalité maternelle : plus ça change, plus c'est pareil

Jocelynn Cook, PhD^{1,2}, Lisa M. Hollier, MD, MPH, FACOG³, Marian Knight, MBChB, DPhil, FFPH^{4,5}

¹Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Ottawa, ON, Canada

²Department of Obstetrics, Gynaecology and Newborn Care, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada

³Maternal Mortality Prevention Team Division of Reproductive Health Centers for Disease Control and Prevention, United States

⁴Oxford Population Health, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

⁵National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Une femme enceinte à 31 semaines d'aménorrhée connaissait une grossesse jusque là sans complication lorsqu'elle a appelé au cabinet de son obstétricien pour une enflure de la jambe qui durait depuis quelques jours. On lui avait conseillé de se lever et de marcher dans la journée, de surélever ses jambes lorsqu'elle s'asseyait et d'appliquer un linge froid sur la jambe enflée. Le lendemain, elle s'est présentée à l'hôpital pour un essoufflement et est décédée peu de temps après des suites d'une embolie pulmonaire.

Après une grossesse sans complication, une femme avait été admise à l'hôpital pour un déclenchement du travail à 36 semaines d'aménorrhée. Après l'accouchement, la mère et le bébé se portaient bien et le personnel infirmier n'avait aucune inquiétude. Trois jours plus tard, la mère est retournée à l'urgence pour une fièvre et est décédée d'un sepsis causé par une infection post-partum à streptocoque du groupe A (foyer d'infection inconnu).

Une adolescente multipare avait subi un avortement spontané avant son décès. Elle avait des antécédents d'abus dans son enfance, de recours aux services de santé mentale pédiatrique et de l'adolescence, de mésusage de substances psychoactives et de violence conjugale. Un diagnostic de trouble affectif bipolaire avait été soulevé sans être confirmé. La patiente avait refusé d'être orientée vers une équipe de santé mentale périnatale avant son suicide.

Ces histoires sont celles de femmes qui sont récemment décédées pendant la grossesse ou la période post-partum au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Ces histoires sont

Auteure correspondante : Jocelynn Cook, jcook@sogc.com.

DIVULGATIONS

Les constats et conclusions de ce rapport sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement la position officielle des Centers for Disease Control and Prevention.

L'auteur indique qu'il satisfait aux exigences de la revue pour être désigné comme tel.

essentiellement la même. Trois pays. Trois systèmes de santé en difficulté. Trois approches de prévention de la mortalité maternelle. Tant de leçons à tirer les uns des autres.

Lors du Sommet sur la prévention de la mortalité maternelle au Canada de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en juin 2023, les similitudes entre nos visions et objectifs et la valeur des échanges d'idées, de leçons et d'expériences étaient évidentes. Le présent éditorial souligne les éléments stratégiques des efforts de surveillance et de préventions de la mortalité maternelle pendant la grossesse et le post-partum au Royaume-Uni et aux États-Unis. Le Canada s'apprête à mettre à profit les leçons tirées. S'ils ont pu le faire, nous aussi.

Il y a plus de cent ans, le Royaume-Uni s'est attelé à la réduction des risques pour les mères et les bébés pendant la grossesse (et posés par la grossesse). À commencer par le résumé d'un rapport sur la mortalité maternelle dans *The Lancet* en 1924¹, une équipe de médecins en santé publique a, au fil des ans, écrit une série de rapports rassemblant les histoires des décès maternels. De concert avec des défenseurs issus d'organismes voués aux femmes, ces médecins sont parvenus à convaincre le gouvernement d'établir une enquête nationale pour examiner les soins prodigués aux femmes et ont fait des recommandations d'une grande portée.² Ces rapports présentaient les faits avec une franchise désarmante et ont bien été accueillis par le public et les professionnels, ce qui a poussé les décideurs à agir². Depuis, le système a évolué et est resté fonctionnel au fil des changements politiques et administratifs, en dépit d'un système de santé en constante évolution. Le défi actuel est de continuer d'agir comme moteurs de changement et d'éviter de nous asseoir sur nos lauriers historiques.

Aux États-Unis, certains États ont commencé à colliger des données sur la mortalité maternelle au début du 20^e siècle. En 1915, ils ont commencé à compiler les données des États pour obtenir une estimation nationale; puis en 1933, tous les États s'étaient joints à l'effort.³ Le rapport découlant de la conférence de la Maison-Blanche de 1933 sur la protection de la santé infantile, la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et fœtales a attiré l'attention sur l'état de la santé maternelle et suscité des appels à l'action chez certaines associations médicales d'État. Dans les années 1930 et 1940, les États et les hôpitaux ont commencé à mettre en place des comités de revue de mortalité maternelle.⁴ En 1968, 44 États et Washington, D.C., réalisaient des revues de mortalité maternelle. Après la baisse spectaculaire des décès maternels associée aux accouchements en milieu hospitalier et aux avancées de la médecine⁴, il y a aussi eu une diminution des comités de revue. En 2012, moins de la moitié des États avaient un comité de revue actif. En 2016, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont lancé le *Building U.S. Capacity to Review and Prevent Maternal Deaths*, un projet pour augmenter le nombre de comités de revue de mortalité maternelle d'État partout au pays en fournissant une assistance technique et un système standardisé de collecte de données. En décembre 2018, la loi de prévention de la mortalité maternelle (Preventing Maternal Death Act) est entrée en vigueur. À l'exercice financier de 2019, les CDC ont reçu des crédits du Congrès pour soutenir la revue de mortalité maternelle et ont commencé les travaux de mise en œuvre d'un programme national. Aujourd'hui, les CDC ont un programme solide pour soutenir les comités de revue de mortalité maternelle, comités locaux et d'État qui sont actuellement au nombre de 50.

