



Améliorer les connaissances sur la mortalité
périnatale en vue de la réduire

Etude expérimentale 2024



Septembre 2025

Table des matières

1.	Introduction.....	4
2.	Contexte	5
2.1	La mortalité périnatale au niveau national.....	5
2.2	La mortalité périnatale au niveau régional	6
3.	L'étude expérimentale	9
3.1	Objectifs	9
3.2	Le périmètre	9
3.3	L'organisation de l'étude expérimentale	10
3.3.1	Le pilotage.....	10
3.3.2	Les acteurs de terrain.....	10
3.3.3	La période de recueil.....	11
3.3.4	Le financement	11
3.3.5	Les outils mis à disposition	12
3.4	Les modalités organisationnelles des analyses approfondies	12
3.5	Le rôle de la STARAQS	13
4.	L'analyse des résultats	14
4.1	Les résultats globaux.....	14
4.1.1	L'exhaustivité des cas signalés	14
4.1.2	Les cas analysés en RMM	14
4.1.3	La synthèse de la RMM.....	15
4.1.4	Les actions d'amélioration	16
4.1.5	Les professionnels participant aux RMM.....	16
4.1.6	La déclaration d'EIGS sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables	17
4.1.7	Les données administratives	17
4.1.8	L'accès à la fœtopathologie	18
4.2	Les décès fœtaux	18
4.2.1	Analyse quantitative.....	18
4.2.1.1	Les données de la plateforme	19
4.2.2	Analyse qualitative : l'analyse approfondie.....	21
4.2.3	Conclusion.....	29
4.3	Les décès néonataux.....	30
4.3.1	Analyse quantitative.....	30
4.3.2	Analyse qualitative - L'analyse approfondie des causes.....	33

4.3.3	Conclusion.....	39
4.4	Les IMG.....	39
5	Etude de faisabilité	40
5.1	Un management adapté.....	40
5.1.1	Le pilotage de l'ARS.....	40
5.1.2	Le rôle des DSRP	40
5.1.3	Un réseau de référents du projet dans chaque centre périnatal	40
5.2	Les ressources humaines - Le temps dédié à l'étude expérimentale	41
5.2.1	Le temps nécessaire selon les phases du projet.....	41
5.2.2	Le temps nécessaire selon les acteurs	42
5.3	Les moyens matériels	43
5.3.1	La disponibilité et l'utilisation de la plateforme sécurisée de saisie des données...	43
5.3.2	L'enregistrement des données	43
5.3.3	Les invités et un lieu de réunion pour la RMM	44
5.4	La RMM.....	44
5.4.1	L'identification des causes profondes	44
5.4.2	La préconisation de signalement d'EIGS	44
5.5	L'analyse des données et le bilan : des indicateurs de suivi et le bilan annuel.....	44
5.5.1	Les indicateurs quantitatifs	44
5.5.2	Les indicateurs qualitatifs.....	45
5.5.3	Le bilan annuel.....	45
6	Conclusion	46

1. Introduction

Le processus physiologique de la grossesse et de la naissance est un évènement de vie pour lequel la prévention et l'information sont essentielles aux parents pour la sécurité du nouveau-né en devenir.

Les études montrent que la situation sanitaire périnatale nationale se dégrade, tandis que la natalité est en diminution. La France est au 21^{ème} rang européen en matière de mortinatalité spontanée, et au 22^e rang pour la mortalité infantile¹, dont la moitié concerne la mortalité néonatale précoce.

Dans ce contexte, la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) a mis en place une « mission exploratoire » au niveau national. Déployée dans deux régions, dont l'Île-de-France (IDF) et dans un Département et Région d'Outre-Mer (DROM), elle a pour objet une analyse systématique des décès périnataux. Deux Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (DSRP) d'IDF se sont inscrits dans la mission exploratoire : NEF (Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne nord) et RSPP (Paris).

En complément de cette mission exploratoire nationale, la Direction de l'Offre de Soins de l'Agence Régionale de Santé (ARS) IDF a confié à la Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et à la Sécurité des patients d'Île-de-France (STARAQS)², la conduite de l'étude expérimentale « Améliorer les connaissances sur la mortalité périnatale en vue de la réduire ». La STARAQS apporte un appui auprès de 2 autres DSRP de l'Île-de-France, MYPA (Yvelines) et PERINAT IF SUD (Essonne et Seine-et-Marne sud) de mars 2024 à février 2025.

L'étude a pour objet de recueillir et d'analyser les décès périnataux sur le territoire des deux DSRP et d'apporter des informations sur la faisabilité de la pérennité d'une telle démarche.

L'intérêt de ce projet réside dans la systématisation de l'analyse des décès, avec un accompagnement méthodologique. Celui-ci représente un investissement incontournable pour ancrer les barrières de prévention, de récupération et d'atténuation dans les pratiques professionnelles et dans les organisations du territoire.

Les résultats de cette enquête expérimentale régionale sont l'objet de ce rapport qui s'inscrit dans un contexte de proposition de création d'un registre national de la mortalité infantile³.

¹ Bilan démographique 2024 - INSEE

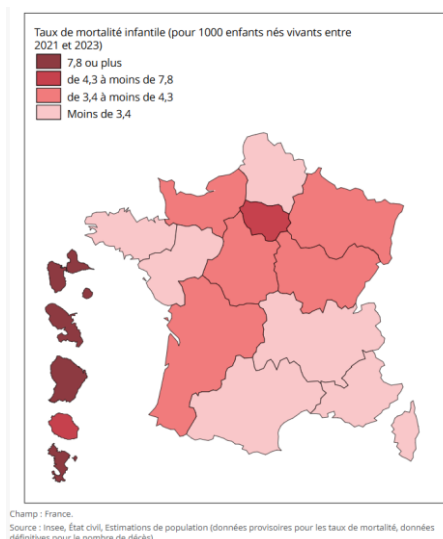
² Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Journal officiel 2016;(0276).

³ Rapport sur la proposition de loi de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues visant à lutter contre la mortalité infantile (1237), n° 1373, déposé le mercredi 7 mai 2025

2. Contexte

2.1 La mortalité périnatale au niveau national

Avec les précautions liées aux variations de contextes et de réglementation, la mortalité infantile en France s'élève au 22^{ème} rang européen en 2024.



La hausse du taux de mortalité infantile de 3,5‰ à 4,1 ‰⁴ naissances est uniquement expliquée par la hausse de la mortalité néonatale passée de 1,5‰ en 2011 à 2,0‰⁵ en 2024.

Ces chiffres alarmants sont étayés par différents rapports et bilans commandés par les institutions publiques :

- Le rapport de la politique de prévention « 1000 premiers jours »⁶ propose un dispositif complet afin de promouvoir une politique de prévention et de soutien visant la fin de la grossesse et les premiers mois après l'accouchement, dans un contexte d'équité des chances d'une bonne santé physique, mentale et sociale
- La Société Française de Néonatalogie (SFN) alerte en 2023 sur l'organisation des soins critiques en néonatalogie⁷, ce qui fait l'objet du rapport d'information au Sénat⁸
- L'Enquête Nationale périnatale (ENP) recueille des informations sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés, et sur les pratiques médicales montre l'augmentation des difficultés psychologiques en cours de grossesse⁹
- La publication du bilan démographique 2024 par l'INSEE est fortement relayée dans les médias début 2025 et fait l'objet d'une proposition de loi visant à lutter contre la mortalité infantile. Elle demande notamment un rapport d'évaluation incluant un état des lieux des établissements pratiquant < 1000 accouchements / an, les moyens pour maintenir les établissements pratiquant < 300 accouchements / an, un moratoire sur la fermeture de maternités, invite à réviser les décrets de 1998^{10,11} relatifs à la

⁴ [Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France - INSEE - 10/04/2025](#)

⁵ [Bilan démographique 2024 - 2025 - INSEE](#)

⁶ [1000 premiers jours - DGS - SPF](#)

⁷ [Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023 - SFN](#)

⁸ [L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale » - N° 753 - SÉNAT](#)

⁹ [Enquête Nationale Périnatale 2021](#)

¹⁰ [Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998](#)

¹¹ [Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998](#)

périnatalité, et règlemente la formation continue aux gestes d'urgence en obstétrique et aux bonnes pratiques du transfert périnatal¹²

- Le rapport de la cour des comptes¹³
- Les missions d'information au Sénat¹⁴¹⁵.

Ces éléments ont amené :

- La Haute Autorité en Santé (HAS) à enrichir son référentiel, dans la nouvelle itération de la certification des établissements de santé. Des critères concernant la sécurisation des soins en périnatalité sont ajoutés, dont la mise en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs, les formations, la prise en compte des contextes de vulnérabilité et la démarche d'amélioration¹⁶, et à diffuser un rapport sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) concernant les nouveau-nés¹⁷.
- La Fédération Française des Réseaux en Santé Périnatale (FFRSP) à inaugurer une mission exploratoire « Analyse des cas de mortalité périnatale à terme » en 2024, avec une analyse systématique des cas de décès périnatals proche du terme. Cette mission subventionnée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), est conduite sur 2 régions (IDF, Grand Est) et dans le DROM de La Réunion¹⁸.

2.2 La mortalité périnatale au niveau régional

La mortalité périnatale en IDF est évaluée à partir de plusieurs sources :

- Dans l'attente de la consolidation des données 2024 à venir analysées par le groupement régional d'appui à la santé d'IDF, SESAN (Service de santé numérique), les données 2023¹⁹ montrent une augmentation de la mortalité périnatale en IDF depuis 2019, avec une différence de résultats selon la méthode source utilisée sur une base corrigée (11,5% ou 11,7% en IDF), interrogeant sur la fiabilité des statistiques.

Evolution de la mortalité périnatale selon les 2 méthodes d'analyse (%) (Données domiciliées) :

¹² Lutter contre la mortalité infantile N°635 SÉNAT

¹³ La politique de périnatalité - Cours des comptes - 2024

¹⁴ Jacquemet A, Guillotin V. Mission d'information sur l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale. Sénat; 2024.

¹⁵ Bréart G, Puech F, Rozé JC. Mission périnatalité. Conclusions. Vingt propositions pour une politique périnatale. Paris: Vie publique; 2003

¹⁶ Critère 2.3-11 : Les équipes sécurisent la PEC du nouveau-né

Critère 2.1-08 : les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité

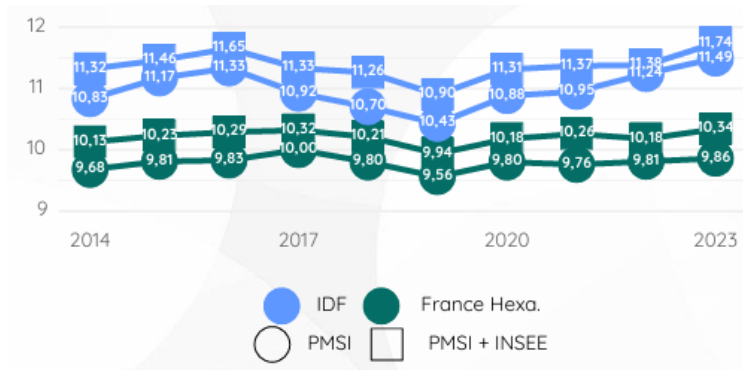
Critère 2.1-08 : les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité

Critère 2.3-10 : Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs.

¹⁷ Analyse des déclarations des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus chez les nouveau-nés – HAS – Avril 2025

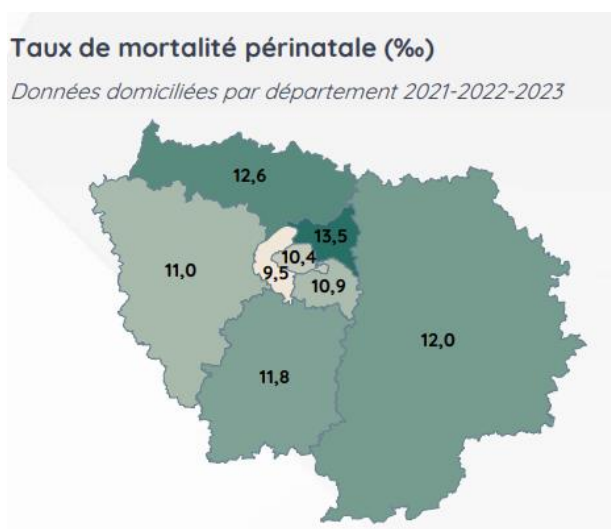
¹⁸ Projet national d'analyse systématique des cas de mortalité périnatale proche du terme - FFRSP

¹⁹ Rapport annuel du système d'information Périnat ARS-IF PMSI 2023 – ARS IDF - SESAN



- L'Open Data Périnat IDF²⁰ évalue la mortalité périnatale à 11,3‰ en IDF, versus 10,4‰ en France hexagonale d'après le Système national des données de santé, sur une base non corrigée.

On notera aussi l'évolution différenciée, avec une augmentation des écarts pour les périodes 2016-2017-2018 et 2021-2022-2023 entre les 8 départements. par exemple, une aggravation de 12,5‰ à 13,5‰ en Seine-Saint-Denis, et une baisse de 10,1‰ à 9,5‰ dans les Hauts-de-Seine dans les données SESAN, selon la méthode mixte associant Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et données de l'Etat-civil (INSEE).



