



PROJET REGIONAL POUR

**RéDUIRE la**  
**MORTALITÉ**  
**INFANTILE**  
**et périnatale**  
**(RéMI)**

EN ÎLE-DE-FRANCE (2012-2017)



<b>Introduction</b>	<b>p 5</b>
<b>Volet 1 : LES ELEMENTS DE CADRAGE</b>	<b>p 9</b>
<b>Volet 2 : LE PLAN D' ACTIONS PLURIANNUEL</b>	<b>p 19</b>
<b>Volet 3 : LES INDICATEURS D' EVALUATION DU PROJET ET LES MOYENS MIS EN ŒUVRE</b>	<b>p 29</b>
<b>Volet 4 : LES RESULTATS DU PROJET DE RECHERCHE</b>	<b>p 37</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>p 41</b>



# Introduction

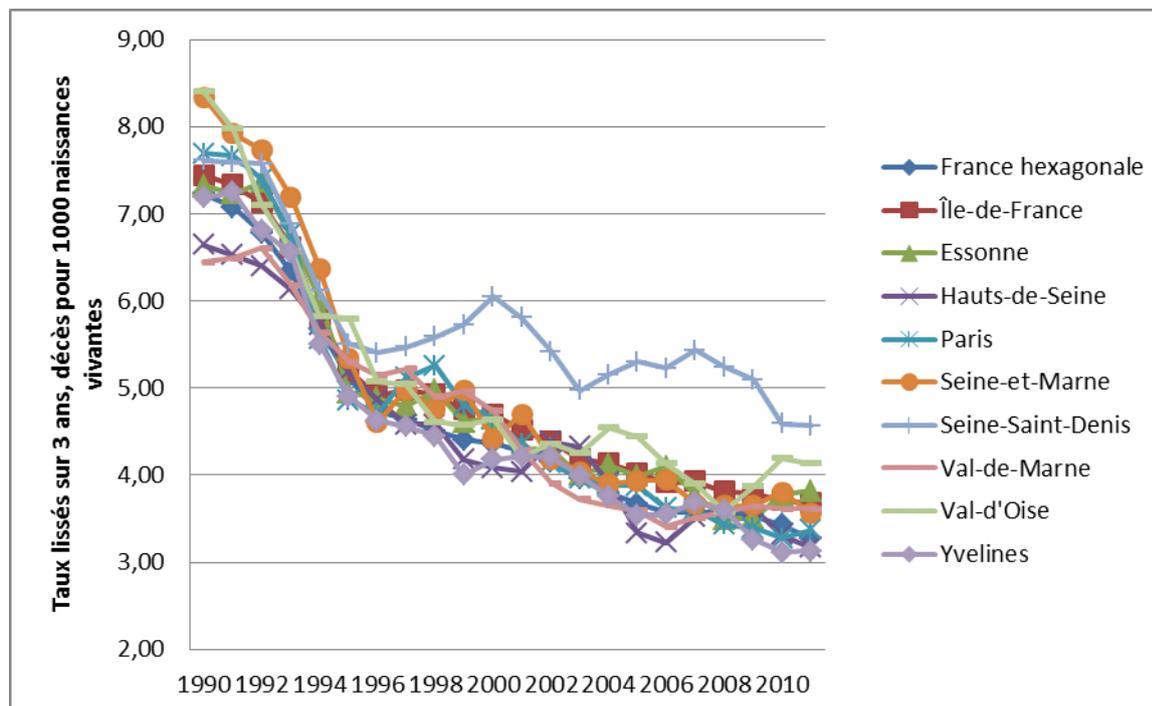
Le projet RÉMI est né des travaux initiés en 2011 dans le cadre de l'élaboration du Plan Régional de Santé de l'ARS Île-de France, posant le constat d'une situation défavorable de la santé périnatale dans une région où, par ailleurs, l'état de santé de la population est globalement meilleur que dans les autres régions de métropole. Les taux de mortalité infantile et périnatale franciliens sont ainsi plus élevés que les taux en France métropolitaine et présentent de fortes disparités entre départements.

Si le projet RÉMI est d'envergure régionale (un engagement a été signé entre l'ARS et l'Etat sur la réduction du taux de mortalité infantile régional), sa déclinaison s'est prioritairement organisée sur le département de la Seine-Saint-Denis, qui affiche un écart par rapport au taux régional particulièrement significatif.

En effet, les données disponibles en 2012 au moment du lancement du projet mettaient en exergue les points suivants :

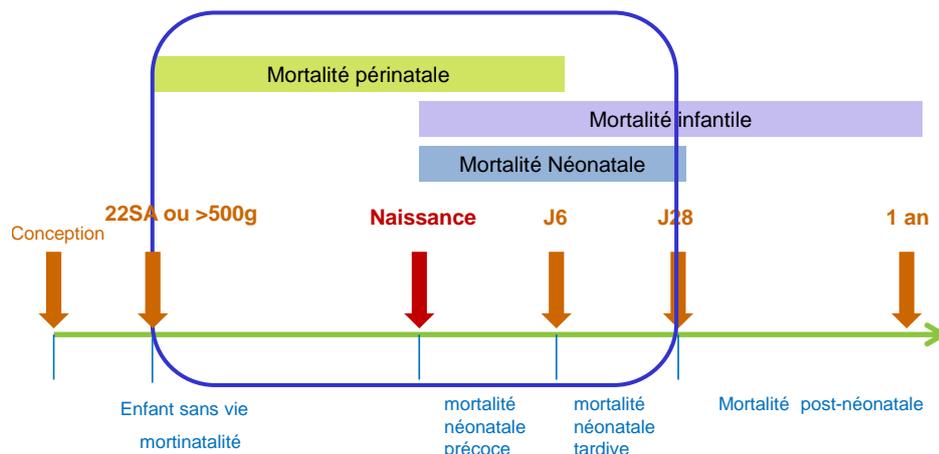
- Une surmortalité périnatale tendancielle en Seine-Saint-Denis depuis plusieurs décennies
- Une réduction de l'écart à la moyenne régionale dans le début des années 90 suite à la mise en place d'une recherche-action financée par le Conseil Général
- La mise en avant, dans le cadre des résultats de cette recherche, de difficultés liées à l'offre de soins (qualité des échographies pour le dépistage des RCIU, régionalisation des soins, coordination des prises en charge des prématurés)
- Des facteurs sociodémographiques apparus alors comme non discriminants
- Une forte mobilisation des acteurs autour de cette dynamique de recherche-action
- Une diminution observée du taux de mortalité périnatale les quelques années suivantes

Les inégalités sociales et géographiques de mortalité périnatale sont marquées en France. La Seine-Saint-Denis, qui présente des taux de mortalité périnatale et infantile de 40 à 50% plus élevés que la moyenne française depuis le début des années 2000 en est un exemple saisissant.



Evolution de la mortalité infantile 1990-2011 (source : Insee, exploitation Inserm U1153)

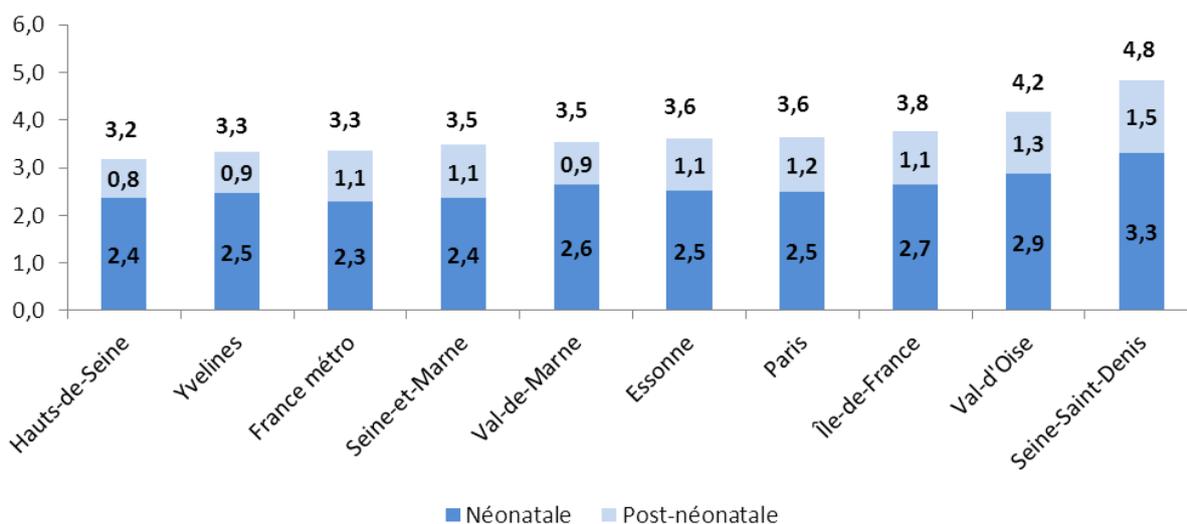
## Le périmètre du projet RÉMI en SSD



Source : ARS 4

Les premières analyses réalisées des données disponibles ont ainsi conduit à recentrer le périmètre du projet de la mortalité infantile vers la mortinatalité et la mortalité néonatale ; d'une part, parce que les écarts à la moyenne régionale de ces indicateurs étaient plus prononcés sur cette période périnatale et néonatale, et d'autre part parce que les facteurs de risques diffèrent sensiblement entre la période périnatale/néonatale et la période post-néonatale (mort subite du nourrisson, accidents domestiques...).

### La mortalité infantile et ses composantes dans les départements d'Île-de-France et en France métropolitaine de 2010 à 2013



Source : Insee (état civil)

Très rapidement, la complexité de la situation et la multiplicité des facteurs de risque concernés ont conduit l'Agence à se rapprocher des organismes de recherche spécialisés sur le sujet afin de définir un projet de recherche-action global, intégrant un volet épidémiologique et un volet socio-anthropologique, dont l'objectif général est de déterminer les principaux facteurs de surmortalité périnatale dans le département de la Seine-Saint-Denis.

Il s'agit notamment de préciser le niveau de contribution des facteurs socio-économiques, très défavorables sur ce territoire, ainsi que celui des facteurs liés à l'organisation des soins, et d'identifier des leviers d'actions à mettre en œuvre par les différentes puissances publiques (santé, social, hébergement, logement,...).

Le présent document a pour objectif de présenter les différentes dimensions du projet RÉMI et de synthétiser les démarches et actions entreprises depuis fin 2012.