L'histoire de la mortalité maternelle au Canada est différente de celles du Royaume-Uni et des États-Unis. Bien que le Canada se soit soucie des décès maternels depuis la fin du 19^e siècle, c'est le rapport de 2010 de l'Organisation mondiale de la Santé indiquant une augmentation de la mortalité maternelle au Canada qui a poussé la SOGC à travailler avec des partenaires pour étudier la surveillance nationale de la mortalité maternelle.⁵ Malgré ces travaux, le Canada continue de tirer de l'arrière par comparaison avec d'autres pays en raison de son incapacité à faire rapport du nombre de décès maternels et de leurs circonstances. Nous nous heurtons sans cesse à des difficultés que d'autres pays ont réussi à surmonter : différences entre chacun des systèmes de santé provinciaux et territoriaux, absence de partage de données, nombres relativement faibles et très faible nombre de comités de revue de mortalité maternelle établis. Plusieurs personnes dévouées se démènent pour mettre en lumière le besoin de mieux comprendre notre population de personnes enceintes, leurs résultats cliniques et leur histoire en cas de décès maternel pendant la grossesse ou le post-partum; le but est que chaque cas fasse l'objet d'une revue exhaustive et que des recommandations soient formulées pour empêcher la mort d'autres femmes dans l'avenir. Nombre de Canadiens sont fin prêts, et tous les ingrédients sont là pour réussir : les solides associations de professionnels de la santé, les familles et les défenseurs des intérêts qui travaillent tous ensemble de concert avec les chercheurs, cliniciens, gouvernements et directions d'hôpitaux.

En analysant le peu de données canadiennes, on comprend que le Canada n'est pas très différent du Royaume-Uni ni des États-Unis.

- La grossesse, l'accouchement et le post-partum ne sont toujours pas aussi sécuritaires qu'ils devraient (et pourraient).
- Le fossé des inégalités entre les groupes ethniques et raciaux se creuse de plus en plus.
- Les facteurs sociodémographiques doivent être pris en compte.
- Le soutien à la santé mentale est crucial pendant la grossesse et la première année post-partum.

Nous avons tous l'impression que nous pouvons en faire plus dans notre pays, mais travailler ensemble et échanger nos apprentissages pourrait nous amener encore plus loin. Les systèmes en place au Royaume-Uni et aux États-Unis renforcent l'importance de comprendre les risques qui pèsent sur les femmes et d'agir à l'égard de tous les facteurs pertinents, dont l'accès aux soins avant et après l'accouchement, la qualité des soins cliniques, les effets des biais et du racisme systémiques et les déterminants sociaux de la santé^{6,7}

Le succès connu au Royaume-Uni et aux États-Unis démontre le rôle essentiel du leadership des associations de professionnels de la santé dans les différentes disciplines et de l'engagement des leaders et décideurs. Comme la population enceinte, les ressources disponibles, le soutien des dirigeants et les systèmes de santé sont en constante évolution, il est impossible de rester au point mort; c'est pourquoi il ne faut *jamais* relâcher l'accélérateur dans la lutte contre la mortalité maternelle.

La collaboration, la communication des réussites et la mise en commun des pratiques exemplaires sont des occasions en or de maintenir l'intérêt et de stimuler l'innovation. Nous apprenons les uns des autres. Il est crucial de rester vigilant pour assurer la sécurité des mères et des bébés de demain. #togetherwecandoit

RÉFÉRENCES

1. Maternal mortality in childbirth. *Lancet* 1924;203:809–10. 10.1016/S0140-6736(01)16176-3.
2. Drife JO, Lewis G, Neilson JP, et al. *Why mothers died and how their lives are saved: the story of confidential enquiries into maternal deaths*. Cambridge: Cambridge University Press; 2023.
3. Hoyert DL. Maternal mortality and related concepts. *Vital Health Stat* 2007;3(33):1–13.
4. Centers for Disease Control and Prevention. *Achievements in public health, 1900—1999; healthier mothers and babies*. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1999;48:849–58.
5. Allen VM, Campbell M, Carson G, et al. Maternal mortality and severe maternal morbidity surveillance in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32:1140–6. 10.1016/S1701-2163(16)34737-5. [PubMed: 21176325]
6. MBRRACE-UK. *Saving Lives, Improving Mothers' Care Core Report: lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2022.
7. Centers for Disease Control and Prevention. *Report from nine maternal mortality review committees*. Available at: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/51660>. Accessed August 29, 2023.