Les indicateurs franciliens ont amené l'ARS IDF à :

- Identifier la périnatalité comme thématique prioritaire conjointement avec la santé mentale dans le Plan Régional de Santé 2023 - 2028²¹
- Proposer d'étendre l'étude « Réduction de la Mortalité Infantile » (REMI) conduite en Seine-Saint-Denis »²² qui vise à tenter de comprendre la surmortalité du territoire et identifier un programme d'actions évolutif

²⁰ [Open Data Périnat IDF – ARS IDF - SESAN](#)

²¹ [Projet régional de santé 2023-2028 – ARS IDF](#)

²² [Réduction de la Mortalité Infantile » \(REMI\) en Seine Saint Denis – INSERM](#)

- Présenter dans un rapport les signalements des évènements indésirables graves associés aux soins concernant la périnatalité en IDF²³²⁴
- Développer une démarche expérimentale de littérature en santé périnatale ²⁵.
- Conduire une extension de la mission exploratoire de la FFRSP ²⁶ sur le territoire d'IDF avec un appui méthodologique de la STARAQS, dont l'expertise est reconnue pour son accompagnement auprès des DSRP et des établissements de santé d'IDF dans le domaine de la qualité et la sécurité des soins. Deux DSRP sont volontaires pour ce temps expérimental
 - o MYPA sur le territoire des Yvelines
 - o PERINAT IF SUD sur le territoire de l'Essonne et du sud de la Seine-et-Marne.
- S'appuyer sur la revue systématique de la mortalité périnatale permettant de réduire la mortalité périnatale de 20% entre 2013 et 2020 en Grande-Bretagne²⁷.

²³ ARS Ile de France. Périnatalité et évènements indésirables graves : étude 2012-2018. Saint-Denis: ARS Ile de France ; 2019

²⁴ ARS Ile de France, Pages L, Boutemy H, Nicoulet I. Analyse des Réclamations et des EIGS concernant la prise en charge périnatale sur le territoire d'Île-de-France. Saint-Denis : ARS Ile de France ; 2022.

²⁵ Agir en faveur de la littérature en santé en périnatalité – ARS IDF

²⁶ Projet national d'analyse systématique des cas de mortalité périnatale proche du terme - FFRSP

²⁷ MBRRACE-UK: Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK - Term, singleton, intrapartum stillbirth and intrapartum-related neonatal death

Un rapport spécifique sur les décès à terme : MBRRACE-UK Intrapartum Confidential Enquiry Report 2017

3. L'étude expérimentale

3.1 Objectifs

L'objectif principal de l'étude expérimentale s'inscrit dans celui de la baisse de la mortalité périnatale sur le territoire, comme l'étude de la FFRSP.

- Pour l'ARS :
 - o Améliorer les connaissances sur la mortalité périnatale proche du terme : les potentiels dysfonctionnements et axes d'amélioration possibles, selon une méthodologie harmonisée de Revue de Mortalité-Morbidité (RMM), c'est-à-dire la méthode ALARM²⁸ promue par la Haute Autorité en Santé (HAS)
 - o Disposer d'indicateurs les plus fiables possibles.
- Pour les professionnels, dans le but ultérieur de contribuer à réduire la mortalité périnatale, un accompagnant pour améliorer leurs pratiques de manière ciblée sur les EIGS qui surviennent au décours de leur activité, avec des actions d'amélioration qui leur sont spécifiques
- Initier, soutenir une démarche de RMM régulière et coordonnée par les DSRP, et expérimenter différentes modalités de déploiement, tant pour les outils que les méthodes qui s'adaptent aux ressources et besoins des territoires, en dégagant les éléments généralisables.
- Evaluer la faisabilité de l'étude en vue de sa généralisation : identifier les moyens nécessaires, les freins et les leviers
- Améliorer la qualité du codage dans le PMSI²⁹ en vue d'obtenir une source fiable et aussi exhaustive que possible des indicateurs de mortalité périnatale
- Evaluer les besoins d'examens de fœtopathologie.

3.2 Le périmètre

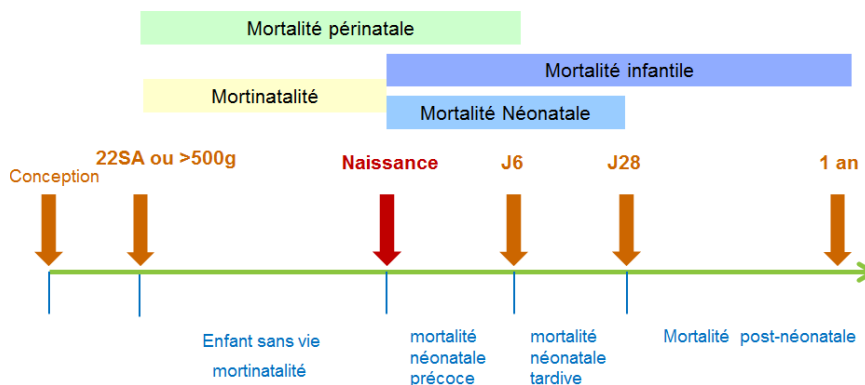
L'étude expérimentale reprend le périmètre de la mission exploratoire de la FFRSP dans un souci de cohérence nationale et régionale.

Les critères d'inclusions correspondent aux décès périnatals de nouveau-nés sur le territoire, survenant à 36 semaines d'aménorrhées (SA) et plus, incluant les cas de :

- Mort-nés (mort in-utéro ante ou per-partum) ou « morts fœtales »
- Décès néonataux à moins de 7 jours de vie (avec ou sans soins palliatifs)
- Interruptions Médicales de Grossesses (IMG).

²⁸ [Grille ALARM commentée - HAS](#)

²⁹ [Note \(DGS, DGOS, DREES\) du 4/7/2023 2023 Bulletin-officiel-n°-2023_13-du-17-juillet-2023-note-information-perinatalite.pdf \(rp2s.fr\)](#)



3.3 L'organisation de l'étude expérimentale

3.3.1 Le pilotage

Un comité de pilotage et un conseil scientifique ont été créés, pilotés par la référente en périnatalité – DOS de l'ARS, avec l'appui de la STARAQS pour la revue de cas, et de l'unité OPPaLE-ex EPOpé, (Institut de la recherche médicale et Centre de recherche épidémiologiques et statistiques de l'Université Paris-Cité) pour un volet recherche.

Le comité de pilotage est composé de :

- La référente Périnatalité DOS de l'ARS IDF
- L'unité de recherche (OPPaLE Obstetrical Perinatal and Pediatric Lifecourse Epidemiology)
- Les DSRP MYPA et PERINAT IF SUD
- Les DSRP d'IDF participant à l'étude de la FFRSP
- La STARAQS.

4 COPIL ont eu lieu les 27/10/23, 03/06/24, 30/09/24 et le 16/12/24.

2 conseils scientifiques ont eu lieu les 04/07/24 et 06/11/2024, pilotés par l'ARS. Ils avaient pour objet en complément du comité de pilotage, de réunir les instances scientifiques et d'autres directions concernées de l'ARS (Innovation, Santé Publique, Veille sanitaire).

3.3.2 Les acteurs de terrain

3.3.2.1 Les DSRP

Chacun des deux DSRP inscrits dans l'étude expérimentale est le garant de la coordination et de l'organisation du déploiement de l'étude, dans les centres périnataux et auprès des professionnels concernés du territoire³⁰ :

- MYPA : territoire des Yvelines, avec 9 maternités et 7 services de néonatalogie
- PERINAT IF SUD : territoires de l'Essonne et le sud de la Seine et Marne, avec 12 maternités et 8 services de néonatalogie.

³⁰ Cf. Annexe 1 : Centres périnataux inclus dans l'étude expérimentale

Les DSRP sont amenés à acquérir, et déployer la méthodologie de la RMM dans le respect de ses objectifs et de ses principes, en répondant à leurs missions dans le cadre de l'Instruction d'août 2023³¹.

Les comités scientifiques des DSRP ont été sollicités. Le projet expérimental a été présenté au comité scientifique de MYPA le 12/03/24, ainsi qu'un état d'avancement le 27/09/24. Il a également été présenté au comité scientifique de PERINAT IF SUD le 16/01/2024.

4.3.1.1 Les centres périnatals

Chaque centre périnatal du territoire du DSRP a été impliqué dans l'étude expérimentale en vue d'identifier les causes évitables de la mortalité périnatale dans leur établissement à partir d'un état des lieux exhaustif des décès périnatals et d'indicateurs en rapport. Il s'agit aussi de renforcer la culture qualité en valorisant la démarche de sécurisation des soins des parcours ville-hôpital assortie d'actions d'amélioration, et de valoriser une démarche qualité au titre de la certification HAS.

Les centres périnatals ont identifié un binôme de référents (obstétrical - pédiatrique), dont la mission est la coordination de l'étude localement, avec :

- Le recueil de l'exhaustivité des cas selon les lieux possibles des décès :
 - o La salle de naissance
 - o Les suites de couches
 - o Les unités de néonatalogie
 - o Les urgences pédiatriques.
- La saisie des données du cas sur une plateforme dédiée
- La communication du dossier par voie sécurisée au DSRP
- La préparation du support d'analyse de la RMM (MYPA)
- L'invitation des professionnels concernés à la RMM
- La coordination de la validation du compte-rendu de la RMM
- La déclaration de l'évènement sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables, quand elle est préconisée lors de la RMM avec un accompagnement par le DSRP ou la STARAQS si besoin.

3.3.3 La période de recueil

L'étude s'est déroulée sur une période d'un an, entre la 1^{er} mars 2024 et le 28 février 2025.

3.3.4 Le financement

La Direction de l'Offre de Soins de l'ARS IDF a financé l'accompagnement réalisé par la STARAQS par un marché public venant en complément de son programme annuel.

³¹ [INSTRUCTION N° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité](#)

3.3.5 Les outils mis à disposition

Afin de faciliter l'organisation, la communication et la préparation des supports d'analyse des décès, la STARAQS a créé des outils spécifiques à destination des DSRP et des référents des centres périnatals.

Le 1^{er} outil est une plateforme sécurisée dédiée au signalement des cas et à la saisie des données de chaque cas, avec :

- Des accès individualisés à la plateforme.
- Des accès remis correspondant à des profils :
 - o « Opérateur » pour les référents des centres périnatals qui disposent de la vue de leurs propres saisies
 - o « Utilisateur » pour chaque DSRP qui dispose de la vue des données renseignées par les référents des centres périnatals de son territoireLors du signalement d'un cas sur la plateforme par le centre périnatal, un mail d'information automatique est adressé au DSRP correspondant.

La liste des données recueillies est identifiée collégialement, en complément de celles de l'étude exploratoire de la FFRSP. Cette liste de données est actualisée selon les besoins exprimés au fur et à mesure des analyses approfondies conduites.

Le 2^{ème} outil est un kit documentaire destiné au référent du centre périnatal, avec :

- L'identification de ses missions
- Un guide d'information des parents destiné aux professionnels
- 3 supports types de présentation permettant de saisir les informations nécessaires selon les cibles spécifiques :
 - La mort foetale
 - Le décès néonatal
 - L'IMG.

3.4 Les modalités organisationnelles des analyses approfondies

Chaque cas signalé sur la plateforme bénéficie d'une analyse approfondie en RMM, selon une méthodologie harmonisée de RMM, c'est-à-dire la méthode ALARM³² promue par la HAS.

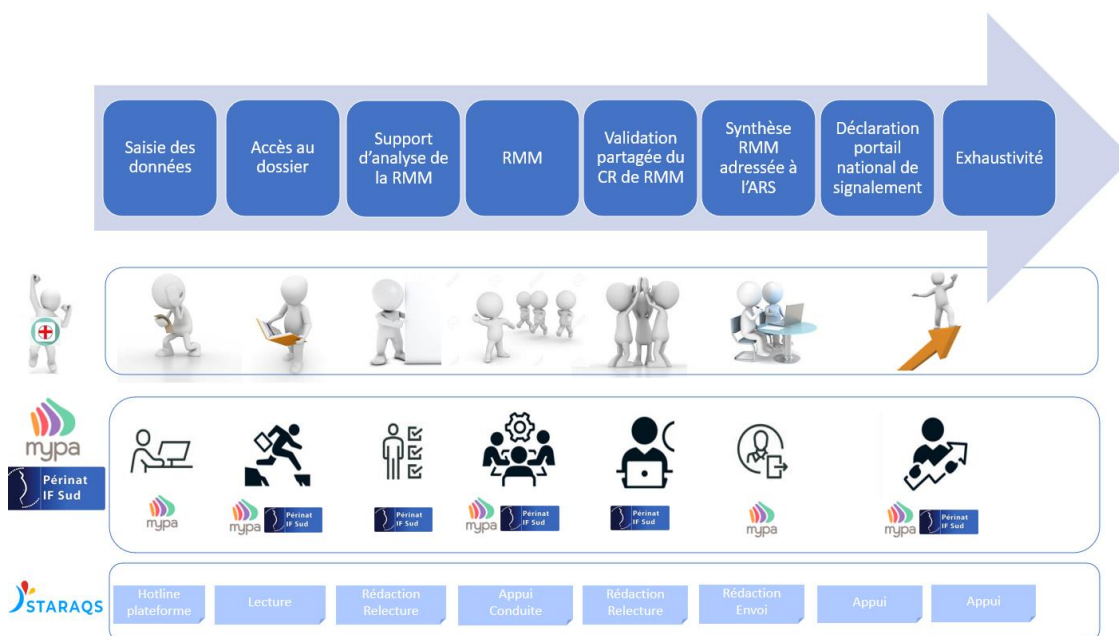
Après l'identification du cas par le référent du centre périnatal, la RMM s'organise selon le processus suivant. Les DSRP proposent des organisations différentes adaptées à la connaissance des atouts et des freins de leur territoire, et de la charge en travail.