La méthodologie retenue a été de travailler simultanément sur un axe de meilleure compréhension du problème de santé publique, et sur un axe d'actions directes auprès des populations et des professionnels :

<b><u>Mieux COMPRENDRE</u></b>	<b><u>Mieux AGIR</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Projet de recherche               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volet épidémiologique</li> <li>- Volet socio-anthropologique</li> </ul> </li> <li>➤ Projet NEMOSI</li> <li>➤ Revues de morbi-mortalité</li> <li>➤ Etude Assurance Maladie</li> <li>➤ Enquête centres de PMI</li> </ul>	Mise en place d'un plan d'actions pluriannuel visant à répondre à 3 types d'enjeux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la qualité et la sécurité des soins en SSD</li> <li>- Réduire les inégalités d'accès aux soins</li> <li>- Mieux coordonner les différentes politiques publiques</li> </ul>

Ce document propose ainsi de préciser les différentes composantes de ce programme de travail :

- 1- Les éléments de cadrage alimentés par les données disponibles et la méthodologie de travail
- 2- Un programme pluriannuel d'actions évolutif en fonction des résultats de la recherche
- 3- Les moyens mis en œuvre et les indicateurs d'évaluation du projet
- 4- Les résultats du projet de recherche

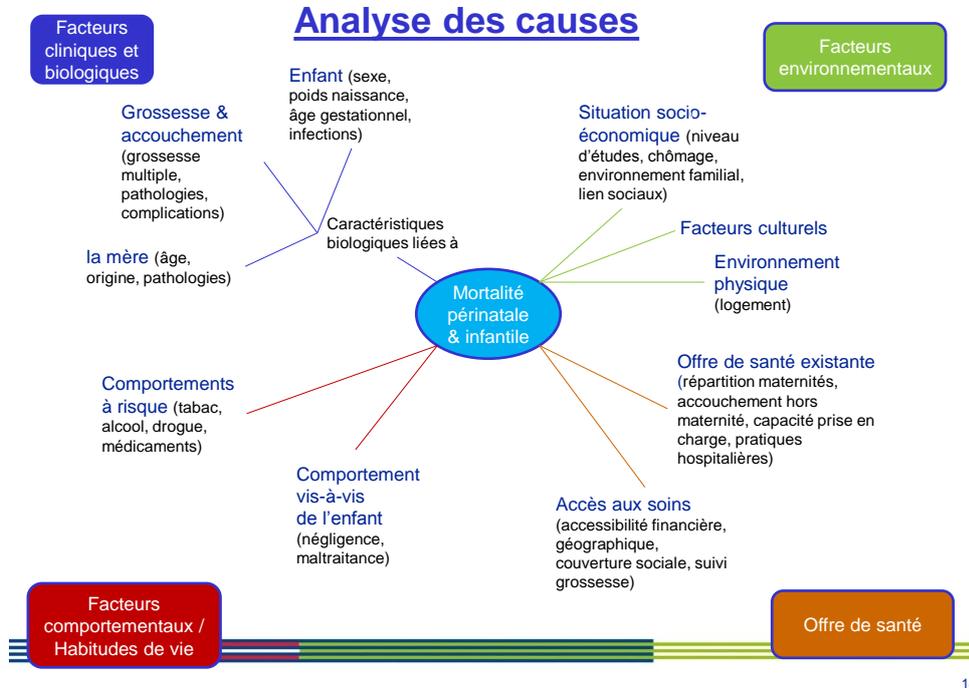


## **Volet 1**

# **ELEMENTS DE CADRAGE**

## 1- Le projet de recherche scientifique :

La principale difficulté du projet réside dans la méconnaissance des facteurs de risque les plus discriminants de cette surmortalité observée. La littérature scientifique fait état d'une série de facteurs de risque articulés autour de déterminants biologiques, environnementaux, comportementaux ou liés à l'organisation de l'offre de soins.



Source : ARS IDF

En effet, dans la littérature internationale, les principales causes de mortinatalité identifiées dans les pays développés restent : les pathologies placentaires et leur répercussion sur le retard de croissance intra utérin (30%), les infections maternelles (12%), les malformations congénitales (6%), les pathologies maternelles comme l'hypertension artérielle et le diabète (5%), la primiparité, l'obésité, l'âge de la mère de plus de 35 ans, le tabagisme. De plus, 30% des cas resteraient encore inexplicables. [Flenady V, Middleton P, Smith GC, et al, for The Lancet's Stillbirths Series steering committee. *Stillbirths: the way forward in high-income countries. Lancet 2011; published online April 14. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60064-0.*] Les populations immigrées de ces pays développés rencontrent certains facteurs de risque spécifiques comme : le tabagisme, l'accès aux soins ou des soins sous optimaux, le niveau d'éducation [Flenady V, Middleton P, Smith GC, et al, for The Lancet's Stillbirths Series steering committee. *Stillbirths: the way forward in high-income countries. Lancet 2011; published online April 14. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60064-0.*]

Le projet de recherche a pour objectif de préciser le niveau de contribution de ces différents facteurs et s'appuie sur deux approches complémentaires : épidémiologique et socio-anthropologique :

**Un volet épidémiologique** qui repose sur :

- Une analyse des bases de données existantes
- Un processus de consensus Delphi
- Un audit de cas

**Un volet socio-anthropologique** qui repose sur deux approches :

- Une approche prospective
- Une approche rétrospective

## **A- L'analyse des bases de données existantes**

Mandatées par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France depuis 2013, les équipes de recherche de l'unité EPOPE, INSERM U1153, sous la responsabilité de Jennifer Zeitlin, ont travaillé à une analyse des diverses sources de données publiques pour mieux comprendre les spécificités du département de Seine-Saint-Denis, préalablement à la mise en place d'un audit des cas de décès périnataux et néonataux.

Cette première synthèse porte sur l'analyse des caractéristiques de la population des femmes enceintes, leur suivi de grossesse et les complications de la grossesse en cas de décès, complétés par une présentation d'un processus de consensus auprès des professionnels du département pour connaître leurs opinions sur les causes de mortalité élevée.

### **Les résultats publiés mettent en évidence :**

- des problèmes de suivi de la grossesse (début tardif, peu de consultations), particulièrement pour les femmes migrantes,
- une mortalité plus souvent liée aux décès très précoces (22-26 SA) et aux pathologies hypertensives et infectieuses.

Par contre, aucune cause spécifique de décès néonataux n'a émergé.

*(P. Sauvegrain et coll., BEH février 2015, Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis)*

### **Les éléments de discussion retenus sont les suivants :**

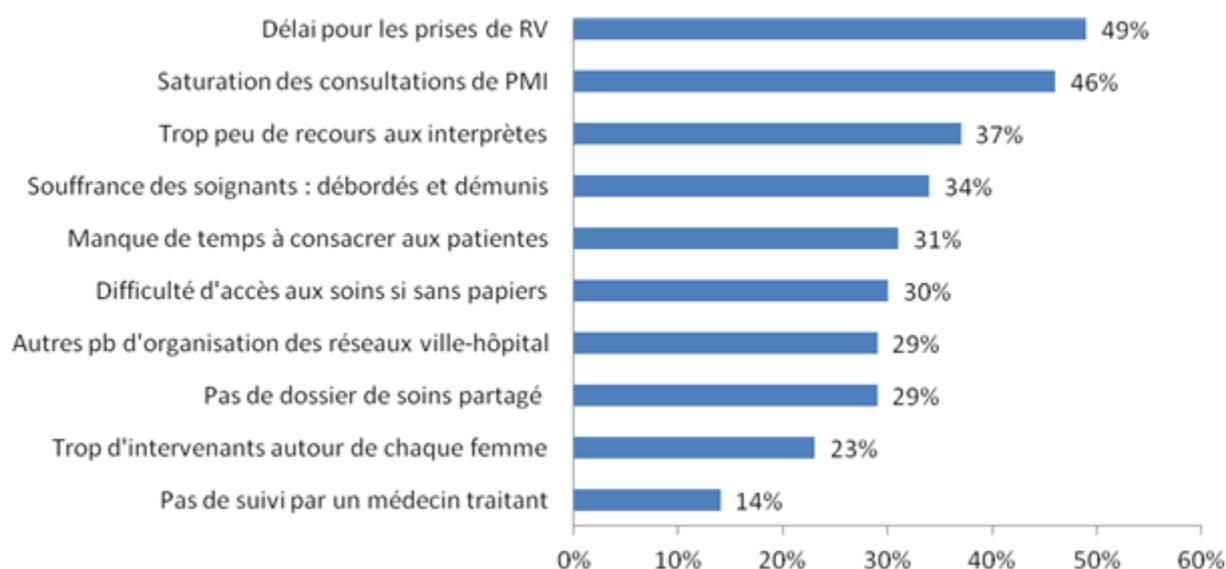
- Il est possible que les taux élevés de mortalité périnatale et infantile en Seine-Saint-Denis soient liés, en partie, à un suivi de grossesse « inadéquat » qui se caractérise par un retard dans la prise en charge, des décrochages nombreux dans le suivi et un recours fréquent aux urgences sans suivi cohérent de la grossesse. Ceci peut entraîner des soins sous-optimaux.
- Cependant si l'on observe des taux de prématurité et d'hypotrophie supérieurs en Seine-Saint-Denis par rapport au reste de la région, il n'est pas constaté de déficit de la régionalisation des soins pour les prématurés car, d'après les données du PMSI, ceux-ci naissent pour la plupart dans des centres adaptés *(Crenn-Hebert C, Menguy C, Lebreton E. Journal de Gestion et d'Économie Médicales. 2013;6(31):369-79. Mortalité infantile en Ile-de-France et système d'information.)*

Cependant, ces résultats renvoient aussi à la composition sociale du département : les femmes étrangères de Seine-Saint-Denis, plus nombreuses que dans les autres départements d'Île-de-France, ne bénéficient pas, pour un quart d'entre elles, d'un suivi suffisant de la grossesse. Cette proportion est retrouvée dans les autres départements d'Île-de-France. En revanche, la proportion de femmes de nationalité française moins bien suivies est plus élevée en Seine-Saint-Denis. Globalement, les caractéristiques sociodémographiques des femmes domiciliées en Seine-Saint-Denis diffèrent de celles des femmes domiciliées en Île-de-France.