Concernant par exemple :

- La préparation du support d'analyse de l'évènement : MYPA affecte cette tâche au référent du centre périnatal avec un objectif pédagogique pour accompagner les professionnels à maîtriser l'analyse approfondie. PERINAT IF SUD assure cette tâche pour en soulager les professionnels des centres périnatals pressentis en opposition avec cette charge.
- Le calendrier des RMM : la programmation des RMM à MYPA se déroule sur un rythme mensuel déterminé sur l'année. PERINAT IF SUD programme les dates de RMM selon les disponibilités des professionnels concernés.

³² [Grille ALARM commentée - HAS](#)

- Le lieu des RMM : elles ont lieu dans les locaux du DSRP de MYPA, avec une solution en distanciel ouverte à l'ensemble des adhérents du DSRP. PERINAT IF SUD convie uniquement les invités dans ses locaux, avec une possibilité de distanciel.
- Invités à la RMM : MYPA convie l'ensemble des professionnels, tandis que PERINAT IF SUD convie les professionnels concernés par l'évènement.
- Le compte-rendu de la RMM : MYPA rédige le compte-rendu de la RMM sur la base de la synthèse sollicitée par l'ARS³³, concomitamment de la tenue de la RMM, validé en séance par les participants. PERINAT IF SUD s'appuie sur le compte-rendu de la RMM du support d'analyse dédié, transmis dans les suites de la RMM pour validation par les professionnels.



3.5 Le rôle de la STARAQS

Par sa mission réglementaire, la STARAQS contribue à sécuriser les parcours en périnatalité en Île-de-France, à l'aide de son expertise en gestion des risques.

Sollicitée par l'ARS - DOS IDF, elle apporte pour cette étude expérimentale son expertise à la conduite de projet, avec son appui :

- Aux comités de pilotage et aux comités scientifiques
- Aux DSRP, en s'adaptant à leurs besoins, à ceux de leurs instances et à leur territoire, dans le respect des activités, des organisations et des acteurs en place
 - L'appui auprès de MYPA consiste en une aide à la formulation des causes profondes à l'issue de la RMM, le DSRP étant autonome pour la conduite des RMM
 - Auprès de PERINAT IF SUD, l'appui consiste en une aide à la préparation, à la conduite / animation et à la rédaction de la synthèse des RMM, puis à l'envoi du compte-rendu à l'ARS.
- Aux centres périnatals, avec un accompagnement à la demande au recueil des données sur la plateforme.

³³ Cf. Annexe 2 « Compte-rendu de la RMM adressé à l'ARS »

4. L'analyse des résultats

Les résultats sont présentés en 4 chapitres :

Les résultats globaux dans un approche quantitative

Les résultats par type de décès périnatal :

- o Les morts fœtales
- o Les décès périnatals
- o Les IMG.

4.1 Les résultats globaux

4.1.1 L'exhaustivité des cas signalés

Les 47 cas saisis sur la plateforme représentent globalement 39% des 120 cas estimés³⁴.

Malgré l'organisation des DSRP avec les référents des centres périnatals pour obtenir la meilleure exhaustivité possible, l'écart considérable entre le nombre de cas estimés selon l'analyse du PMSI - SESAN / ARS sur les données 2023 et les cas déclarés ne trouve pas d'explication à ce jour, en l'absence de consolidation de la base du PMSI SESAN / ARS 2024.

Dans l'attente de la consolidation de la base 2024 de l'ATIH, l'exhaustivité est organisée par chacun des DSRP en lien avec les établissements.

MYPA dispose d'un dispositif permettant de vérifier sur site les cahiers d'accouchement.

PERINAT IF SUD s'organise auprès des référents des centres périnatals avec leur service DIM.

L'ensemble des cas ont été identifiés dans les services d'obstétrique et de néonatalogie. Aucun cas n'a été identifié en ville, aux urgences pédiatriques ou au SAMU.

L'identification des décès considérés inattendus a été priorisée. Ainsi, l'exhaustivité du signalement des morts fœtales et des décès néonataux est assurée, contrairement aux décès attendus des IMG ou aux accompagnements avec soins palliatifs souhaités par les parents.

Un cas de mort fœtale a été exclu de l'étude expérimentale dans le respect du refus de l'acteur principal de participer à l'analyse, selon le principe du volontariat.

4.1.2 Les cas analysés en RMM

Chaque cas signalé a fait l'objet d'une RMM.

36 RMM sont conduites sur la période : 24 concernant des morts fœtales, 11 concernant des décès néonataux et 1 pour une IMG.

En plus de ces cas analysés, 11 autres décès ont été saisis sur la plateforme avec des RMM programmées de mars à mai 2025, après la période de saisie de l'étude.

Parmi les 21 centres périnatals des 2 DSRP, 13 ont signalé des cas analysés en RMM. Parmi ceux qui n'ont pas identifié de cas, 5 sont de type I et 3 sont IIA.

³⁴ Selon Rapport annuel du système d'information Périnatal ARS-IF PMSI 2023 – ARS IDF - SESAN

(N)	MYPA				PERINAT IF SUD			
	Morts fœtales	Décès néonataux	IMG	Total	Morts fœtales	Décès néonataux	IMG	Total
Signalements sur la plateforme*	13	3	1	17	21	9	0	30
Cas attendus estimés**	27	5	1	33	35	47	5	87
RMM réalisées	10	3	1	14	14	8	0	22
Compte-rendu de RMM transmis à l'ARS	10	3	1	14	14	8	0	22
Préconisation de déclaration d'EIGS***	5	1	0	6	11	5	0	16
EIGS déclarés ***	0	0	0	0	1	4	0	5
EIGS évitables ou probablement évitables	4	1	0	5	9	3	0	12
Décès attendus	0	2	1	3	1	3	0	4

*Période : 01/03/2024 au 28/02/2025

**Estimation selon l'analyse du PMSI - SESAN / ARS sur les données 2023

***Portail national de signalement des événements sanitaires indésirables

4.1.3 La synthèse de la RMM

La transmission incomplète des documents nécessaires à la RMM a compliqué la conduite des RMM et la rédaction des comptes-rendus. Si seulement 1 RMM n'a pas pu conclure de manière satisfaisante (en l'absence notamment de communication d'un tracé de Rythme Cardiaque Fœtal (RCF), la difficulté de partage des documents, en l'absence d'accès direct au dossier patient, a été chronophage à PERINAT IF SUD.

La synthèse de la RMM qui inclut notamment les données de la mission exploratoire de la FFRSP est adressée à l'ARS³⁵ pour 100% des RMM.

4.1.4 Les actions d'amélioration

A l'issue de l'identification des causes profondes, les actions d'amélioration ont été communément décidées et validées dans la synthèse de la RMM.

Elles sont au nombre de 159, dont 14 sont sous la responsabilité des DSRP.

Afin de faciliter leur mise en œuvre, elles sont assorties d'un responsable d'action et d'une échéance.

Devant les difficultés pour identifier des actions qui soient évaluables, les RMM de MYPA propose un nombre d'actions plus limitées.

La mise en œuvre des actions étant essentielle à l'efficacité de la mesure corrective, le suivi de leur état d'avancement est programmé en septembre 2025, 6 mois après la fin de la période de recueil.

4.1.5 Les professionnels participant aux RMM

Les sage-femmes coordinatrices, puis les sage-femmes participent le plus souvent aux RMM, suivies des pédiatres et des obstétriciens.

Les anesthésistes ne sont jamais présents ni directement conviés.

A MYPA, quel que soit le parcours étudié, les participants à la RMM sont systématiquement :

- Le déclarant du cas étudié
- 1 gynéco-obstétricien et Président de MYPA
- 1 fœtopathologiste
- 1 sage-femme coordinatrice de MYPA
- 1 pédiatre
- Les invités du DSRP en présentiel ou en visioconférence au choix.

A PERINAT IF SUD, le référent du centre périnatal et les acteurs essentiels de la prise en charge sur l'ensemble du parcours du cas étudié sont conviés et présents (sage-femme et psychiatre en libéral, PMI, etc.) en RMM, sauf pour :

- 1 maternité publique qui rencontre des tensions élevées sur les ressources humaines
- 2 absences de gynécologue-obstétricien et sage-femme libéraux qui ont assuré le suivi prénatal.

Le choix d'inviter uniquement les professionnels concernés par le cas étudié pour prévenir d'éventuelles réticences des professionnels à partager l'analyse est discuté. En effet, les invitations sont rapidement ouvertes aux professionnels concernés par les autres cas analysés sur le même temps. Désormais, les invitations sont ouvertes à l'ensemble des professionnels du DSRP, marquant ainsi la progression de la confiance dans la démarche et la maturité du processus de partage des informations et de la réflexion possible.

³⁵ Cf. Annexe 2 « Compte-rendu de la RMM adressé à l'ARS »

4.1.6 La déclaration d'EIGS sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables³⁶

La mort fœtale est culturellement et juridiquement systématiquement discutée en tant qu'EIGS par les professionnels et pour répondre à la définition d'un « décès », y compris lorsqu'elle est inattendue.

Le décès néonatal ne laisse aucune ambiguïté quant à sa qualité d'EIGS, ce d'autant lorsqu'il est inattendu. Pourtant seuls 4 cas ont été signalés sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables.

A l'issue de l'analyse en RMM, une préconisation de déclaration sur le portail national est émise. 22 préconisations en faveur d'un signalement d'EIGS ont été émises. A ce jour, nous identifions 5 déclarations réalisées, d'autres sont en attente.

4.1.7 Les données administratives

4.1.7.1 La traçabilité de l'information donnée aux parents sur l'enquête

La majorité des parents a été informée de l'enquête, soit dans 21 cas. Dans 12 cas, les parents ne sont pas notés comme informés, et il n'y a pas de réponse à la question dans 4 cas.

4.1.7.2 Le codage du PMSI

Le codage du PMSI maternel et du nouveau-né est conforme dans 35 cas / 36, avec la présence d'un code retenant le décès.

Le contrôle du codage PMSI est une demande importante de l'ARS en raison de la discordance des indicateurs de décès périnataux.

L'éventualité de codages de décès en excès dans le PMSI ne peut être vérifiée dans cette étude qui concerne des décès déclarés sur le terrain. L'écart potentiel entre les cas estimés d'après les données du SESAN pour cette étude et les cas identifiés devra être analysé avec les données 2024 du PMSI.

4.1.7.3 Les documents administratifs et d'état civil

Les documents administratifs permettant la réalisation des actes d'état civil sont exacts dans 100% des cas, et en concordance avec :

- En cas de mortinatalité : un certificat médical d'accouchement d'enfant né sans vie pouvant donner lieu à un acte d'enfant né sans vie à l'état civil
- En cas de mortalité néonatale : un acte de naissance et un acte de décès.

³⁶ [Portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables](#)

Le nouveau modèle de certificat de décès infantile déployé en 2025³⁷ n'est pas encore utilisé.

4.1.8 L'accès à la fœtopathologie

S'il n'est retrouvé aucune situation pour laquelle la fœtopathologie était impossible, notamment sur le territoire de PERINAT IF SUD, le nombre élevé de refus des parents et le circuit d'accès fait l'objet d'actions d'amélioration.

4.2 Les décès fœtaux

4.2.1 Analyse quantitative

24 RMM sur les 36 réalisées concernent des morts fœtales.

(N)	MYPA	PERINAT IF SUD
Signalements sur la plateforme*	13	21
Cas attendus estimés **	27	35
RMM réalisées	10	14
Compte-rendu de RMM transmis à l'ARS	8	14
Préconisation de déclaration d'EIGS***	5	11
EIGS déclarés ***	0	1
« Evitables » ou « probablement évitables »	4	9
Décès attendus	0	1

*Période : 01/03/2024 au 28/02/2025

**Estimation selon l'analyse du PMSI - SESAN / ARS sur les données 2023

***Portail national de signalement des événements sanitaires indésirables

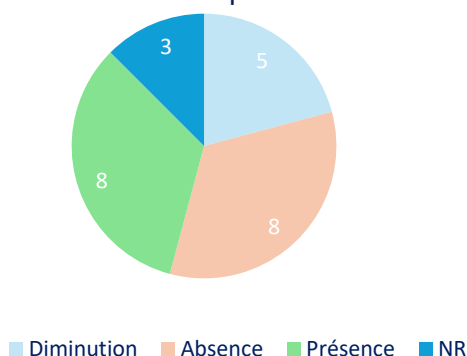
³⁷ Arrêté du 29 mai 2024 relatif aux deux modèles du certificat de décès

4.2.1.1 Les données de la plateforme

Parmi les données collectées sur la plateforme, on retrouve :

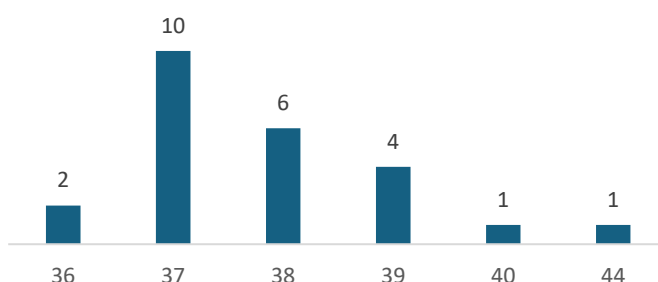
- Aucune mort fœtale n'est identifiée en centre périnatal de type I. La fréquence des morts fœtales est proportionnelle à l'activité des centres périnatals :
 - o Type IIA (3)
 - o Type IIB (6)
 - o Type III (15).
- L'arrêt des Mouvements Actifs Fœtaux (MAF) est le motif de consultation dans 8 cas et la réduction des MAF dans 5 cas, totalisant 13 cas de consultation concernant la modification des MAF. Les 8 cas de morts fœtales qui signalent une présence de MAF à l'admission, concernent 5 Hématomes Rétro-Placentaires (HRP) dont 2 pendant l'hospitalisation pour Hyper Tension Artérielle (HTA) majeure avec des facteurs de risque, 1 diabète et 1 cassure de courbe de poids au 3^{ème} trimestre. 3 de ces EIGS sont évalués comme « probablement évitables »

Motif de consultation : arrêt ou réduction de MAF depuis 24h



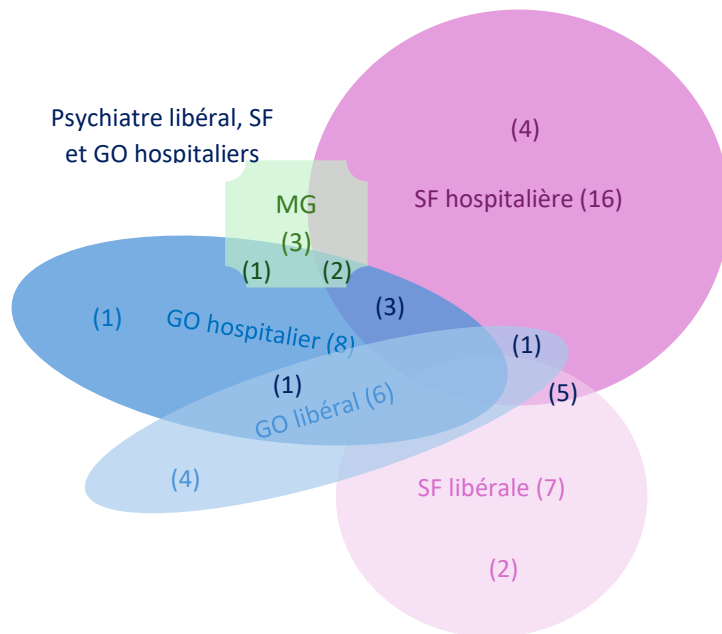
- L'âge maternel est ≥ 35 ans dans 7 cas / 24 (29%) soit inférieur à la moyenne IDF (31%)
- Le plus de de morts fœtales a lieu à 37SA (10) puis diminue

Terme des morts fœtales (SA)



- 8 patientes présentent un surpoids, 4 une obésité modérée, 1 obésité sévère et 1 obésité massive
- 100% sont grossesses sont uniques
- 12 patientes sont primipares, 4 sont 2^{èmes} Pares, 6 sont 3^{èmes} Pares, 1 est 5^{ème} Pare et 1 est 7^{ème} Pare
- La prédominance de fœtus de sexe masculin est retrouvée pour 13 sur 24 fœtus.

- 7 fœtus sont PAG (Petit pour l'Age Gestationnel), dont 3 avec une cassure de la courbe de croissance depuis l'échographie du 3^{ème} trimestre
- Une sage-femme hospitalière est systématiquement impliquée dans le parcours de prise en charge des morts fœtales. Elle partage le suivi de la grossesse avec une sage-femme libérale (5), le gynéco-obstétricien hospitalier (3), le médecin généraliste et le gynéco-obstétricien hospitalier (2) et le gynécologue obstétricien libéral (1)

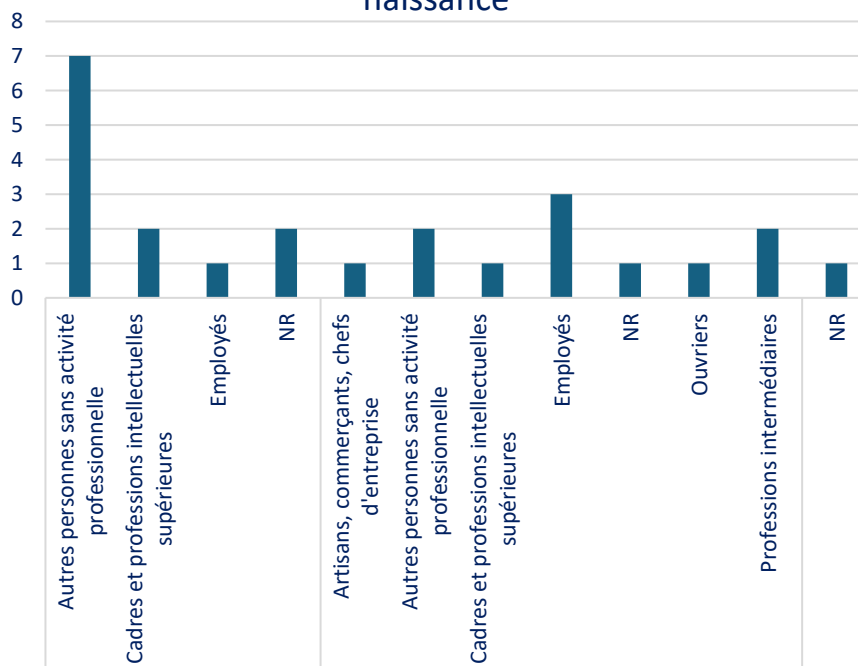


- Le taux de 60% de mères nées à l'étranger sont surreprésentées versus les 20,6% en IDF³⁸ ou 34% des mères domiciliées d'après l'Etat-civil dans le rapport 2023 du SESAN
- 30% des patientes sont sans emploi versus les 7% sans emploi en IDF en 2024³⁹

³⁸ Immigration dans les départements en 2021 – DREES

³⁹ Tableau de bord de la conjoncture : Île-de-France- INSEE

Catégorie professionnelle selon le pays de naissance



- Les difficultés socio-économiques sont signalées pour 3/24 patientes, 100% des patientes bénéficient d'une couverture sociale
- 19 patientes vivent en couple, 4 sont monoparentales, 15 ont au moins un enfant à charge
- Aucune difficulté linguistique n'est mentionnée, malgré le nombre de patientes allophones
- 3 patientes présentent des vulnérabilités psychiques
- 4 patientes sont tabagiques.

4.2.2 Analyse qualitative : l'analyse approfondie

L'analyse approfondie des causes de la mort fœtale réalisée selon la méthode ALARM en RMM, identifie les facteurs de risques à l'origine de l'évènement qui surviennent sur le parcours de la patiente, du co-parent et du nouveau-né.

4.2.2.1 Les causes profondes

4.2.2.1.1 Les facteurs liés au patient (35)

- Les facteurs liés à la mère (25) :
 - o HTA chronique, un diabète gestationnel, un hyperaldostérionisme (7)
 - o Psychiques (2)
 - o Obésité (2)
 - o Infectieux (3) :
 - Chorioamniotite (1)
 - Tableau de gastroentérite et une éruption abdominale (1)
 - Sérologie Rubéole équivoque (1).

- Psycho-social (5)
 - Un refus d'anticoagulants (1)
 - La précarité sociale est identifiée comme ayant influencé la grossesse, y compris avec un suivi discontinu de la grossesse en raison d'une situation familiale complexe (3)
 - L'absence de compréhension de la langue a influencé la prise en charge, mais ceci n'est pas identifiée comme tel en amont de la RMM (1).
- Autres (6) :
 - Drépanocytose (1)
 - Diagnostic tardif de grossesse à 32 SA (1)
 - SAPL (1)
 - Pathologie génétique (1)
 - Terme incertain (1)
 - Multiples antécédents mineurs (1).
- Les facteurs liés au fœtus (8)
 - Syndrome poly malformatif avec ou sans contexte génétique (3)
 - PAG⁴⁰ (7), dont 3 avec une cassure de la courbe à l'échographie du 3^{ème} trimestre.
- Une cause funiculaire est retrouvée avec une insertion marginale, ou un nœud serré (3).

4.2.2.1.2 Les facteurs liés aux tâches à accomplir (108)

Les causes en lien avec l'absence d'application de protocoles sont (30) :

- La surveillance de fin de grossesse avec une HTA (surveillance biologique, fréquence de surveillance, vitalité fœtale) (5)
- La surveillance de fin de grossesse avec un diabète, réduction de MAF (1)
- Le suivi obstétrical globalement non conforme (1)
- La consultation de synthèse essentielle à la prévention de la récurrence selon la recommandation du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)⁴¹ n'est pas réalisée (14)
Parmi les 10 consultations de synthèse organisées, certaines ne sont pas tracées ou la patiente ne s'est pas présentée (4)
Lorsque la consultation de synthèse n'est pas organisée, les informations transmises au professionnel qui réalise la consultation de suivi du post-partum ne permettent pas de définir la conduite à tenir en cas de grossesse ultérieure (5).

Les résultats d'examens complémentaires indisponibles ou non pertinents concernent (70) :

- Les explorations biologiques : exploration d'un HRP, oubli d'envoi du bilan biologique, indisponibilité des résultats des bilans vasculo-rénaux (BVR) hebdomadaires réalisés en laboratoire de ville, absence de prescription de sérologie de rubéole (4)
- L'échographie anténatale (4) :
 - Une cassure de la courbe de croissance depuis l'échographie du 3^{ème} trimestre, questionnant le terme auquel elle est préconisée (3)
 - Une absence de diagnostic d'hypotrophie sévère en l'absence d'échographique du 3^{ème} trimestre (1).

⁴⁰ Petit pour l'Age Gestationnel

⁴¹ C. GARABEDIAN, J. SIBIUDE, O. ANSELEM et al., *Mort-fœtale : consensus formalisé d'experts du CNGOF Fertilité & Sénologie*

- Les explorations de la mort fœtale (78) :
 - o Le protocole institutionnel de prise en charge d'une mort fœtale est incomplet (2)
 - o L'analyse anatomocytopathologique placentaire indiquée n'est pas réalisée (16), ou les résultats ne sont pas retrouvés (2)
 - o Le bilan infectieux indiqué n'est pas réalisé (14), il est incomplet (2), ou les résultats ne sont pas retrouvés (3)
 - o Le nombre d'absence d'autopsie en fœtopathologie en raison du refus des parents interroge sur les modalités de présentation et les explications données (14)
 - o L'autopsie virtuelle n'est pas proposée, notamment en cas de refus d'autopsie du fœtus (16)
 - o L'analyse cytogénétique indiquée n'est pas réalisée (4) en plus des 2 cas de refus des parents
 - o L'imagerie fœtale indiquée n'est pas réalisée en plus des 2 cas de refus des parents (5).

Les aides à la décision concernent (3) :

- L'insuffisance de traitement des symptômes dépressifs à l'origine de l'arrêt du traitement psychiatrique par la patiente (1)
- La décision tardive de discussion en staff médico-psycho social après de nombreux rendez-vous non honorés (1)
- La difficulté d'identification d'un cumul de multiples facteurs de risques modérés (1).

La définition des tâches concerne (4) :

- L'absence de proposition de suivi psychologique ou d'orientation en staff médico-psycho-social (1)
- L'absence de réévaluation adaptée de la prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD) (1)
- L'absence de décision de déclenchement du travail (1)
- Le bilan étiologique d'une fausse couche tardive antérieure est tracé comme négatif, alors qu'une anomalie morphologique était retrouvée (1).

Les facteurs liés à la programmation, planification concernent l'absence de préparation à la naissance (1).

4.2.2.1.3 Les facteurs liés aux professionnels (3)

Ils concernent la difficulté de présenter le bénéfice de l'autopsie fœtale aux parents, dans le contexte sensible de la mort fœtale, et dans une temporalité limitée relevée. Les cas sont sans doute sous-estimés (2).

Enfin, une décision d'hospitalisation dans l'un des 2 services dont le praticien est responsable, mais dont l'indication est discutable (1).