## **B- Le processus de consensus Delphi**

Le processus de consensus Delphi, mené auprès de professionnels du département par l'unité 1153 de l'INSERM, fait émerger de nouvelles hypothèses sur le rôle de l'organisation des soins dans le département. Ainsi, ils ont souligné l'importance de la saturation des consultations hospitalières qui conduit à une prise en charge plus tardive des femmes à l'hôpital et qui a un impact sur les consultations en ville ; la difficulté à organiser la prise en charge des grossesses pathologiques dans les maternités ayant un niveau de soins adapté et la mauvaise utilisation des soins par une population pas toujours bien informée et ayant d'autres préoccupations plus urgentes que sa santé. Ainsi, la figure ci-dessous présente les facteurs liés aux soins qui ont été classés comme très importants par les professionnels interrogés. *(P. Sauvegrain et coll., BEH février 2015, Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'ex de la situation en Seine-Saint-Denis)*

## Facteurs ou causes liés aux soins : % du panel classant le facteur en « très important »



Source : INSERM

### C- Un audit de cas de décès

L'audit est basé sur les cas de décès périnataux ( $\geq 22$  SA et/ou  $\geq 500$ g) et néonataux observés pendant l'année 2014 dans les maternités de Seine-Saint-Denis. Toutes les équipes de maternité, de néonatalogie, de réanimation pédiatrique et du SMUR pédiatrique, rassemblées au sein du réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien de Seine-Saint-Denis, sont impliquées pour signaler les décès et présenter la recherche aux mères/parents.

L'audit comporte deux expertises pour identifier les facteurs sous-optimaux et potentiellement évitables : l'une auprès des équipes concernées et l'autre auprès d'un panel d'experts externes au département. L'implication des équipes médicales de Seine-Saint-Denis dans l'analyse des décès, peu fréquente dans les audits, permet de renforcer l'engagement des professionnels dans la recherche et devrait favoriser la poursuite de ce travail par des actions efficaces pour réduire la mortalité périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis.

Cet audit comprend également des entretiens avec les femmes consentantes, afin de pouvoir préciser leurs parcours de santé périnatale et documenter leur situation socio-économique.

Une analyse sur dossier des cas de décès dans des maternités parisiennes d'enfants domiciliés en Seine-Saint-Denis viendra compléter ce travail.

### D- Une approche socio-anthropologique

Le volet socio-anthropologique, porté par l'Observatoire du Samusocial de Paris, repose sur deux approches :

- Une approche prospective dont le but est de mieux comprendre les trajectoires de prise en charge familiale, sociale et sanitaire ainsi que le vécu de la grossesse des femmes résidant dans le département. La méthode retenue est un accompagnement personnel de quelques femmes enceintes tout au long de leur parcours de suivi de grossesse, afin d'observer de près les situations ou les difficultés auxquelles elles et leur famille font face.

- Une approche rétrospective, par la méthode d'entretien approfondi, chez des femmes ayant perdu un enfant durant la grossesse, l'accouchement ou dans les jours qui ont suivi la naissance. L'objectif de ce volet est de mieux comprendre le déroulement de la grossesse et d'identifier les aspects d'environnement familial, social et sanitaire de cette grossesse.

Cette approche socio-anthropologique complètera l'étude épidémiologique de l'Inserm et permettra de décrypter certains des mécanismes à l'œuvre dans l'enchaînement des contextes, des événements et des situations qui ont conduit au décès de l'enfant, et de mieux comprendre le vécu des femmes éprouvées par la perte de leur enfant.

## **2- Disposer de données fiables : le projet NéMoSI :**

Le projet NéMoSI vise à mettre en place les conditions nécessaires pour une assurance qualité de l'exhaustivité et du codage des dossiers PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) mort-nés (exhaustivité des enregistrements, qualité du recueil des données médicales), dans l'objectif de **mesurer un taux de mortalité fiable et de mieux décrire les circonstances de survenue.**

Le projet, expérimenté à l'Hôpital Trousseau (Paris) en 2010, a été déployé dans un premier temps sur les territoires de l'Est parisien, de la Seine-Saint-Denis, des maternités de l'AP-HP, du Val d'Oise et de Paris et devrait se poursuivre sur le reste de la région en 2015.

Il s'appuie sur quatre axes d'étude :

- *L'analyse du processus de recueil des informations médico-administratives pour renseigner les Résumés d'Unité Médicale (RUM) accouchements/naissances dans le PMSI.*
- *L'identification et caractérisation des différentes sources de données disponibles, autour des mort-nés.*
- *La mise en place d'une action « d'assurance qualité des données PMSI (naissance/ mort-nés) » par un accompagnement des acteurs concernés.*
- *La mesure de l'impact sur l'exhaustivité et la qualité des enregistrements des naissances et la capacité du PMSI à décrire les circonstances de survenue.*

La démarche d'assurance qualité a eu un impact, avec une nette amélioration du taux d'exhaustivité qui va permettre, à terme, de calculer les taux de mortalité, à condition que le codage soit structuré et validé.

### **Taux d'exhaustivité des enregistrements PMSI mort-nés selon le lieu de survenue de l'évènement (naissance). Territoires d'intervention et années (2010 – 2013)**

	2010		2011		2012		2013	
	Taux	Min - Max	Taux	Min - Max	Taux	Min - Max	Taux	Min - Max
<b>Seine-Saint-Denis</b>	<b>77,00%</b>	0,0% - 110,2%	<b>90,30%</b>	45,5% - 107,7%	<b>100,70%</b>	87,5% - 120,0%	<b>100,0%</b>	94,4% - 109,5%
<b>Val d'Oise</b>	<b>83,70%</b>	2,2% - 130,8%	<b>96,40%</b>	45,2% - 115,4%	<b>102,70%</b>	92,6% - 125,0%	<b>93,90%</b>	75,0% - 122,2%
<b>Paris</b>	<b>67,50%</b>	0,0% - 120,0%	<b>82,60%</b>	20,3% - 133,3%	<b>95,60%</b>	29,5% - 112,5%	<b>102,00%</b>	85,3% - 150,0%
<b>APHP</b>	<b>62,60%</b>	0,0% - 102,0%	<b>84,30%</b>	20,3% - 109,8%	<b>91,90%</b>	29,5% - 105,0%	<b>97,90%</b>	85,3% - 106,8%
<b>IDF</b>	<b>64,70%</b>	0,0% - 133,3%	<b>82,60%</b>	0,0% - 160,0%	<b>92,00%</b>	0,0% - 150,0%	<b>93,10%</b>	0,0% - 150,0%

Source : PMSI [PERINAT-ARS-IDF ; Traitement NéMoSI]

Taux d'exhaustivité : séjours PMSI mort-nés / Nombre d'enfants mort-nés estimés à partir du séjour accouchement \*100 ;

Min – Max : Données enregistrées par les sites de naissance du territoire concerné

Année de déploiement du projet NéMoSI (hors Trousseau) ; Val d'Oise : Intervention en 2014

Pas d'intervention

L'exhaustivité à l'échelle d'un territoire (départemental, régional, etc.) est à interpréter avec précaution, car elle est influencée par les sous et sur enregistrements des mort-nés de chaque site de naissance. La moyenne laisse prétendre que l'exhaustivité est correcte alors que des différences d'enregistrement par établissement existent.

De plus, travailler sur des petits effectifs a un impact important sur le calcul du taux d'exhaustivité.

Les premiers retours d'expérience montrent que le projet NéMoSI permet de :

- Faire du lien entre les acteurs, notamment entre les Départements d'Information Médicale (DIM), les maternités, les Sages-femmes PMSI et les établissements de santé concernés pour favoriser l'échange de bonnes pratiques de codage.
- Construire un indicateur de santé recueilli à partir du PMSI → Développement de la culture de l'information Médicale.
- Diffuser une culture de l'assurance qualité de l'information médicale à usage épidémiologique.

### **3- Avancer sur la compréhension des EIG : les revues de morbi-mortalité**

Les RMM sont portées par le réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien (NEF) en collaboration avec le service de PMI de Seine-Saint-Denis. Elles permettent la reprise collective d'évènements indésirables graves (EIG) (morbi-mortalité maternelle, foetale, néonatale ou dysfonctionnement de réseau).

Elles ont pour objectif de mobiliser les professionnels et de travailler sur l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles. Elles réunissent en moyenne une quarantaine de professionnels de la périnatalité du territoire (centres périnataux, PMI, libéraux, SMUR, CAMSP...)

Elles donnent lieu à l'élaboration de fiches de synthèse reprenant la situation présentée, les fonctionnements évoqués, les éléments biographiques, les moyens d'évaluation, les protocoles à actualiser et le suivi des actions.

## **4- Les enquêtes complémentaires**

### **1- L'analyse des données de l'Assurance Maladie**

Les services de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-Saint-Denis et du service médical se sont associés pour analyser les données relatives aux femmes enceintes domiciliées dans le département et ayant accouché en 2012, soit une population d'environ 28 000 femmes. L'étude a finalement porté exclusivement sur les femmes du département, avec chaînage des données hospitalières et des données de soins de ville, avec pour objectif de décrire les caractéristiques des femmes, leur suivi ainsi que celui des nouveau-nés.

#### **Limites de l'étude :**

- Absence de données pour la majorité des actes réalisés en PMI, avec difficulté à quantifier ces lacunes, surtout en nombre de personnes concernées.
- Absence de données pour les actes cliniques et paracliniques pris en charge financièrement par le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis pour les femmes sans couverture médicale ou ne pouvant faire l'avance des frais, avec absence complète de données quantitatives relatives à ces actes. Leur volume semblerait important, puisque environ 30% des femmes se présentant en PMI seraient sans couverture médicale.
- Pour les nouveau-nés, non rattachement des actes effectués sous le numéro de la mère par des pédiatres ou généralistes avec majoration spécifique aux nourrissons, qui aboutit à une vraisemblable sous-estimation du suivi postnatal.
- Pas d'étude comparative réalisée sur les disparités interdépartementales en Ile de France.