4.2.2.1.4 Les facteurs liés à l'équipe (41)

La communication entre professionnels concerne (8) :

- En prénatal (2) :
 - o La sous-évaluation du risque obstétrical en l'absence de connaissance d'un antécédent de décès per-partum et d'une hypotrophie (1)
 - o L'absence de coordination du parcours entre la prise en charge obstétricale, psychiatrique et sociale (1).
- En fin de grossesse (6) :
 - o L'absence d'information du suivi de fin de grossesse en ville (3)
 - o L'absence de décision d'accouchement pour un suivi en HAD (1)
 - o L'absence de transmission des antécédents pathologiques (1)
 - o L'absence d'alerte en raison du statut du professionnel (1).

La communication vers le patient et ses proches concerne (12) :

- L'absence de consultation en urgence devant une réduction ou un arrêt des MAF (9), une douleur abdominale (1)
- Une difficulté d'accès à la patiente dans un contexte de pronostic réservé du fœtus (1)
- L'accès de violence du père à l'annonce de la mort fœtale n'est pas une cause du décès, mais fait partie intégrante de l'analyse de l'évènement, avec une demande de copie de dossier du patient en raison des doutes exprimés (1) :
 - o Le fait que l'enfant ait pu être vivant pendant le temps de recherche du pouls fœtal par l'auxiliaire de puériculture à l'arrivée. Le temps de recherche est douloureusement vécu par les parents et l'enregistrement du cardiocytogramme n'est pas retrouvé
 - o Les difficultés matérielles : dysfonctionnement de l'échographe pour contrôler l'activité cardiaque
 - o Le conseil génétique recommandé lors de la consultation de synthèse et le soutien psychologique sont refusés par les parents, puis acceptés après l'intervention de la sage-femme libérale avec laquelle la confiance est établie.

Le déficit de traçabilité des informations (18) :

- Contribue à la survenue de l'évènement en raison de l'absence d'informations du suivi prénatal, la difficulté d'accès à l'information du terme incertain, suivi du diabète gestationnel et de la décision du staff (7)
- Peut être le reflet de pratiques non conformes en raison de l'absence de traçabilité de l'examen pédiatrique, de l'absence d'accès à l'Entretien Prénatal Précoce (4)
- Induit un déficit d'information des recherches étiologiques (5)
- Ne contribue pas à la survenue de l'évènement, mais est relevé dans un principe d'amélioration des pratiques (2).

Le déficit d'alerte concerne l'absence de rappel de la patiente lors d'un rendez-vous non honoré pour une maturation cervicale, et un suivi psychiatrique pendant les 3 semaines de dépassement de terme (2).

La répartition des tâches est contributive lors du recours à l'auxiliaire de puériculture pour poser le cardiocytogramme devant l'indisponibilité des 2 sage-femmes (1).

4.2.2.1.5 Les facteurs liés à l'environnement de travail (8)

Les facteurs liés à l'administration concernent l'absence de vérification d'une déclaration de grossesse, induisant une absence d'alerte lors du dépassement de terme à jusqu'à 43SA (1).

Les déplacements sont contributifs à la survenue du décès lors d'un transfert de patiente depuis son domicile au centre périnatal nécessitant un délai de 1h52, entre l'appel des pompiers par la sage-femme libérale pour un RCF pathologique et une réduction de MAF et l'arrivée de la patiente aux urgences obstétricales (1).

Les équipements sont contributifs à la survenue de l'évènement en l'absence d'affichage du pouls maternel sur le RCF pour des raisons techniques (1).

L'absence d'enregistrement du cardiotocographe retrouvé dans la mémoire de l'appareil n'est pas contributive de l'évènement, mais est identifiée en tant que bénéfice secondaire de l'analyse (1).

La charge de travail impacte directement la survenue de l'évènement devant l'indisponibilité de lits d'hospitalisation complète induisant la décision d'HAD et la charge importante de travail pour les sage-femmes et l'interne (3).

Les délais sont contributifs de l'évènement lorsqu'ils sont allongés devant l'information de métrorragies et la pose du RCF, l'appel du gynéco-obstétricien devant une absence de bruits du cœur et devant l'enregistrement du RCF correspondant au pouls maternel (1).

4.2.2.1.6 Les facteurs liés à l'organisation / management (13)

L'évènement n'est pas signalé dans le système interne de gestion des risques de l'établissement dans 13 / 24 cas.

4.2.2.1.7 Les facteurs liés au contexte institutionnel (13)

Le déficit de ressources en psychiatrie périnatale au niveau régional est identifié (1).

La mort foétale n'est pas déclarée sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables, notamment lorsqu'elle est évaluée « probablement évitable » (12).

4.2.2.2 Les actions d'amélioration (103)

Les actions d'amélioration sont décidées au cours de la RMM, validées par les participants et retranscrites dans la synthèse de la RMM. Elles concernent différents axes.

4.2.2.2.1 Sécuriser le parcours ville-hôpital (13)

Elles concernent :

- Les vulnérabilités psychiques (5) :
 - o La prise en charge des pathologies psychiatriques, pour (3) :
 - Sécuriser le circuit des patientes enceintes présentant une vulnérabilité psychique, incluant une vigilance particulière pour la déclaration de grossesse, systématiser le rappel en cas de rendez-vous non honoré (2)
 - Recourir à l'avis psychiatrique du lieu de suivi de la grossesse en cas de persistance de symptomatologie psychiatrique en cours de grossesse (1).

- Identifier les informations psychosociales à recueillir en distinguant les réponses "refus de répondre" des "non répondu" (1)
- Porter une vigilance à l'accompagnement psychologique des patientes dont la grossesse présente un pronostic péjoratif (1).
- L'amélioration de l'accès aux informations (8) :
 - Accéder au Dossier Médical Partagé (DMP) et le renseigner, idem pour l'Entretien Prénatal Précoce et le suivi en ville (6)
 - Organiser l'accès aux informations du suivi du diabète gestationnel (1),
 - Organiser l'accès aux résultats des examens biologiques prélevés en ville (1).

4.2.2.2 Améliorer l'évaluation du niveau de risque de la grossesse (11)

Elles concernent :

- L'accès aux informations à partager (9)
 - Etudier les possibilités de renseignement et d'accès au DMP, sécuriser les renseignements de suivi de la grossesse en ville (4)
 - Porter une vigilance particulière à l'interrogatoire lors de l'entretien d'admission qui bénéficie d'un temps supplémentaire, afin d'évaluer le niveau de risque de la grossesse, et sensibiliser à la qualité de la saisie des informations en vue de prévenir les déficits d'information ultérieurs (3)
 - Identifier les informations psychosociales contributives (2).
- La discussion pluriprofessionnelle tout au long de la grossesse (2)
 - Clarifier les motifs de discussion des dossiers de patients en staff médico-psycho-social et en informer l'ensemble des services concernés, incluant les urgences (1)
 - Discuter la proposition de staffer un dossier présentant un cumul de facteurs de risques modérés, et de l'évaluation (synthèse) du niveau de risque de la grossesse (1).

4.2.2.3 Sécuriser la prise en charge obstétrico-pédiatrique dans le centre périnatal (21)

Concernant le suivi obstétrical (8) :

- Conduire une réflexion sur le terme optimal pour réaliser l'échographie du 3^{ème} trimestre qui a pour objet essentiel d'évaluer la croissance fœtale (2)
- Rappeler / sensibiliser au suivi des sérologies et rappeler les actes autorisés selon les professionnels concernés (2)
- Pour la prise en charge de l'HTA (4) :
 - Protocoliser les prises en charges des principales pathologies et leur surveillance en fin de grossesse, dont l'HRP, en incluant la situation de terme incertain (3)
 - Sécuriser l'alerte des professionnels par la patiente, notamment en cas de douleur évocatrice d'HRP (1).

Concernant l'organisation des soins (2) :

- Réviser l'organisation de la prise en charge en urgence en unité de Grossesses à Haut Risque (GHR) afin d'optimiser le délai des césariennes en code rouge (1)
- Protocoliser l'indication d'HAD et ses limites dans le cadre d'une HTA majeure en fin de grossesse, en incluant les modalités de communication entre les professionnels adresseur et receveur, avec la fréquence de réévaluation du dossier (1).

Concernant la décision pluriprofessionnelle, il s'agit de rappeler la notion de discussion du déclenchement en fin de grossesse dans un contexte pathologique (2).

Concernant les MAF (9) :

- Organiser l'information orale / écrite aux patientes de consulter en urgence en cas de réduction de MAF, avec l'intérêt d'informer le co-parent (8)
- Organiser l'information des patientes à l'intérêt de la préparation à la naissance lors de leur inscription (1).

4.2.2.4 Améliorer la recherche étiologique du décès (29)

Concernant les explorations (13) :

- L'autopsie en fœtopathologie (5) :
 - o Faciliter la présentation des bénéfices de l'anatomocytopathologie fœtale aux parents, à l'aide d'un guide de conduite d'entretien destiné aux professionnels (3)
 - o Organiser un webinaire d'information sur l'autopsie fœtale destiné aux professionnels (2).
- L'analyse en fœtopathologie du placenta (4) :
 - o Sécuriser le circuit de prélèvement d'anatomocytopathologie (3)
 - o Définir les indications d'adressage de l'examen anatomocytopathologique du placenta dans un laboratoire spécialisé en fœtopathologie (1).
- Faciliter la traçabilité de la recherche étiologique dans le dossier patient, en distinguant les examens prescrits / refusés (4).

Concernant la consultation de synthèse (8) :

- Organiser le circuit de la consultation de synthèse en vue d'informer la patiente / couple parental des préconisations pour une grossesse ultérieure, en présence des résultats des explorations (4)
- Organiser la communication des préconisations en vue d'une grossesse ultérieure au gynéco-obstétricien de ville (1)
- Renforcer les explications à la patiente concernant l'intérêt de la consultation de synthèse (2)
- Informer la patiente absente à la consultation de synthèse, des résultats des explorations étiologiques, éventuellement par voie de courrier (1).

Concernant la révision du protocole de prise en charge d'une mort fœtale, pour compléter (8) :

- L'examen clinique pédiatrique et sa traçabilité, en particulier en l'absence de fœtopathologie (4)
- Le bilan biologique fœtal et maternel (1)
- Les modalités d'information des parents de l'intérêt de l'anatomocytopathologie foetoplacentaire, dans une temporalité adaptée à la situation et avec une possibilité de réitération respectueuse de la proposition (3).

4.2.2.5 Faire progresser la démarche d'amélioration (23)

Concernant l'information des professionnels conviés, mais absents lors de la RMM : communiquer la synthèse de la RMM au praticien de ville et à la sage-femme libérale (3).

Concernant la déclaration de l'évènement (20) :

- Dans le système interne de gestion des risques (11) :
 - o Définir les évènements survenant en maternité devant faire l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable et d'une RMM (1)
 - o Former / sensibiliser les professionnels à la déclaration des évènements indésirables associés aux soins (3)
 - o Déclarer l'évènement dans le système interne de gestion des risques (7).
- Déclarer l'EIGS sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables (9).

4.2.2.2.6 Les autres actions (6)

Il s'agit de :

- Faciliter le codage PMSI des décès périnataux (fiche pratique) (3)
- Sécuriser la validation de l'Identité Nationale de Santé (INS) (1)
- Clarifier les modalités d'enregistrement du RCF dans la mémoire du cardiocytographe (1)
- Informer les professionnels concernés des erreurs évidentes de saisie du compte-rendu d'échographie (1).

4.2.2.2.7 Partager les améliorations sur le territoire du DSRP (11)

La généralisation d'actions au bénéfice de l'ensemble du territoire est assurée par les DSRP. Il s'agit de :

- Conduire une réflexion sur le terme optimal pour réaliser l'échographie du 3^{ème} trimestre qui a pour objet essentiel d'évaluer la croissance fœtale (2)
- Faciliter la présentation des bénéfices de l'anatomocytologie fœtale (examen de fœtopathologie) aux parents, à l'aide d'un guide de conduite d'entretien destiné aux professionnels (3)
- Organiser un webinaire d'information sur le bénéfice de l'autopsie fœtale (2)
- Signaler le déficit de ressources en psychiatrie périnatale à l'ARS (1)
- Communiquer la synthèse de la RMM au praticien de ville et à la sage-femme libérale (3).

4.2.2.3 L'évitabilité

Le caractère évitable d'un EIGS peut se définir par le fait qu'il ne se serait pas produit si les actions entreprises avaient été conformes aux bonnes pratiques et recommandations et/ou si les organisations avaient été efficaces⁴². L'évitabilité représente la part de risque qui est réductible.

9 / 14 morts fœtales (dont 1 décès attendu) sont évaluées « évitables » ou « probablement évitables » par PERINAT IF SUD, essentiellement en raison de l'absence de consultation en urgence lors de l'identification du changement de comportement du fœtus.

4 cas / 10 morts fœtales sont évaluées « évitables » ou « probablement évitables » par MYPA, pour qui l'absence et la réduction de MAF n'est pas systématiquement perçue comme un élément qui permet de déterminer l'évitabilité du décès.

⁴² Art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016.

4.2.2.4 Les barrières

Les barrières qui n'ont pas permis de prévenir, récupérer ou atténuer l'évènement concernent (26) :

- En prénatal (11)
 - o La complétude de l'interrogatoire nécessaire à l'évaluation du niveau de risque de la grossesse, incluant la recherche des résultats d'explorations (4)
 - o Le parcours psychiatrique - obstétrical - social organisé (1)
 - o Le déclenchement d'un staff médico-psycho-social (2)
 - o La surveillance de la fin d'une grossesse pathologique selon les recommandations de bonnes pratiques (4).
- En per natal (14)
 - o Les critères d'admission en HAD (1)
 - o L'alerte d'un professionnel de catégorie professionnelle différente (1)
 - o Le délai de transport entre le domicile et le centre périnatal en urgence (1)
 - o L'alerte de la patiente devant une douleur abdominale (1)
 - o Le délai d'extraction fœtale en service de grossesses à haut risque (1)
 - o La consultation en urgence devant une réduction / absence de MAF (9).
- En postnatal : la prise en charge de l'obésité hors grossesse (1).

4.2.3 Conclusion

L'évaluation de l'évitabilité des morts fœtales trouve ses limites concernant la réduction ou l'absence de MAF, en l'absence de recommandation de bonnes pratiques sur le sujet.

Pour autant, la part de décès réductibles réside essentiellement dans le suivi de la fin des grossesses pathologiques, notamment en présence d'HTA et dans l'accès aux informations nécessaires à l'évaluation des risques obstétricaux avec l'intérêt du DMP.

L'obésité est un facteur de risque probablement insuffisamment considéré. En effet, sa prise en charge en dehors de la grossesse n'est citée qu'une seule fois en tant que barrière qui n'a pas fonctionné, alors que 1 cas d'obésité massive, 1 d'obésité sévère et 4 cas d'obésité modérée sont analysés.

Les recherches étiologiques pour prévenir une récurrence de mort fœtale mérite une attention particulière. Les modalités de présentation des explorations aux parents, leur mise en œuvre et la restitution des résultats en consultation de synthèse assortis de préconisation en vue d'une grossesse future retiennent notre attention dans cette étude expérimentale.

Enfin, cette étude expérimentale met en lumière des causes profondes qui ne sont pas identifiées en staff. En l'absence de reconnaissance de la mort fœtale comme un évènement indésirable, et encore moins en tant qu'EIGS, l'analyse approfondie n'est pas réalisée, ne permettant pas de bénéficier des actions correctives.

4.3 Les décès néonataux

4.3.1 Analyse quantitative

11 cas sur 36 décès périnataux identifiés concernent un décès néonatal précoce, dont 5 décès attendus.

(N)	MYP A	PERINAT IF SUD
Signalements sur la plateforme*	3	9
Cas attendus estimés**	5	47
RMM réalisées	3	8
Compte-rendu de RMM transmis à l'ARS	3	8
Préconisation de déclaration d'EIGS***	1	5
EIGS déclarés ***	0	4
EIGS évitables ou probablement évitables	1	3
Décès attendus	2	3

*Période : 01/03/2024 au 28/02/2025

**Estimation selon l'analyse du PMSI - SESAN / ARS sur les données 2023

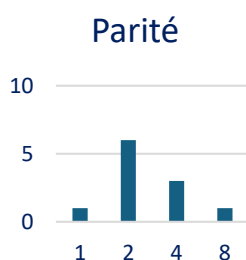
***Portail national de signalement des événements sanitaires indésirables

4.3.1.1 Etude des données de la plateforme

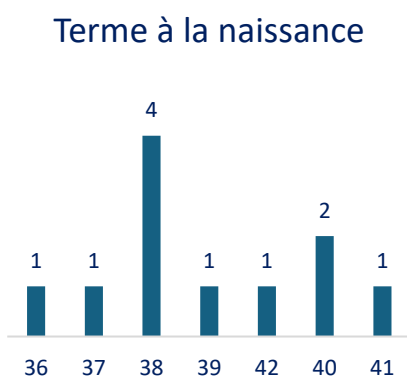
Parmi les données recueillies sur la plateforme dédiée, les informations suivantes ont été collectées :

- Les centres périnataux qui détectent les cas de décès néonataux sont de type :
 - Type I : les décès ont lieu à J2 et J3 dans les suites d'une encéphalopathie anoxo-ischémique, en réanimation néonatale en type III (hors territoire du DSRP) (2)
 - Type IIA : le décès a lieu à J3 dans un contexte de maladie métabolique en réanimation néonatale en type III (hors territoire du DSRP) (1)
 - Type IIB : le décès a lieu à J3 en type III dans un contexte d'évènement aigu 24h avant la naissance (1)
 - Type III (7) :
 - La naissance a lieu en type IIA et le décès à la suite d'un HRP à J5 en réanimation néonatale

- 1 décès a lieu en salle de naissance en type III dans un contexte de souffrance fœtale aigue
- La naissance et le décès attendu devant une trisomie 18 (2) et une polymalformation (3) ont lieu en salle de naissance.
- 4 patientes sur les 11 cas de décès néonataux sont âgées ≥ 35 ans, soit 36% (versus 31% des mères en IDF dans le rapport 2023 du SESAN)
- Seule 1 patiente est primipare, 6 patientes sont des 2^{èmes} paires, 1 patiente est une grande multipare :

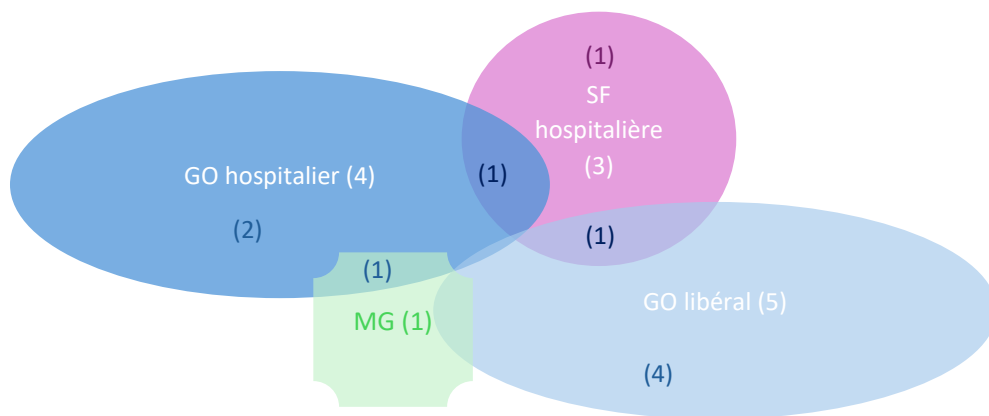


- Seule 1 patiente présente une obésité massive
- Toutes les grossesses sont spontanées
- Les 2 grossesses multiples présentent un fœtus affecté par une trisomie 18
- Les nouveau-nés décédés en période néonatale précoce sont majoritairement nés à 38SA (4) :



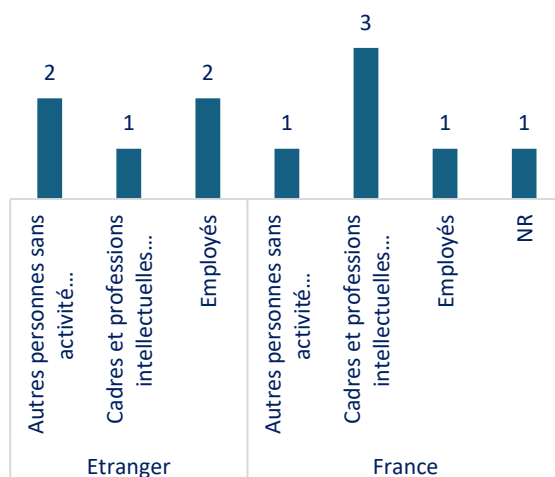
- La réduction des MAF dans les 24h dernières heures est le motif de consultation pour 4 patientes
- L'entrée en travail :
 - Spontané pour (7) :
 - Une pathologie hématologique et un HRP (2)
 - Une maladie métabolique (1)
 - Un décès attendu (4)
 - Déclenché pour (5) :
 - Une demande d'accompagnement du décès attendu (1)
 - Un contexte d'obésité massive, d'HTA, de diabète gestationnel avec un déclenchement dit de convenance à 40+4SA (1)
 - Un contexte d'HTA avec une de réduction des MAF et un oligoamnios mûr par dinoprostone (1)

- o Les césariennes avant travail concernent une suspicion d'HRP asymptomatique (1) et une césarienne programmée pour gémellaire et trisomie 18 (1)
- La surveillance du RCF est :
 - o Continue (4), discontinuée (2), sans réponse (5)
 - o Discontinué dans un contexte pathologique, étant une cause majeure du décès (2)
 - o N'est pas assurée pendant la pose de la péridurale / rachianesthésie dans un contexte pathologique (4)
- 8 nouveau-nés sont de sexe masculin sur les 11 décès néonataux
- Les nouveau-nés sont eutrophes, hormis ceux qui présentent une polymalformation ou une trisomie 18.
- 2 grossesses ne sont pas régulièrement suivies, dont l'une avec un diagnostic de polymalformation
- La participation au suivi de la grossesse du gynéco-obstétricien libéral (5), du gynéco-obstétricien hospitalier (4) et de la sage-femme hospitalière (3) est répartie. La sage-femme libérale n'est pas mentionnée dans le suivi des grossesses avec une issue de décès néonatal.



- 3 décès ont lieu la nuit et 1 la nuit en week-end.
- 45% de patientes nées à l'étranger sont sur-représentées (versus 34% des mères en IDF dans le rapport 2023 du SESAN)
- 3 patientes n'ont pas d'activité professionnelle.

Activité professionnelle selon le pays de naissance



- Les difficultés socio-économiques ne sont signalées pour aucune des 11 patientes qui bénéficient par ailleurs toutes d'une couverture sociale
- Les 11 patientes vivent en couple, dont 9 avec au moins un enfant à charge
- 2 patientes présentent des difficultés linguistiques
- 1 patiente née en France présente des vulnérabilités psychiques.
- Aucune patiente ne présente de dépendance
- Aucune patiente n'est identifiée comme subissant de violence.

4.3.2 Analyse qualitative - L'analyse approfondie des causes

4.3.2.1 Les causes profondes des décès néonataux (82)

4.3.2.1.1 Les facteurs liés au patient (15)

- Les facteurs liés à la mère concernent (8) :
 - o Un HRP massif sans signe clinique ni biologique, HRP asymptomatique dans un contexte d'HTA non explorée et d'obésité massive (2)
 - o Une rupture utérine dans un contexte de maturation cervicale (1)
 - o Un évènement aigu 24h avant la naissance (1)
 - o Une pathologie hématologique génétique (1)
 - o Une cholestase gravidique (1)
 - o Un couple consanguin (1)
 - o Une patiente allophone avec un suivi de grossesse chaotique (1).
- Les causes fœtales concernent (7) :
 - o Un syndrome poly malformatif connu, dont 2 trisomies 18 (5)
 - o Une maladie métabolique (1)
 - o Une cause non identifiée dans un contexte de « mucus épais » retrouvé à l'autopsie fœtale (1).

4.3.2.1.2 Les facteurs liés aux tâches à accomplir (35)

La mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques concerne (13) :

- En obstétrique (9) :
 - o En prénatal (3) :
 - L'absence de questionnement de la consanguinité des parents (1)
 - L'inadéquation du type de centre périnatal à la prise en charge d'une patiente présentant une obésité massive, une HTA et un antécédent de souffrance fœtale aigüe à terme non documenté, en raison de la disponibilité d'une équipe d'anesthésie ayant l'habitude de la chirurgie bariatrique (1)
 - L'incomplétude d'une exploration de pathologie hématologique (1).
 - o En per natal (6) :
 - La surveillance et l'exploration biologique d'une HTA en fin de grossesse (2)
 - Une maturation cervicale malgré une vulnérabilité fœtale (oligoamnios) (1)
 - La surveillance discontinuée du RCF dans un contexte pathologique (2)
 - L'administration d'ocytociques en présence d'un RCF pathologique (1).

- En pédiatrie (4) :
 - o Une réanimation néonatale qui n'applique pas systématiquement les recommandations de bonnes pratiques (1) avec notamment une intubation tardive par l'anesthésiste, occupé par la prise en charge de la rupture utérine maternelle (1), et une absence de protocole de réanimation néonatale localement (1)
 - o L'absence de protocole de recherche des causes de décès néonatal (1).

Les écarts concernant les examens complémentaires sont (20) :

- Un bilan de thrombophilie n'est pas retrouvé (1)
- Les explorations étiologiques du décès néonatal retrouvent (19) :
 - o Une analyse anatomocytopathologique du placenta est indiquée mais le résultat n'est pas retrouvé, notamment par défaut de sécurisation du circuit d'envoi au laboratoire (4)
 - o Le bilan infectieux indiqué est incomplet, les résultats ne sont pas retrouvés (2)
 - o L'autopsie en fœtopathologie indiquée est refusée par 3 des parents, 2 comptes-rendus ne sont pas retrouvés (5)
 - o L'autopsie virtuelle n'est pas proposée notamment en cas de refus d'autopsie en fœtopathologie (3)
 - o Les résultats de l'analyse cytogénétique ne sont pas retrouvés (2)
 - o Les résultats de l'imagerie fœtale ne sont pas retrouvés (1)
 - o L'anatomocytopathologie de l'utérus ne renseigne pas sur l'indication de l'examen demandé pour une rupture utérine (1)
 - o La recherche étiologique ne précise pas si les examens sont indiqués et refusés ou non prescrits (1).