Les éléments de discussion retenus sont les suivants :

- **Un défaut d'ouverture de droits** à l'Assurance Maladie pourrait concerner jusqu'à 1 000 femmes enceintes, soit 3,5%. Ce taux s'élève à 6% chez les moins de 25 ans.
- 17% des grossesses concernent des **femmes de moins de 25 ans** dont près de 30% sont couvertes par la CMU ou l'AME (15% en population générale de moins de 25 ans).
- La fréquence du diabète estimée à partir des ALD (Affections de Longue Durée) et des remboursements pendant la grossesse ou dans les 6 mois précédents est de 8,4% dans la population étudiée. Or la prévalence brute en 2012 du diabète traité chez les femmes de 20-40 ans du département était de 0,75%, et les taux de diabète gestationnel habituels dans la littérature seraient de 3 à 6%, portant le taux attendu au maximum à 6,75%. Cet **écart de près de 2 points** par rapport au taux observé pourrait correspondre soit à des **diabètes pré-gestationnels méconnus ou non traités, soit à un fort taux de diabète gestationnel**. Il est à noter que la prévalence du diabète en population générale sur le département est parmi les plus élevée de France métropolitaine (5,3% taux brut 2012, et 6,9% taux standardisé sur la population française, à partir des seules consommations médicamenteuses).
- Le dépistage du diabète gestationnel par épreuve d'hyperglycémie provoquée ou épreuve simplifiée d'hyperglycémie est retrouvé pour moins d'une femme sur deux.
- La fréquence observée de l'hypertension artérielle dans la population étudiée est de 8,8%, estimée à partir des ALD et des remboursements pendant la grossesse ou dans les 6 mois précédents. Dans la littérature, la prévalence de l'HTA chez les femmes enceintes serait en France de l'ordre de 10 à 15%. Il est probable qu'une partie des patientes hypertendues de l'étude ne soit ni en ALD ni traitée par des antihypertenseurs, conformément aux recommandations.
- **Un suivi prénatal peut-être incomplet** au regard des recommandations de la HAS. Le suivi prénatal en ville après le premier trimestre est principalement assuré par les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes prédominant au 1<sup>er</sup> trimestre. Les sages-femmes sont à l'origine de moins de 1 000 actes cliniques remboursés en soins de ville en prénatal.
- On ne retrouve un remboursement d'un **suivi clinique complet** - quelle que soit la spécialité médicale - que **pour 13% des femmes. Ces données sont très partielles, puisque environ 1/3 de la totalité des actes cliniques réalisés en prénatal serait réalisé en PMI, notamment hospitalière, sans transmission à l'Assurance Maladie, avec environ 50% des femmes enceintes concernées.**
- **Un suivi échographique peut-être insuffisant (hors PMI):** On ne retrouve les remboursements des 3 échographies recommandées que pour la moitié des femmes, et 1/5 des femmes n'a pas de remboursement d'échographie durant le dernier trimestre. Mais, comme pour le suivi et pour les marqueurs sériques, les examens faits en PMI ne sont pas comptabilisés.
- **Le dépistage des marqueurs sériques est probablement incomplet** chez les parturientes (**hors PMI**), avec un taux maximum de 59,1% femmes avec remboursement de dépistage chez les 35-40 ans.
- **Un faible taux de suivi retrouvé en période néonatale :** seuls 5,6% des enfants ont un acte clinique hors PMI sous leur numéro propre dans les 10 jours et 22,8 % entre 10 et 30 jours. Ces chiffres ne tiennent pas compte des actes concernant des nourrissons effectués sous le numéro de la mère, ni des actes réalisés en PMI et non transmis, la télétransmission en cours de mise en place en 2012 ayant été partielle.

## **2- L'enquête sur le suivi de grossesse et l'accès aux droits sociaux des femmes enceintes suivies en PMI**

Suite aux résultats de l'analyse des données des Enquêtes Nationales Périnatales de 2003 et 2010 sur le suivi de grossesse des femmes domiciliées en Seine-Saint-Denis, le service de PMI du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis a initié une réflexion sur les thèmes du suivi de grossesse insuffisant et des difficultés d'accès aux droits sociaux. Après la réalisation d'un état des lieux **par un groupe de travail comprenant des professionnels de la périnatalité (PMI, services sociaux, hospitaliers..)**, il a été décidé d'élaborer une enquête dont les objectifs sont de :

- Déterminer les caractéristiques et le parcours de soins des femmes enceintes suivies en PMI.
- Définir les principaux motifs de 1ère consultation tardive de grossesse et d'absence de couverture sociale en début de grossesse et de décrire les démarches effectuées par les femmes dans ces situations.

Cette enquête est prospective. Toutes les femmes enceintes ( $\geq 6$  SA) se présentant en consultation de Protection Maternelle pour la première fois pendant la période d'inclusion de 8 semaines seront incluses. Les données sur le suivi de grossesse des patientes seront recueillies jusqu'à la fin du suivi de la prise en charge en PMI.

Le recueil des données sera réalisé par les sages-femmes et les médecins de protection maternelle qui effectuent les consultations prénatales dans les centres de PMI. Les résultats de cette enquête devraient être disponibles début 2016.

Pour faire suite à cette enquête quantitative, une deuxième enquête a débuté mi 2015, conduite par deux étudiantes en master 2 de Sciences sanitaires et sociales de l'Université d'Amiens. L'objectif est d'avoir une approche qualitative des difficultés des femmes retenues lors de la première enquête, pendant la grossesse et après l'accouchement.

## **5- Les articles scientifiques publiés en lien avec le projet RéMI**

Crenn-Hebert C, Menguy C, Lebreton E. Journal de Gestion et d'Économie Médicales. 2013;6(31):369-79. Mortalité infantile en Ile-de-France et système d'information.

Carayol M, Bucourt M, Cuesta J, Zeitlin J, Blondel B. Mortalité néonatale en Seine-Saint-Denis : analyse des certificats de décès néonataux. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2013;42(3):271-4.

Carayol M, Bucourt M, Cuesta J, Blondel B, Zeitlin J. Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Ile-de-France ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2015 Mar; 44(3):258-68.

Sauvegrain P, Carayol M, Ego A, Crenn-Hebert C, Bucourt M, Zeitlin J, BEH février 2015, Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis

Serfaty A, Benifla JL. Que peut-on attendre d'une action collective sur l'enregistrement des mort-nés par le PMSI ? Un retour d'expérience de l'hôpital Armand-Trousseau, Paris. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). Feb 2012;42(1):101-104.

Serfaty A. Stillbirth in France. *Lancet*. Nov 8 2014; 384(9955):1672.

Diallo A, Serfaty A, Baron S, et al. Enregistrement et codage par le PMSI des mort-nés de 2010 à 2013 à l'hôpital Jean-Verdier, hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014;62(Supplement 3, March 2014):S99.

Serfaty A, Moreira S, Pedrero C, Gonzales M, Coulomb A, Siffroi JP, Benifla JL, Jouannic JM. Taux de mortinatalité en France : un indicateur de santé publique fiable en France au 21ème siècle ? *Rev.Méd.Périnat*, (Paris). 2015 ; 7 :28-37.

S. Moreira, A. Serfaty, Réseaux de santé périnatal Naître dans l'Est Francilien (NEF), C. Pedrero, G. Breart – « Construction du taux de mortinatalité - qualité des données, circuit de recueil et place des acteurs - L'exemple de la Seine-Saint-Denis, 2011/2013 (Projet NéMoSI) ». <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2015.01.056>. XXVIIIe Congrès national Emois/Rev Epidemiol Sante Publique 63S (2015) S23-S30.



## **Volet 2**

### **Plan d'actions pluriannuel RéMI**

Sans attendre les premiers résultats du projet de recherche, le choix a été fait de commencer à renforcer les actions de terrain autour des principaux facteurs de risque connus :

- Facteurs de risque liés à l'offre de santé
- Facteurs de risque environnementaux
- Facteurs de risque comportementaux

Ce premier plan d'actions s'articule autour d'une vingtaine de mesures et évolue régulièrement en fonction des questions posées par les différents travaux d'études et de recherche.

Il repose sur 3 types d'enjeux :

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Seine-Saint-Denis
- Réduire les inégalités d'accès aux soins
- Mieux coordonner les différentes politiques publiques

L'objectif général du projet, qui s'appuie sur une évolution favorable du taux de mortalité et mortalité néonatale, semble plutôt ambitieux et se caractérise par une temporalité relativement longue. La démarche d'évaluation retenue, aussi bien qualitative que quantitative, intègre des objectifs intermédiaires, guidant le plan d'actions.

Ces derniers visent à analyser l'impact, à la fois direct et indirect, des actions menées sur la population des femmes enceintes et des jeunes mères (mesures orientées vers les professionnels pour une meilleure prise en charge des femmes).

## 1<sup>er</sup> enjeu : Améliorer la qualité et la sécurité des soins

### A- Mieux coordonner le parcours de prise en charge de la grossesse

#### ◆ Le renforcement du réseau périnatal NEF

Initialement, le projet RéMI a été l'occasion d'accompagner le renforcement du réseau périnatal à savoir la formalisation d'un contrat d'objectifs et de moyens sur 3 ans permettant le recrutement d'une équipe de coordination solide à la fois dans son volet prénatal et son volet pédiatrique.

Le réseau NEF couvre le territoire de Seine-Saint-Denis et du Nord Seine-et-Marne.

Dans le cadre du projet RéMI, le réseau a pour mission de travailler sur l'amélioration des pratiques professionnelles (RMM, réseau échographique, formations pluridisciplinaires, transferts in utero...), sur la formation des professionnels au repérage et à l'orientation des femmes en situation de vulnérabilité (entretien prénatal précoce, violences faites aux femmes, annuaire ressource en psychopathologie...).

Le réseau NEF s'attachera à renforcer les liens avec les réseaux périnatals de proximité pour la formation, l'actualisation des connaissances et la simplification des relations avec les établissements de santé afin d'améliorer l'orientation et de faciliter le parcours de soins des parturientes.

#### ◆ Améliorer la lisibilité du parcours périnatal en Seine-Saint-Denis auprès des femmes

Un groupe de professionnels du réseau en charge de la thématique du parcours de la femme enceinte s'est constitué dès mars 2013 : médecins et sages-femmes des secteurs hospitalier, territorial et libéral. Il a élaboré un support d'information à destination des femmes édité et diffusé par le réseau en janvier 2015 (cf. plaquette en annexe). Le travail sur le parcours de soins de la femme enceinte doit s'orienter vers :

- l'organisation du parcours de santé de la femme enceinte entre les différents professionnels et les différentes structures
- l'identification des ressources d'offre de soins sur le territoire (annuaire)
- l'information aux professionnels de santé
- les suites de naissance et le retour à domicile
- la coordination des actions des sages-femmes libérales, des PMI et des centres municipaux de santé, dans le pré et le post-partum
- la formation de l'ensemble des professionnels de périnatalité du territoire au repérage des besoins des patientes afin de les orienter vers les filières adaptées (bas risque ou niveau gradué de prise en charge) en fonction de leur état de santé et de leurs antécédents

### B- Travailler sur les bonnes pratiques cliniques et organisationnelles

#### ◆ Mise en ligne des protocoles utilisés dans le réseau sur l'application HYGIE protocoles

Le réseau NEF actualise et publie des protocoles élaborés par les professionnels du réseau, diffusés via son site internet et des envois ciblés de courriels. Il a pour mission d'harmoniser un socle commun à l'ensemble des professionnels et des structures du territoire pour les principaux protocoles, en particulier ceux reposant sur des recommandations de pratiques cliniques RPC, tant pour l'obstétrique que pour la pédiatrie.

Le réseau NEF a participé au groupe de travail HYGIE protocoles du GCS D-Sisif. Dès le déploiement de l'application, les protocoles du réseau y étaient accessibles :

- Rupture prématurée des membranes
- Menace d'accouchement prématuré
- Pré-éclampsie
- Retard de croissance intra utérin sévère
- Check-list des explorations à réaliser devant une MFIU spontanée ou un décès néonatal en salle de naissance

D'autres procédures seront proposées pour diffusion via l'application HYGIE protocoles dès approbation par le comité médical et scientifique du réseau, sur les thématiques suivantes :

- Prise en charge des femmes victimes de violences
- Prise en charge des femmes excisées
- Procédure de transfert *in utero* dans le territoire du réseau NEF

◆ **Améliorer les procédures de repérage et de prise en charge des facteurs de risque particulièrement présents en Seine-Saint-Denis (diabète gestationnel/ HTA/ obésité, addictions, VIH, souffrance psychique, drépanocytose)**

Un groupe de réflexion réunissant des soignants de différentes maternités franciliennes (gynécologues, endocrinologues, sages-femmes, infirmières et diététiciennes), coordonné par le Pr E. Cosson, travaille à l'harmonisation des pratiques et au partage d'expériences autour du diabète gestationnel.

Ces actions seront accompagnées par l'ARS Délégation territoriale, dans le cadre du programme régional « Diabète » déployé sur le territoire prioritaire de la Seine-Saint-Denis.

Le suivi électronique des carnets de surveillance glycémique (Programme Diabgest, ou MyDiabby) est en cours de déploiement dans certaines maternités du territoire.

◆ **Diffuser les fiches de synthèse élaborées dans le cadre des revues de morbi-mortalité**

Le COPIL pour les Revues de Morbi-mortalité du réseau NEF est porté par 8 médecins hospitaliers et territoriaux depuis juillet 2013. Outre l'organisation des séances de RMM, ce groupe de travail a élaboré une fiche de synthèse pour chaque situation clinique présentée, avec pour cadre commun :

- Le résumé de la situation présentée
- Les dysfonctionnements évoqués
- Les éléments biographiques
- Les moyens d'évaluation
- Les protocoles à actualiser
- Le suivi des actions

Une formation aux méthodes d'analyse, en particulier à la méthode ALARM, est planifiée.

Les modalités de diffusion de ces fiches synthétiques auprès des adhérents du réseau sont en cours de discussion au sein du COPIL.

◆ **Diffuser des bonnes pratiques autour de l'accompagnement du deuil périnatal**

La thématique de l'accompagnement du deuil périnatal demeure une forte préoccupation des professionnels, tant au décours de l'évènement morbide que dans le cadre du suivi à moyen et long terme (notamment du suivi des grossesses ultérieures). La mise en place d'un groupe de travail sur le deuil périnatal est en réflexion au sein du réseau afin d'assurer la formation des professionnels en s'appuyant sur les ressources locales, en particulier Empathie 93. Le réseau prévoit l'organisation de sessions de formation à l'accompagnement au deuil périnatal en mixant les équipes, avec des institutions telles qu'Agapa.

#### ◆ Diffuser les bonnes pratiques de codage des mort-nés

Dans le but de construire un taux de mortalité fiable et selon les recommandations de l’OMS, il s’agit de :

- Mobiliser les réseaux en santé périnatale
  - Rappel des définitions et les consignes de codage PMSI des naissances vivantes et des mort-nés : élaboration, mise à jour et diffusion de référentiels de codage et de contrôle qualité des données [notamment, PERINAT ARS ; NéMoSI] ; formation sur le codage en obstétrique des équipes et intervention (sur site) selon les besoins par l’équipe NéMoSI
  - Mobilisation et accompagnement des équipes : appropriation de la Démarche d’Assurance Qualité (DAQ) [contrôle régulier des données relatives aux naissances (exhaustivité - qualité) : contrôle interne au PMSI et externe au PMSI à partir d’une autre source]; partage des savoir-faire à l’aide de réunions périodiques d’échanges de pratiques entre acteurs
  - Suivi du projet dans les réseaux en santé périnatale
  - Etude de la stratégie des réseaux en santé périnatale dans la prise en compte de la mortalité dans leur politique territoriale
- Développer un module de contrôle de la cohérence entre les séjours accouchements/naissances
  - Conception et développement informatique du module NéMoSI : contrôle des fichiers Maman/Bébé, vérification, suivi des corrections réalisées par les équipes locales (avant/après) et équipe NéMoSI

#### ◆ Réflexion territorialisée sur l’organisation de la fœtopathologie

Le diagnostic partagé par les différents partenaires de Seine-Saint-Denis fait état :

- D’un recours aux examens fœtopathologiques insuffisant pour comprendre les causes de décès et améliorer la prise en charge des grossesses ultérieures
- D’un accès à ces examens hétérogène et inéquitable sur l’ensemble du département
- De la nécessité d’avoir au moins un centre de fœtopathologie dans le département (2 centres existent actuellement : 1 hôpital général et 1 CHU qui réalise ces examens pour la plupart des maternités du département) et une consultation de génétique médicale
- D’un financement de temps partiel de praticien par le Conseil Départemental en voie de suppression à l’occasion d’un départ en retraite en 2016
- De difficultés de recrutement sur ce type de spécialités

Le principe retenu est de travailler en 2015 :

- à l’élaboration d’un projet de centre de fœtopathologie de référence en Seine-Saint-Denis permettant l’application des recommandations de la HAS et un accès aux examens cytogénétiques et génétiques (sans facturation aux familles)
- à la mise en place d’une politique de recrutement attractive (poste universitaire)
- à la clarification du mode de financement : s’il est à la charge des maternités, il risque d’être reporté vers les familles

## **C- Promouvoir les formations pluridisciplinaires**

### **◆ Formations sur sites à la réanimation en salle de naissance**

Ces formations sont à réactiver pour l'ensemble des structures.

### **◆ Formations à l'analyse du rythme cardiaque fœtal**

Des formations à l'analyse du RCF sont en cours d'organisation. Elles doivent être validées par le CMS et seront mises en place en 2015 (projet prioritaire). Elles seront organisées en dehors des maternités, avec des groupes de travail composés de soignants (médecins et sages-femmes) issus de structures différentes, et intégreront l'analyse concomitante du partogramme.

### **◆ Sensibilisation des professionnels de santé au repérage et à l'orientation des femmes victimes de violences**

Le programme de prévention des violences faites aux femmes a été initié en janvier 2013. Il a débuté par un recensement des ressources et des compétences disponibles au sein du département.

Par la suite des formations pluri professionnelles ont été délivrées afin de diffuser une culture commune de l'accompagnement des femmes victimes de violences auprès des équipes.

Des procédures utilisées par l'ensemble du réseau sont en cours d'évaluation sur le terrain.

Le projet se poursuit avec le déploiement des formations vers les professionnels de ville et vers le Nord de la Seine-et-Marne. Le partenariat avec 6 villes est en place par l'intermédiaire des déléguées aux droits des femmes et/ou des coordinateurs des ASV. Les outils créés sont à disposition des soignants grâce à leur mise en ligne sur la partie professionnelle du site internet du réseau NEF.

Enfin un groupe de référents, représentant chaque structure (PMI, maternités, ville), a été constitué afin de pérenniser l'ensemble des actions mises en place.

### **◆ Formation des professionnels à la pratique de l'entretien prénatal précoce**

La formation à l'EPP est proposée dans le réseau NEF depuis début 2013. Le réseau fait appel à une formatrice extérieure qui a animé 2 sessions de formation en 2013 et en 2014. Chaque session se déroule sur 4 jours. Les professionnels formés sont très majoritairement des sages-femmes, aussi bien hospitalières, libérales, que territoriales. Depuis début 2014, les sages-femmes du Nord de la Seine-et-Marne ont été conviées à ces formations avec succès.

Les formations ont été l'occasion de présenter aux professionnels les outils élaborés par le réseau, à savoir :

- Une plaquette d'information sur l'EPP, à destination des couples
- Un triplicata de la fiche de liaison pour évaluer cette pratique dans le territoire du réseau
- Une fiche d'aide à la rédaction de la fiche de liaison

## 2<sup>ème</sup> enjeu : Réduire les inégalités d'accès aux soins

### A- Mettre en place des dispositifs spécifiques auprès des publics vulnérables

#### ◆ Expérimentation pour un accompagnement des sorties de maternité et de néonatalogie jusqu'au domicile

Un accompagnement des nouveau-nés peut être proposé en sortie de maternité ou de néonatalogie pour sécuriser les conditions de retour de l'enfant au domicile, favoriser la mise en place du lien mère-enfant et faire le lien avec les services de PMI pour la poursuite d'un suivi au domicile, si besoin. L'objectif est également de diminuer la durée moyenne de séjour en néonatalogie et en unité kangourou et de réduire la fréquence des passages aux urgences et des ré-hospitalisations. Ce dispositif, mis en place de façon expérimentale au Centre hospitalier de Saint-Denis, constitue une offre complémentaire aux dispositifs d'HAD ou du PRADO, pour des nouveau-nés ayant été hospitalisés ou ayant nécessité un suivi néonatal particulier. Les professionnels qui se rendent au domicile des jeunes mamans ont déjà établi un lien avec les parents pendant l'hospitalisation.