Les écarts liés à la définition des tâches concernent (2) :

- Un diagnostic tardif de présentation du siège en fin de travail (1)
- Une absence de surveillance en hospitalisation de la tension artérielle la nuit, chez une patiente hypertendue avec réduction de MAF et oligoamnios dans un contexte d'activité élevée (1).

4.3.2.1.3 Les facteurs liés aux professionnels (3)

Ils concernent :

- Le retard d'intubation du nouveau-né, lié à l'inhabitude de la sage-femme vacataire exerçant habituellement dans une structure hospitalière dans laquelle l'intubation est réalisée par le pédiatre (1).
- Un élément de stress personnel contributif à l'oubli d'envoi du placenta en anatomocytopathologie (1)
- Une charge mentale exprimée par le pédiatre en raison du délai de 2h d'organisation pour le transfert du nouveau-né (1)

4.3.2.1.4 Les facteurs liés à l'équipe (14)

La communication entre professionnels concerne les informations psycho-sociales qui ne sont pas disponibles (1).

La communication vers le patient et ses proches concerne (4) :

- L'absence de consultation en urgence en présence d'une réduction des MAF (1)
- L'Entretien Prénatal Précoce⁴³ systématiquement proposé n'est réalisé que dans 20% des cas (1)
- Le compte-rendu d'hospitalisation (CRH) d'un séjour pour HTA n'est pas remis à la patiente (1)
- Dans un contexte de tension avec les professionnels, la patiente ne se présente pas à la consultation de synthèse (1).

Les informations écrites concernent (5) :

- En obstétrique (2) :
 - o L'absence d'accès aux informations du suivi prénatal, notamment en cas de pathologie (1)
 - o L'absence de traçabilité des préconisations pour une grossesse ultérieure lors de la consultation de synthèse (1)
- En pédiatrie (3) :
 - o L'absence de traçabilité horaire de la réanimation néonatale (2)
 - o L'absence de traçabilité de l'ensemble des entretiens avec les parents (1)

L'appel pour une césarienne en code rouge implique une sollicitation individualisée de chacun des professionnels, allongeant le délai d'appel. Le pédiatre est appelé 5 minutes après les autres professionnels et arrive 5 minutes après la naissance (1).

Une décision obstétricale dans un contexte pathologique n'est pas séniorisée (1).

Enfin, un dispositif de soutien des professionnels est disponible, mais ils n'y recourent pas (2).

4.3.2.1.5 Les facteurs liés à l'environnement de travail (4)

Ils concernent les fournitures et les équipements (2) :

- L'échographe n'est pas disponible à son emplacement habituel (1)
- La commande en urgence de Benzoate de Sodium indisponible dans l'établissement n'aboutit pas à sa livraison (1).

La charge de travail est élevée pour une sage-femme vacataire, dans un contexte de rupture utérine (1).

Une décision de césarienne sur un RCF plat est tardive (1).

4.3.2.1.6 Les facteurs liés à l'organisation / management (5)

Ils concernent :

- Le recours à de nombreux vacataires présents en pool (1)
- L'absence de formation systématique à la lecture des RCF et à la réanimation néonatale (1)
- Le décès néonatal n'est pas déclaré dans le système de déclaration interne de l'établissement (2)
- L'absence d'analyse des délais d'extraction fœtale en code rouge (1).

⁴³ L'entretien prénatal précoce – 1000 premiers jours

4.3.2.1.7 Les facteurs liés au contexte institutionnel (6)

Les décès néonataux inattendus ne sont pas déclarés sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables (3).

Le décès évalué « probablement évitable » n'est pas déclaré (3).

4.3.2.2 Les actions d'amélioration (56)

4.3.2.2.1 L'amélioration de l'évaluation du niveau de risque de la grossesse et du parcours ville-hôpital (7)

Il s'agit de :

- Formaliser les indications / contre-indications d'un accouchement dans le centre périnatal de type I (1)
- Améliorer le taux de patientes ayant bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce (1)
- Faciliter l'accès à l'information (5) :
 - o Organiser la disponibilité des informations du suivi prénatal (2)
 - o Améliorer l'accès à l'avis spécialisé saisi dans le dossier patient (1)
 - o Intégrer les informations de l'Entretien Prénatal Précoce dans le dossier patient et de la préparation à la naissance (2).

4.3.2.2.2 Sécuriser la prise en charge obstétrico-pédiatrique dans le centre périnatal (25)

L'organisation de la continuité de soins concerne (2) :

- En hospitalisation : définir l'organisation des soins en cas d'activité élevée en salle de naissance (1)
- Discuter l'organisation de la prise en charge d'une urgence maternelle concomitamment d'une réanimation néonatale aux horaires de nuit. (1).

Concernant l'obstétrique (16) :

- La prise en charge de la pathologie (6)
 - o Formaliser / réviser le protocole de surveillance et de prise en charge de l'HTA en fin de grossesse, selon les recommandations de bonnes pratiques (2)
 - o Protocoler les modalités d'utilisation du bain pendant le travail et ses contre-indications (1)
 - o Réviser le protocole de maturation du col, en tenant compte des vulnérabilités fœtales et maternelles (1)
 - o Rappeler les indications de prescription d'ocytocine (1)
 - o Organiser l'information orale / écrite aux patientes de consulter en urgence en cas de réduction de MAF (1).
- Le RCF (3) :
 - o Inscrire les professionnels à la formation à la lecture du RCF du DSRP, y compris les professionnels du pool de vacataires (2)
 - o Assurer la surveillance du RCF lors de la pose de la péridurale (1).
- La césarienne en code rouge (3) :
 - o Systématiser la traçabilité de l'heure de la décision de césarienne, et l'heure de la naissance (1)
 - o Analyser les délais d'extraction en code rouge en vue d'améliorer les pratiques (1)
 - o Sensibiliser les anesthésistes à la traçabilité dans le dossier patient (1).

- La décision pluridisciplinaire (2) :
 - o Formaliser un protocole de surveillance de fin de grossesse en incluant la prise en charge de l'HTA et les critères de discussion du dossier en staff pluridisciplinaire (1)
 - o Rappeler l'algorithme décisionnel de demande d'avis lors de la conduite du travail (1).
- Le matériel (2)
 - o Examiner les possibilités d'appel centralisé permettant l'appel unique des professionnels concernés (1)
 - o Organiser la disponibilité de l'échographe en SDN (1).

Concernant la pédiatrie (7) :

- La conduite de la réanimation néonatale (4) :
 - o Formaliser un support de traçabilité de la réanimation néonatale facilitant la prise en compte des délais (1)
 - o Intégrer la réanimation néonatale avec simulation au plan de formation, y compris pour le pool de vacataires (2)
 - o Communiquer les recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge infectieuse à la naissance (1)
- Les explorations étiologiques : discuter les possibilités d'étude de la coagulation fœtale avec les parents, devant leur refus d'autopsie fœtale (1)
- Rédiger une procédure de prescription et administration du Benzoate de Sodium et l'ajouter à la dotation de la pharmacie (1)
- L'accueil des vacataires : identifier les gestes d'urgence pour lesquels les vacataires ne sont pas à l'aise dès leur accueil et en informer les professionnels concernés (1).

4.3.2.2.3 Fiabiliser la recherche étiologique (12)

Les actions concernent :

- L'autopsie fœtale (4) :
 - o Faciliter la présentation des bénéfices de l'autopsie fœtale aux parents, à l'aide d'un document d'information / guide de conduite d'entretien destiné aux professionnels (1)
 - o Organiser un webinar d'information sur l'autopsie fœtale (1)
 - o Cartographier la disponibilité des laboratoires de fœtopathologie sur le territoire (1).
 - o Identifier le circuit d'analyse anatomocytologique du placenta (1)
- L'anatomocytologie placentaire, avec l'identification du circuit d'examen anatomocytologique du placenta selon les indications de l'examen, y compris selon sa provenance du bloc ou de la salle de naissance (2)
- La mise en place d'une consultation de synthèse informant des préconisations pour une grossesse ultérieure (2)
- Le protocole d'exploration de l'étiologie du décès néonatal, en sécurisant la complétude des examens complémentaires indiqués et en facilitant la traçabilité de la recherche étiologique en distinguant les examens prescrits des examens refusés (4).

4.3.2.2.4 La démarche d'amélioration (11)

Elle concerne :

- Le soutien des professionnels avec l'encouragement à recourir au dispositif de soutien à la suite d'un EIGS et la discussion de son adéquation aux besoins des professionnels (2)
- L'analyse de l'évènement en tant que démarche apprenante (7) :
 - o Déclarer l'évènement sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables (3)
 - o Décider de la typologie des évènements périnataux à déclarer dans le système interne de gestion des risques, et déclarer l'évènement (2)
 - o Organiser une RMM conjointement avec le SAMU pédiatrique en cas de délai allongé pour accéder à un transfert (1)
 - o Intégrer la traçabilité de la communication avec la patiente à la procédure EIGS (1).
- L'évaluation (2) :
 - o Auditer la remise du Compte-Rendu d'Hospitalisation à la patiente à sa sortie d'hospitalisation (1)
 - o Auditer la traçabilité des pertes sanguines lors des hémorragies obstétricales (HPP, Rupture utérine, etc.) (1).

4.3.2.2.5 Les actions concernant la cotation du PMSI (1)

Afin de sécuriser le codage du PMSI, la diffusion du guide de cotation des situations de décès périnataux est à organiser (1).

4.3.2.2.6 Partager les améliorations sur le territoire (3)

Le DSRP assure la responsabilité des actions généralisables au niveau du territoire, soit :

- Faciliter la présentation des bénéfices de l'analyse en fœtopathologie aux parents, à l'aide d'un document d'information / guide de conduite d'entretien destiné aux professionnels (1)
- Organiser un webinaire d'information sur le bénéfice de l'autopsie fœtale (1)
- Cartographier la disponibilité de laboratoires de fœtopathologie sur le territoire (1).

4.3.2.3 L'évitabilité

Parmi les 11 décès néonataux précoces (dont 5 décès attendus), 4 sont évalués comme « évitables » ou « probablement évitables »⁴⁴.

4.3.2.4 Les barrières qui n'ont pas fonctionné (10)

En prénatal, les barrières qui n'ont pas été mobilisées sont l'évaluation du niveau de risque obstétrical qui n'est pas en adéquation avec le lieu de naissance (1)

⁴⁴ Art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016)

En per natal, les barrières à mobiliser sont (7) :

- En obstétrique (5) :
 - o La surveillance des situations pathologiques (3) :
 - En fin de grossesse (1)
 - En service de grossesses à haut risque, en HAD (2)
 - L'interprétation du RCF (1)
 - La séniorisation de l'avis (1).
 - o Les indications de prescription de dinoprostone ou d'ocytocine (2)
- En pédiatrie, l'appel du pédiatre en anticipation (2).

En postnatal, la conformité de la réanimation néonatale n'est pas assurée (2).

4.3.3 Conclusion

La prise en charge de la pathologie en fin de grossesse est un axe d'amélioration notamment pour l'HTA et ses complications, incluant la surveillance et les délais d'extraction pendant l'hospitalisation.

L'accès aux informations de l'exploration étiologique du décès interroge tant pour la conduite du projet expérimental que pour les possibilités de préconisations en vue d'une grossesse ultérieure.

Enfin, la conduite de la réanimation néonatale est toujours un axe d'amélioration. Les décès en réanimation néonatale en type III faisant suite à un transfert, renforcent l'intérêt d'analyser les encéphalopathies anoxo-ischémiques.

4.4 Les IMG

Seule 1 IMG à 37SA pour polymalformation a fait l'objet d'une étude de cas.

Le terme tardif s'explique par les délais d'investigation du centre périnatal de type III.

Devant la nature attendue du décès, sa seule analyse ne présente pas d'intérêt à être détaillée.

5 Etude de faisabilité

Cette étude expérimentale conduite de mars 2024 à février 2025, permet d'identifier des facteurs clefs de la réussite de l'analyse systématique des décès périnataux, permettant d'éclairer sur différents modèles de déploiement possibles, en vue d'une généralisation du dispositif.

Ce projet est ambitieux. Il est sensible pour les professionnels des centres périnataux qui acceptent l'analyse des EIGS qui les concernent ou qui pourraient les concerner, et d'en partager les causes. Il est complexe à déployer pour les DSRP qui doivent identifier l'organisation au plus près des besoins et des possibilités de leur territoire, dans la confiance et le respect de la méthode.

5.1 Un management adapté

5.1.1 Le pilotage de l'ARS

L'étude expérimentale est pilotée par l'ARS DOS IDF, avec l'appui de la STARAQS et de l'unité OPPaLE- EPOPé pour le conseil scientifique.