#### ◆ Expérimentation autour des sorties de maternités des femmes sans hébergement

Dans les suites d'une expérimentation au CH Delafontaine de Saint-Denis, les maternités publiques du département, et le dispositif d'orientation du 115 (SIAO93) se sont rapprochés en 2014 pour travailler à une meilleure anticipation des sorties de maternité des jeunes mères sans hébergement. L'organisation actuellement expérimentée vise à anticiper les demandes d'hébergement adressées au 115, dès l'admission de la femme au moment de l'accouchement, pour permettre une sortie préparée et la plus adaptée possible aux besoins médicaux et sociaux du couple mère-bébé.

### B- Promouvoir des actions de prévention ciblées

#### ◆ Promotion de la santé dans les structures d'hébergement

Dans le cadre du partenariat DRIHL-UT93 / ARS-DT93, plusieurs projets ont été accompagnés pour développer des actions de promotion de la santé et d'accompagnement médicosocial dans des structures d'hébergement accueillant des femmes enceintes et des jeunes mères.

Plusieurs types de dispositifs ont ainsi été expérimentés :

- dans des accueils de jour (association « Amicale du Nid » à Saint Denis ; association « La Marmite » à Bondy) ;
- dans un centre d'hébergement d'urgence (CHU de l'association « Aurore » au Raincy) ;
- dans des appartements collectifs dédiés à l'accueil de femmes enceintes ou sortant de maternité (« Les berceaux de Myriam », association des « Cités du Secours Catholique » -Cité Myriam à Bagnolet et Aulnay-sous-Bois)

Dans chacun de ces dispositifs, les partenariats avec les structures hospitalières de proximité, les acteurs de santé de l'ambulatoire (centres de santé, PMI...) ont été recherchés. Sages-femmes, médecins, infirmiers, psychologues, psychomotriciens, éducateurs, travailleurs sociaux, sont, selon les projets, mobilisés pour intervenir auprès du public accueilli.

Un partenariat est par ailleurs en cours avec les services de la CPAM93, qui a abouti au développement, dans le cadre de ces dispositifs, d'interventions facilitant l'ouverture des droits et des actions de prévention et de promotion de la santé (« parcours maternité »).

◆ Promotion de la nutrition et de l'allaitement maternel auprès des femmes en situation de précarité (projet PRENAP 93)

Le projet expérimental Prénap a été déployé au Centre hospitalier de Saint-Denis, en lien avec l'accueil de jour pour femmes sans hébergement géré par l'association « Amicale du Nid ». Sur orientation de la maternité, il propose un accueil et un accompagnement des mères à la sortie de maternité (accompagnement social, prestations d'hygiène, prestations alimentaires notamment). En lien avec les professionnels de santé du centre hospitalier et des partenaires de proximité, il propose des actions de promotion de la santé pour ce public spécifique, en particulier autour de la nutrition et de l'allaitement maternel.

### 3<sup>ème</sup> enjeu : Mieux coordonner les différentes politiques publiques

◆ Articulation des objectifs du projet RéMI avec les contrats locaux de santé

Les équipes territoriales de l'ARS, lors de leurs échanges avec les coordonnateurs des contrats locaux de santé et/ou ateliers santé ville, ont incité au développement d'axes périnatalité, afin d'intégrer des objectifs du projet RéMI dans les actions développées par les villes en matière de périnatalité, santé des femmes et des enfants.

◆ Renforcement des articulations maternités / services municipaux d'état civil

Suite à l'identification, par les acteurs de terrain, d'une difficulté pour une partie de la population à procéder à la déclaration du nouveau-né auprès des services de l'état civil, un rappel du cadre réglementaire a été réalisé auprès des directions des maternités publiques et privées du département, spécifiant leur responsabilité sur ce sujet.

Cette sensibilisation a abouti à un renforcement des liens entre les services municipaux et les services de maternité contribuant à une meilleure exhaustivité des déclarations de naissance dans le délai de trois jours. La présence effective d'un officier d'état civil quotidiennement au sein de la maternité est observée sur plusieurs sites.

Cette déclaration à l'état civil est indispensable pour l'ouverture de droits à l'assurance maladie du nouveau-né. Toutefois, la CPAM de Seine-Saint-Denis propose un nouveau dispositif permettant transitoirement d'ouvrir les droits sur la base du certificat de naissance.

◆ Mise en place d'un circuit simplifié pour le rattachement des nouveau-nés au régime d'assurance maladie des parents

Les professionnels de la périnatalité et les agents de la CPAM de Seine-Saint-Denis s'accordent à constater qu'un nombre important de droits ne sont pas ouverts (ou tardivement) pour les nouveau-nés.

Or, la prise en charge à 100% sur les droits de la maman n'est valable que le 1<sup>er</sup> mois de vie. Par la suite, la complexité des démarches administratives en cas de demande tardive d'ouverture des droits (absence d'acte de naissance par exemple) place certaines familles en difficultés et limite l'accès aux soins pour ces enfants.

Un circuit « attentionné » a donc été mis en place sur l'ensemble des maternités du département afin de permettre une réduction des délais d'enregistrement des nouveau-nés dans les fichiers de l'Assurance Maladie et permettre ainsi l'accès aux soins.

Ce circuit prévoit la prise en compte des certificats de naissance établis par la maternité, en l'absence de pièce d'état civil officielle. Un dossier est constitué avant la sortie de maternité avec le formulaire de demande d'affiliation du nouveau-né renseigné par les parents et le certificat de naissance. Il est adressé à un service dédié de la CPAM afin de garantir un traitement rapide.

◆ **Renforcement des partenariats institutionnels ARS / DRHIL**

Les équipes territoriales de l'ARS et de la DRHIL de Seine-Saint-Denis ont initié un travail commun de réflexion et d'accompagnement des promoteurs associatifs autour de la prise en charge médico-sociale des femmes enceintes et des jeunes mères sans hébergement dans le cadre de dispositifs innovants.

Cette démarche a permis d'accompagner trois projets en 2014, et deux nouveaux projets en 2015.

Dans le cadre d'un appel à projets initié par la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement en 2015, des places supplémentaires pour l'accueil des femmes enceintes et des mères sortant de maternité en centres d'hébergement d'urgence pourraient être créées, en Île-de-France, en guise d'alternative à l'hébergement en hôtel.



## **Volet 3**

# **Les indicateurs d'évaluation du projet et les moyens mis en œuvre**

Un ensemble de moyens et de ressources a été mobilisé pour mettre en œuvre les différentes composantes de ce projet ambitieux ainsi que sa dimension évaluative.

## 1- Les moyens mis en œuvre

### A- Les moyens humains

La méthodologie de projet appliquée a conduit à la mise en place de différentes instances pour assurer le cadrage et la coordination des différents objectifs. Ces dernières sont composées de représentants d'origines professionnelles et institutionnelles variées.

#### ◆ Un comité de pilotage

- animation assurée par le Directeur Général de l'ARS, *Claude EVIN*
- partenariat CPAM-93 – Conseil Départemental 93 –DRHIL-UT 93
- représentants des professionnels ville-hôpital en Seine-Saint-Denis

#### ◆ Une chefferie de projet ARS

- chef de projet siège, *Anne-Gaëlle DANIEL*
- référent territorial DT ARS 93, *Dr Laurence DESPLANQUES*

#### ◆ Une équipe projet pluri-partenaire

- CPAM : *Joël HENNECHART, Camille JACOB-de-NAUROIS et Régine BECIS*
- Conseil Départemental 93 : *Hélène DECROIX et Marion CARAYOL*
- Réseau NEF : *Ghada HATEM et Eric LACHASSINNE*
- Equipes d'études et de recherche : *Annie SERFATY, Catherine VINCELET, Raquel RICO, Priscille SAUVEGRAIN et Jennifer ZEITLIN*

#### ◆ Un comité scientifique

- Présidé par le *Dr Isabelle GREMY*
- Un groupe d'experts composé de :
  - *Elie AZRIA, gynécologue-obstétricien*
  - *Marc BRODIN, Pr de santé publique*
  - *Hélène CHARREIRE, géographe de la santé*
  - *Michel COT, épidémiologiste*
  - *Sandrine MUSSOT, anthropologue*
  - *Martine BUCOURT, foetopathologiste*
  - *Géraldine DUTHE, démographe*
  - *Catherine VINCELET, épidémiologiste*
  - *Michèle GRANIER, pédiatre néonatalogiste*
  - *Hélène GRANDJEAN, épidémiologiste*
- Des représentants institutionnels :
  - *Marion CARAYOL, Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis*
  - *Laurence DESPLANQUES, ARS délégation territoriale de SSD*

### B- Les moyens financiers

#### ◆ Le financement d'un projet de recherche

- Volet épidémiologique
- Volet socio-anthropologique

#### ◆ Le financement du réseau périnatal

- Action de coordination / Action de formations

- ◆ **Le financement d'actions de santé publique**
    - Projet PRENAP 93
    - Actions de promotion de la santé périnatale dans les structures d'hébergement
  - ◆ **Le financement de dispositifs innovants de prise en charge**
    - Sorties accompagnées au CH de St Denis
- C- Les moyens de communication**
- ◆ **Les soirées organisées par le réseau NEF**
    - Octobre 2013
    - Juin 2015
  - ◆ **La remise du rapport final**
    - Septembre 2015
  - ◆ **La journée des réseaux de périnatalité franciliens**
    - 8 octobre 2015

## 2- Les indicateurs d'impact

De manière générale, la réussite du projet repose sur l'atteinte totale ou partielle des objectifs généraux suivants :

- 1- Réduire le taux de mortalité infantile et périnatale
- 2- Identifier les facteurs de risque les plus discriminants pouvant expliquer la surmortalité périnatale et néonatale dans le département de la Seine-Saint-Denis
- 3- Réduire les inégalités d'accès aux soins
- 4- Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Pour mesurer le niveau de réalisation de ces objectifs, nous disposons de différents types d'indicateurs :

- Des indicateurs d'impact des actions mises en place créés de manière *ad hoc*
- Des indicateurs épidémiologiques issus de bases de données existantes ou de l'exploitation de ces bases de données

### A- Sur les professionnels

- ◆ **Evolution des pratiques**
  - Nombre de RMM organisées et nb de cas étudiés
  - Nombre et types de recommandations diffusées après les RMM
  - Nombre de protocoles formalisés dans le cadre du réseau
    - En obstétrique
    - En pédiatrie
- ◆ **Amélioration de la qualité des soins**
  - Nombre de professionnels formés
    - A l'EPP
    - Au repérage des violences
    - A l'accompagnement du deuil périnatal

## **B- Sur l'état de santé de la population**

### **◆ Suivi prénatal**

- Taux de dépistage de la T21 au 1<sup>er</sup> trimestre
- Pourcentage de femmes ayant déclaré leur grossesse au dernier trimestre
- Pourcentage de femmes n'ayant pas bénéficié d'un suivi conforme aux recommandations HAS

### **◆ Femmes sans hébergement**

- Nombre de femmes bénéficiaires d'actions de promotion de la santé dans les 3 structures d'hébergement et d'accueil de jour

## **C- Sur les partenariats**

### **◆ Nombre de fiches actions périnatalité dans les CLS**

### **◆ Nombre d'actions mises en place**

- Communes de Bondy, Saint-Denis, Aulnay

### 3- Les indicateurs de suivi de grossesse

#### Taux de déclaration de grossesses tardives (naissances domiciliées)

Taux	2010
Paris	5,9
Seine-et-Marne	3,5
Yvelines	1,7
Essonne	3,9
Hauts-de-Seine	3,2
Seine-Saint-Denis	8,8
Val-de-Marne	5,7
Val-d'Oise	2,9
<b>Île-de-France</b>	<b>4,7</b>

##### Taux de non réalisation des échographies :

Le premier certificat de santé de l'enfant comporte deux items en oui/non concernant la réalisation d'une part de l'échographie pour mesure de la clarté nucale et d'autre part de l'échographie morphologique.

Le taux est calculé pour 100 naissances vivantes ayant fait l'objet d'un premier certificat de santé.

Le taux de données manquantes est d'environ 5% pour ces variables.

Source : Premiers certificats de santé de l'enfant, Base régionale Île-de-France, exploitation ORS Île-de-France

#### Taux de non réalisation de l'échographie pour mesure de la clarté nucale (naissances domiciliées)

Taux	2010
Paris	5,6
Seine-et-Marne	3,1
Yvelines	3
Essonne	3,1
Hauts-de-Seine	3,2
Seine-Saint-Denis	9,3
Val-de-Marne	3,7
Val-d'Oise	4,8
<b>Île-de-France</b>	<b>4,8</b>

##### Taux de déclaration tardive :

Le premier certificat de santé de l'enfant comporte un item sur le trimestre de la déclaration de grossesse (1, 2 ou 3<sup>ème</sup>). Les grossesses déclarées tardivement le sont au-delà du premier trimestre.

#### Taux de non réalisation de l'échographie morphologique (naissances domiciliées)

Taux	2010
Paris	1,7
Seine-et-Marne	1,1
Yvelines	1,2
Essonne	0,6
Hauts-de-Seine	0,9
Seine-Saint-Denis	2,9
Val-de-Marne	1,5
Val-d'Oise	1,7
<b>Île-de-France</b>	<b>1,5</b>

Source : Premiers certificats de santé de l'enfant, Base régionale Île-de-France, exploitation ORS Île-de-France

## 4- Les indicateurs de mortalité

### ◆ Nombre de mort-nés

	2011	2012	2013
Seine-Saint-Denis	306	311	309
Île-de-France	1 689	1 772	1693
France métro	ND	ND	ND

Source : PMSI, analyse PERINAT-ARS-IF

### Taux de mortalité

	2011	2012	2013
Seine-Saint-Denis	10,7	10.7	10.7
Île-de-France	8.9	8.7	9.6
IDF hors SSD			
France métro	ND	ND	ND

Source : PMSI, analyse PERINAT-ARS-IF

**Mort-nés et mortalité** : Selon les critères de viabilité de l'organisation mondiale de la santé (OMS), un mort-né est un enfant sans vie né à un terme d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou avec un poids d'au moins 500 grammes. La mortalité est définie sur ces critères.

En France, les changements des modalités d'enregistrement des enfants nés sans vie à l'état civil d'août 2008 redéfinissent le statut d'enfant né sans vie. A partir de cette date, un acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement, sans que les critères de durée de gestation ou de poids minimal soient pris en compte. L'INSEE ne peut plus produire le taux de mortalité à partir des déclarations à l'état civil.

La mortalité est désormais estimée en identifiant dans le PMSI les mort-nés à partir du séjour maternel (résultat d'accouchement (code CIM10 : Z37\_) et terme  $\geq 22$ SA). Le taux de mortalité est calculé pour 1 000 naissances.

En France, il est possible de pratiquer des Interruptions médicales de grossesse après 22 SA suite à un diagnostic prénatal. Ces issues de grossesse après IMG sont enregistrées comme des naissances mort-nées. A partir de 2012, il est possible dans le PMSI de calculer la part des IMG > 22 SA parmi les morts-nés.

### ◆ Part des IMG $\geq 22$ SA parmi les morts-nés

	2012	2013
Seine-Saint-Denis	35,4	35.3
Île-de-France	39,0	40.3
France métro	ND	ND

Source : PMSI, analyse PERINAT-ARS-IF

## 5- Les indicateurs de mortalité infantile

### ◆ Nombre d'enfants de moins d'un an décédés

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Seine-Saint-Denis	169	120	158	141	156	134	165	142	125	124	142	148		
<b>Île-de-France</b>	<b>1 227</b>	<b>767</b>	<b>810</b>	<b>699</b>	<b>721</b>	<b>688</b>	<b>723</b>	<b>654</b>	<b>696</b>	<b>685</b>	<b>636</b>	<b>720</b>		
<b>France métro</b>	<b>5 599</b>	<b>3 502</b>	<b>3 417</b>	<b>2 740</b>	<b>2 879</b>	<b>2 787</b>	<b>2 856</b>	<b>2 870</b>	<b>2 787</b>	<b>2 568</b>	<b>2 643</b>	<b>2 686</b>		

Source : Insee (état civil), exploitation ORS Île-de-France 2014.

### ◆ Taux de mortalité infantile

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Seine-Saint-Denis	6,9	5,3	6,3	5,3	5,6	4,8	5,9	5,0	4,4	4,4	5,0	5,2		
<b>Île-de-France</b>	<b>7,3</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>	<b>4,0</b>	<b>3,6</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	<b>3,5</b>	<b>4,0</b>		
<b>France métro</b>	<b>7,3</b>	<b>4,8</b>	<b>4,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>		

Source : Insee (état civil), exploitation ORS Île-de-France 2014.

**Taux de mortalité infantile** : Nombre de décès d'enfants de moins d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes. Taux calculé pour 1 000 naissances vivantes.

### ◆ Nombre d'enfants de moins de moins de 28 jours décédés

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Seine-Saint-Denis	98	81	115	105	95	92	117	103	83	79	106	99		
<b>Île-de-France</b>	<b>598</b>	<b>426</b>	<b>533</b>	<b>476</b>	<b>484</b>	<b>478</b>	<b>491</b>	<b>452</b>	<b>487</b>	<b>472</b>	<b>457</b>	<b>513</b>		
<b>France métro</b>	<b>2 708</b>	<b>2 094</b>	<b>2 178</b>	<b>1 781</b>	<b>1 851</b>	<b>1 858</b>	<b>1 930</b>	<b>1 887</b>	<b>1 881</b>	<b>1 734</b>	<b>1 789</b>	<b>1 873</b>		

Source : Insee (état civil), exploitation ORS Île-de-France 2014.

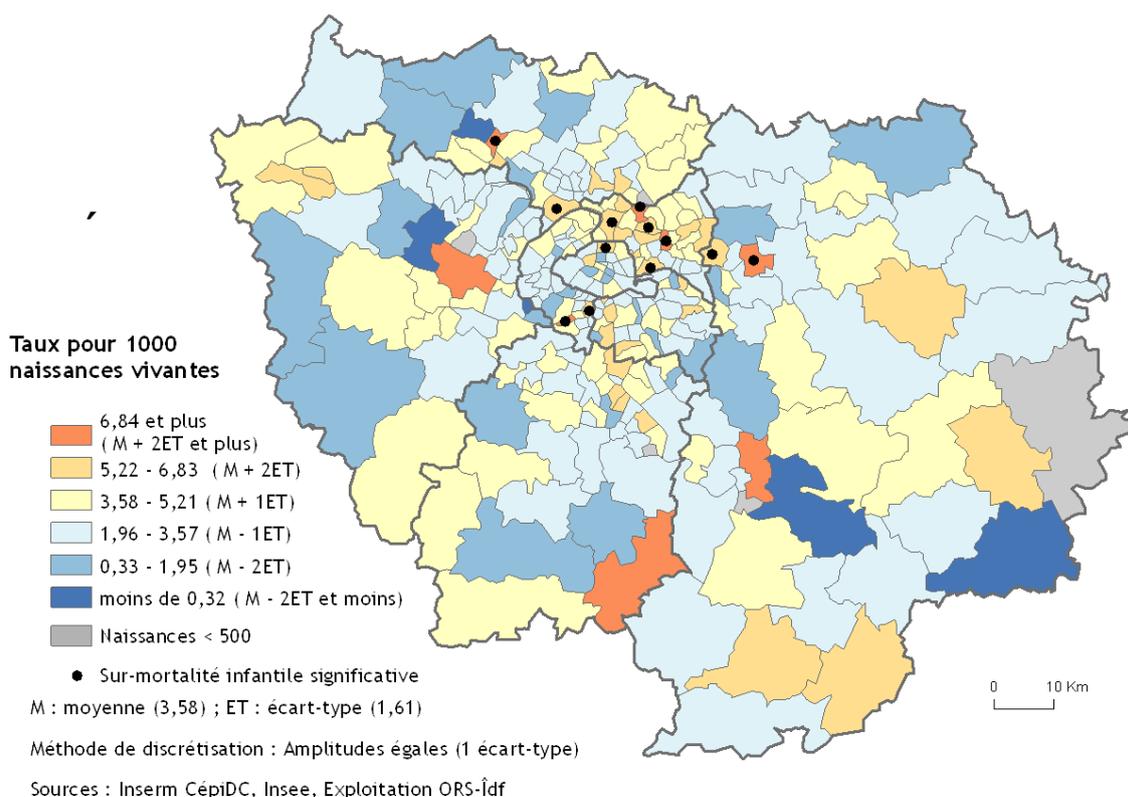
### ◆ Taux de mortalité néonatale

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Seine-Saint-Denis	4.0	3.	4.6	3.9	3.4	3.3	4.2	3.6	2.9	2.8	3.7	3.5		
<b>Île-de-France</b>	<b>3.6</b>	<b>2.6</b>	<b>3.1</b>	<b>2.7</b>	<b>2.6</b>	<b>2.7</b>	<b>2.7</b>	<b>2.5</b>	<b>2.6</b>	<b>2.6</b>	<b>2.5</b>	<b>2.8</b>		
<b>France métro</b>	<b>3,6</b>	<b>2,9</b>	<b>2,8</b>	<b>2,3</b>		<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,3</b>	<b>2,2</b>	<b>2,3</b>	<b>2,4</b>		

Source : Insee (état civil), exploitation ORS Île-de-France 2014.

**Taux de mortalité néonatale** : Nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours rapporté au nombre de naissances vivantes. Taux calculé pour 1 000 naissances vivantes.

## La mortalité infantile par canton en Île-de-France, données 2007-2011



## Territoires d'Île-de-France ayant une mortalité infantile significativement supérieure à la moyenne régionale. Données 2007-2011

Département	Nombre de décès 2007-11	Naissances 2007-11	Taux de mortalité	nombre de décès attendus	
Département de Seine Saint-Denis	683	140 993	4,84	532,95	
Saint-Denis	93	63	11 567	5,45	43,72
Montreuil	93	54	9 410	5,74	35,57
Paris 18eme ardt	75	98	16 964	5,78	64,12
Argenteuil	95	62	10 117	6,13	38,24
Drancy	93	36	5 843	6,16	22,09
Chelles	77	29	4 478	6,48	16,93
Bagneux	92	22	3 376	6,52	12,76
Pontoise	95	19	2 740	6,93	10,36
Bondy	93	36	5 047	7,13	19,08
Le Bourget	93	13	1 495	8,7	5,65
Plessis-Robinson	92	28	2 329	12,02	8,80
Lagny-sur-Marne	77	18	1 471	12,24	5,56

Sources : Insee, CépiDC 2007-2011. Exploitation ORS Île-de-France 2014.

## ◆ Mortalité infantile par grandes causes

### Décès infantiles selon les causes médicales de 2007 à 2011 dans les différents départements d'Île-de-France et en France métropolitaine

Nombres, répartition selon la cause et taux de mortalité pour mille naissances vivantes

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	France métro.
<b>Certaines affections dont l'origine se situe dans la période néonatale</b>	276	163	164	156	228	309	201	181	1678	7291
Part sur l'ensemble des Décès (%)	50,7	46,3	48,4	46,7	51,2	45,2	55,1	48,1	48,8	51,2
Mortalité pour mille NNV	1,8	1,7	1,6	1,7	1,8	2,2	1,9	1,9	1,8	1,8
<b>Malformation congénitales et anomalies chromosomiques</b>	121	71	74	67	104	158	73	94	762	2895
Part sur l'ensemble des Décès (%)	22,2	20,2	21,8	20,1	23,4	23,1	20,0	25,0	22,2	20,3
Mortalité pour mille NNV	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	1,1	0,7	1,0	0,8	0,7
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	59	78	40	59	55	113	44	46	494	2124
Part sur l'ensemble des Décès (%)	10,8	22,2	11,8	17,7	12,4	16,5	12,1	12,2	14,4	14,9
Mortalité pour mille NNV	0,4	0,8	0,4	0,6	0,4	0,8	0,4	0,5	0,5	0,5
<b>dont syndrome de la mort subite du nourrisson</b>	22	28	19	25	23	43	18	21	199	1116
Part sur l'ensemble des Décès (%)	4,0	8,0	5,6	7,5	5,2	6,3	4,9	5,6	5,8	7,8
Mortalité pour mille NNV	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
<b>Autres</b>	88	40	61	52	58	103	47	55	504	1938
Part sur l'ensemble des Décès (%)	16,2	11,4	18,0	15,6	13,0	15,1	12,9	14,6	14,7	13,6
Mortalité pour mille NNV	0,6	0,4	0,6	0,6	0,5	0,7	0,4	0,6	0,6	0,5
<b>Total</b>	544	352	339	334	445	683	365	376	3438	14248
<b>Mortalité pour mille NNV</b>	3,5	3,6	3,4	3,7	3,5	4,8	3,5	4,0	3,8	3,6

Source : Inserm Cépi DC, Insee (état civil), exploitation ORS Île-de-France

**Codes CIM 10 :** Certaines affections dont l'origine se situe dans la période néonatale : P 00 à P96  
 Malformations congénitales et anomalies chromosomiques : Q00 à Q99  
 Symptômes et états morbides mal définis : R00 à R99 / Mort subite du nourrisson : R95



## **Volet 4**

### **Les résultats du projet de recherche**

Il est attendu des équipes de recherche une objectivation des facteurs principaux et significatifs de surmortalité périnatale et néonatale dans le département, mais également la formulation de pistes d'actions à l'attention des décideurs publics, comme l'ARS.

Pour ce faire, l'équipe de recherche de l'INSERM a mis en place un audit des cas de décès sur l'année 2014 avec un protocole prévoyant une double expertise des dossiers, à la fois par l'équipe en charge du cas, et également par un groupe d'experts externes. Ces expertises ont pour finalité de mettre en exergue les facteurs sous optimaux et le niveau d'évitabilité des décès, à partir du dossier médical, des résultats d'autopsie et des entretiens avec les femmes (pour les experts externes).

De son côté, l'équipe de recherche de l'Observatoire du Samu Social a suivi plusieurs femmes enceintes domiciliées en Seine-Saint-Denis tout au long de leur parcours de grossesse et recueilli une quantité importante d'informations sur les obstacles rencontrés au quotidien par ces femmes et leur famille ainsi que sur leurs interactions avec le système de santé. Elle a également complété cette approche par la réalisation d'entretiens auprès de professionnels de la périnatalité du département pour recueillir leur perception sur la situation de ces femmes et les échanges soignants/soignés.

Les premiers résultats du projet de recherche seront communiqués le 25 juin 2015 aux acteurs de la périnatalité de la Seine-Saint-Denis.

Le rapport final sera disponible le 30 septembre prochain.

Une prochaine communication est déjà prévue à l'occasion de la 10<sup>ème</sup> journée des réseaux de périnatalité franciliens le 8 octobre 2015. Elle sera suivie d'autres temps d'échanges avec les professionnels et partenaires impliqués d'ici la fin de l'année 2015.

# ANNEXE

## Données sur l'offre de soins en périnatalité en Seine-Saint-Denis (données enregistrées)

### Nombre de maternité

Type de maternité	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Type I	5	6	6	6	4	3	3	3
Type IIA	2	2	2	2	2	2	2	2
Type IIB	4	4	4	4	4	4	4	4
Type III	2	2	2	2	2	2	2	2
Total	13	14	14	14	12	11	11	11

Source : PMSI, exploitation PERINAT-ARS IF

### Nombre d'accouchement

Type de maternité	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Type I	5400	5619	5675	5094	4210	3986	4129	3938
Type IIA	3770	3504	3414	3453	3679	3532	3188	2886
Type IIB	8868	9249	9466	9433	9650	9777	10077	9907
Type III	5922	5724	5658	5981	6027	6127	6679	6999
Total	23960	24096	24213	23961	23566	23422	24073	23730

Source : PMSI, exploitation PERINAT-ARS IF

### Evolution entre 2006 et 2013 (%)

Type de maternité	Maternités	Accouchements
Type I	-40%	-27%
Type IIA	0%	-23%
Type IIB	0%	12%
Type III	0%	18%
Total	-15%	-1%

Source : PMSI, exploitation PERINAT-ARS IF

## Données démographiques

### Les naissances vivantes domiciliées

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Seine-Saint-Denis	27 916	27 743	28 062	28 313	28 513	28 362	28 675	28 687

Source : Insee (état civil).

## Indicateurs de santé maternelle

### Taux de diabète gestationnel (naissances domiciliées)

Taux	2010	2011	2012	2013
Paris	6,1	6,1	6,5	7,7
Seine-et-Marne	4,5	4,4	5,2	6,3
Yvelines	5,1	4,8	5,0	6,0
Essonne	5,2	5,6	6,6	8,1
Hauts-de-Seine	5,0	5,0	5,5	6,3
Seine-Saint-Denis	7,6	7,7	8,6	10,3
Val-de-Marne	6,7	6,9	8,5	10,2
Val-d'Oise	6,4	7,0	8,3	9,8
<b>Île-de-France</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>	<b>6,8</b>	<b>8,1</b>

### Taux de pré éclampsie sévère (naissances domiciliées)

Taux	2010	2011	2012	2013
Paris	0,7	0,8	0,8	0,9
Seine-et-Marne	0,7	0,9	0,9	0,8
Yvelines	0,9	0,8	0,9	0,8
Essonne	0,9	0,9	1,0	0,8
Hauts-de-Seine	0,6	0,6	0,7	0,6
Seine-Saint-Denis	0,8	0,8	0,9	0,9
Val-de-Marne	0,9	0,8	0,9	0,9
Val-d'Oise	0,8	0,8	0,9	0,7
<b>Île-de-France</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>

**Taux de diabète gestationnel :** Diabètes gestationnels enregistrés dans le PMSI.

Taux calculé pour 100 accouchements domiciliés.

Il s'agit de données extraites des résumés de séjours anonymisés (RSA) produits dans les différentes unités hospitalières. Il convient donc de préciser que les chiffres présentés sont le reflet du codage et peuvent différer de la réalité. L'évolution sur les dernières années peut résulter d'un meilleur enregistrement de ces cas.

Source : PMSI exploitation PERINAT-ARS IF

**Taux de pré éclampsies sévères :** Pré éclampsies sévères enregistrées dans le PMSI.

Taux calculé pour 100 accouchements domiciliés.

Il s'agit de données extraites des résumés de séjours anonymisés (RSA) produits dans les différentes unités hospitalières. Il convient donc de préciser que les chiffres présentés sont le reflet du codage et peuvent différer de la réalité.

Source : PMSI exploitation PERINAT-ARS IF

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19  
Tél. : 01 44 02 00 00 - Fax : 01 44 02 01 04  
[www.ars.iledefrance.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.sante.fr)