Si le pilotage du projet initié dans les 2 DSRP MYPA et PERINAT IF SUD pourrait s'alléger ou s'organiser en interne, la question du pilotage dans les DSRP qui n'ont pas initié la dynamique se pose.

5.1.2 Le rôle des DSRP

La stratégie de déploiement du projet au sein du DSRP doit s'élaborer conjointement avec leurs instances, dans une démarche volontaire des centres périnataux.

L'organisation de l'animation des RMM par un médecin ou mieux, par un binôme médecin - sage-femme coordinatrice en maîtrise de la méthode, de ses objectifs et de ses principes sont essentiels à sa réussite.

Aussi, la maîtrise de la conduite de l'analyse approfondie préalablement acquise à MYPA, est en cours de consolidation à PERINAT IF SUD.

Enfin, un centre périnatal type III porteur, ou à minima accueillant favorablement la démarche est un atout essentiel pour le déploiement du projet. La spécificité du positionnement du président de MYPA qui est aussi praticien dans le centre périnatal de type III est un atout permettant un portage exceptionnel de l'étude expérimentale.

5.1.3 Un réseau de référents du projet dans chaque centre périnatal

Le binôme obstétrico-pédiatrique est essentiel au déploiement du projet et à sa poursuite dans le temps, avec des missions clairement définies :

- L'identification des cas et la communication des données
- L'invitation des professionnels en interne à la RMM

- La préparation du support d'analyse de la RMM selon l'organisation définie
- La validation en interne de la synthèse de la RMM
- La vérification de l'exhaustivité des cas identifiés

5.2 Les ressources humaines - Le temps dédié à l'étude expérimentale

Le temps nécessaire à la mise en œuvre du projet de revue systématique des décès périnataux est décrit selon les phases du projet et les acteurs concernés⁴⁵.

Après le temps de coordination du lancement du projet (5h), les choix suivants affectent la répartition du temps de travail de 2h30 à 3h40 /RMM selon :

- L'affectation de la tâche de préparation du support d'analyse de la RMM (2h / RMM) au DRSP ou au référent du centre périnatal
- Le support de synthèse de la RMM utilisé et ses modalités de validation

5.2.1 Le temps nécessaire selon les phases du projet

Le pilotage du projet en COPIL, la coordination au sein des DSRP et la communication en comité scientifique des DSRP est évalué à 12h par personne.

Chaque RMM nécessite en moyenne 2h30 à MYPA et 3h40 à PERINATIF SUD, qui se répartissent comme suit :

- La planification, la préparation des RMM incluant la récupération des dossiers, la synthèse (rédaction, validation, adressage) par les coordinatrices sage-femme du DSRP.
 - o MYPA : 1h20 / RMM. Le compte-rendu de la RMM sollicité par l'ARS est rédigé au fil de la RMM et validé en séance.
 - o PERINAT IF SUD : 1h10 / RMM. La synthèse intermédiaire de la RMM correspondant aux critères de la grille ALARM est transmis pour validation après la RMM.
- La préparation du support d'analyse nécessite en moyenne 2h / RMM.
- L'animation de la RMM nécessite en moyenne de 1h / cas, de 15 minutes à 2h selon la complexité du cas. La moyenne d'analyse d'un cas par MYPA est de 40 minutes, et de 1h10 à PERINAT IF SUD. Les décès attendus sont analysés en moins de 30 minutes.
- La saisie des causes profondes sur la plateforme dédiée : la saisie des causes profondes des événements selon la grille ALARM implique un traitement des données du compte-rendu adressé à l'ARS en 20 minutes / RMM à MYPA. Pour PERINAT IF SUD, il s'agit d'une saisie de la synthèse de la RMM déjà formalisée en quelques minutes / RMM.

⁴⁵ Cf. Annexe 3 : Synthèse de la répartition du temps consacré

5.2.2 Le temps nécessaire selon les acteurs

5.2.2.1 Le temps nécessaire à la STARAQS

Les 260h de travail de la STARAQS incluent le temps de :

- Coordination de l'étude avec l'ARS (24h)
- L'appui aux DSRP
 - o Les attentes et les besoins exprimés par PERINAT IF SUD impliquent un appui conséquent en vue d'une démarche d'apprentissage de la conduite de RMM, avec 105h dédiées
 - o Les besoins exprimés par MYPA qui est autonome pour la conduite des RMM comptabilisent 14h d'appui.
- La mise à disposition d'un accès aux données de recueil et la réalisation des documents dédiés comptabilisent 70h de travail et le rapport de l'étude 50h.

5.2.2.2 Le temps nécessaire aux DSRP

Pour MYPA, la sage-femme coordinatrice et le Président répartissent le temps suivant à la conduite du projet :

- Le pilotage du projet est estimé à 19h
- Les 14 RMM nécessitent 2h30 / RMM
- Le Président de MYPA assure à des fins pédagogiques, la préparation des supports d'analyse des 9 RMM concernant le centre périnatal dans lequel il exerce, représentant 2h / RMM

Pour PERINAT IF SUD :

- Le pilotage du projet est estimé à 19h
- Les 22 RMM nécessitent 3h40 / RMM, incluant la préparation du support d'analyse pour chacune

5.2.2.3 Le temps nécessaire au référent du centre périnatal

La saisie des données du cas sur la plateforme dédiée nécessite un temps moyen de 15 minutes / cas, auquel s'ajoute la durée de la RMM, soit 40 minutes à MYPA, ou 1h10 à PERINAT IF SUD, et la coordination de la validation de la synthèse de la RMM avec les professionnels concernés.

5.2.2.4 Le temps nécessaire aux professionnels acteurs de la prise en charge et aux invités à la RMM

Ces professionnels participent à la RMM d'une durée de 40 minutes à MYPA, ou 1h10 à PERINAT IF SUD.

5.3 Les moyens matériels

5.3.1 La disponibilité et l'utilisation de la plateforme sécurisée de saisie des données

L'année d'utilisation de la plateforme confirme son bon usage et son adéquation aux besoins de l'étude.

Les référents des centres périnatals n'ont pas fait remonter de difficultés d'accès ou de saisie des données sur la plateforme.

Un doublon de saisie de cas est identifié et corrigé dans 2 cas, invitant à la coordination entre les référents des centres périnatals.

5.3.2 L'enregistrement des données

5.3.2.1 L'exhaustivité de la saisie des données sur la plateforme dédiée

100% des cas étudiés en RMM sont saisis sur la plateforme.

La saisie des données est très satisfaisante dans 80% des cas. Les données manquantes concernent essentiellement la méconnaissance des prescriptions des explorations pour la recherche étiologique du décès.

L'étude des données est basée sur la saisie par les référents des centres périnatals des informations sur la plateforme dédiée à l'étude, concernant les informations du dossier de la patiente. La fiabilité de ces données saisies n'a pas été contrôlée.

Devant le nombre de cas étudiés, les chiffres issus de l'étude des données n'ont pas de valeur statistique.

5.3.2.2 Les supports d'analyse approfondies

Les 3 supports de présentation de RMM spécifiques à la mort fœtale, au décès néonatal et à l'IMG sont systématiquement utilisés pour les RMM à PERINAT IF SUD, sauf pour 1 RMM dont la présentation a été réalisée par le néonatalogue selon son support habituel. Cette pratique est bien entendu à encourager dans une perspective d'autonomie des professionnels des centres périnatals.

A MYPA, le support de RMM étant préparé par le référent du centre périnatal, l'utilisation des supports spécifiques n'est pas systématique, les professionnels préférant souvent utiliser leurs propres outils.

5.3.2.3 Le compte-rendu de RMM

Le modèle de compte-rendu adressé à l'ARS basé sur les données de la mission exploratoire de la FFRSP, complété de données spécifiques à l'IDF, ne renseigne cependant pas l'intégralité des informations du « volet 2 » sollicité dans le cadre des signalements sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables. La notion d'évitabilité, les barrières et les précisions concernant les actions d'amélioration destinées à

faciliter leur mise en œuvre sont contributives. C'est la raison pour laquelle ces informations sont intégrées dans le support d'analyse type proposé et dans la plateforme dédiée à l'étude. Ils sont à l'usage du DSRP avec cependant la contrainte d'une double saisie sur la plateforme et / ou sur le compte-rendu de RMM.

5.3.3 Les invités et un lieu de réunion pour la RMM

L'étude expérimentale montre que s'il existe des freins au partage de l'analyse approfondie avec d'autres professionnels que ceux qui sont concernés par l'EIGS analysé, l'ouverture aux professionnels du DSRP est favorablement accueillie après les premières RMM réalisées.

La réunion en présentiel sur un site déterminé, dans les locaux du DSRP pour PERINAT IF SUD ou du type III pour MYPA est essentielle à la cohésion du projet. Le déploiement du projet dans un 3^{ème} DSRP expérimente la tenue de la RMM dans les locaux du déclarant du cas analysé.

La possibilité de visioconférence s'impose pour limiter les contraintes et favoriser la participation des acteurs, mais aussi celle des professionnels intéressés par la démarche apprenante.

5.4 La RMM

5.4.1 L'identification des causes profondes

La conduite des RMM est un facteur essentiel du succès du projet, dans le respect de ses objectifs et de ses principes. La maîtrise de son animation nécessite un temps d'appropriation et s'acquière avec l'expérience.

5.4.2 La préconisation de signalement d'EIGS

Lors de la RMM, une préconisation de signalement est donnée, afin de répondre à l'obligation réglementaire de signalement et afin de partager les informations de l'analyse approfondie réalisée.

L'information de la déclaration d'un évènement sur le portail est difficile à obtenir, illustrant la méconnaissance du circuit spécifique et le déficit d'information entre les directions de la qualité et les professionnels dans les services.

5.5 L'analyse des données et le bilan : des indicateurs de suivi et le bilan annuel

5.5.1 Les indicateurs quantitatifs

Les indicateurs qui s'imposent concernent le nombre de RMM réalisées, la participation des professionnels impliqués, le nombre de signalements de cas pour chaque centre périnatal,

les actions validées, l'évitabilité de l'évènement, et les EIGS signalés sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables.

5.5.2 Les indicateurs qualitatifs

Ils concernent les causes profondes identifiées et les actions en lien, tracées dans la synthèse de la RMM.

5.5.3 Le bilan annuel

L'appui de la STARAQS inclut la rédaction du bilan de l'étude expérimentale.

La pérennisation du projet pourrait inviter à intégrer son bilan au rapport annuel du DSRP.

6 Conclusion

Avec le soutien de l'ARS IDF, la coopération entre MYPA, PERINAT IF SUD et la STARAQS a permis l'expérimentation de la systématisation de l'analyse approfondie des décès périnataux. Cette démarche a été conduite dans une dynamique constructive, collective et pluriprofessionnelle, dans le respect de la méthodologie structurée des RMM réalisées avec la participation des acteurs impliqués.

Seule une étude expérimentale ne pourrait, dans un délai aussi court, permettre de mesurer l'atteinte de l'objectif de réduction de la mortalité périnatale.

Au cœur de cette dynamique, les DSRP conduisent des actions d'amélioration partagées avec les autres acteurs du territoire, qui devront être consolidées et s'étendre sur quatre axes principaux :

- La mesure de l'exhaustivité des cas identifiés afin de stabiliser les données statistiques. L'implémentation du registre national de la mortalité infantile à venir contribuera à la consolidation des indicateurs 2024 du SESAN et de l'ARS IDF.
- L'incitation à la déclaration des EIGS sur le portail national de signalement des événements sanitaires, afin de partager les conclusions des causes profondes au niveau régional et national.
- Une priorisation des événements inattendus afin d'optimiser l'efficacité nécessaire à la pérennisation de l'étude.
- Le suivi de l'effectivité de la mise en œuvre des actions de sécurisation retenues.

L'étude de faisabilité de l'expérimentation retrouve 2 approches différentes entre MYPA et PERINAT IF SUD, aussi bien dans leur stratégie que dans leur organisation. Elles éclairent sur les facteurs déterminants et les freins rencontrés sur le terrain, dont il faudra tenir compte pour un déploiement au-delà des 2 DSRP engagés. Dans le respect de ces spécificités propres à chaque DSRP, la STARAQS accompagne pour l'année 2025 le « Réseau Périnatal du Val d'Oise » (RPVO) à déployer le projet dans le Val d'Oise.

L'analyse approfondie d'un événement en cas de décès est une obligation et semble évidente. Pour autant, elle rencontre des difficultés lors de sa mise en œuvre dans la réalité du quotidien des professionnels et des services. Ils ont pu cependant apprécier l'intérêt du partage du recueil, de l'analyse et des améliorations pluri professionnellement identifiées autour d'une pratique harmonisée. Cette démarche facilite aussi une prise de recul des professionnels eux-mêmes éprouvés par l'évènement.

Devant les freins au signalement des EIGS sur le portail national rencontrés au fil de l'année, la dynamique du projet a permis d'évoluer vers l'amélioration de la culture de sécurité. La poursuite du projet à MYPA et à PERINAT IF SUD les conduit à porter une vigilance particulière à la reconnaissance des décès en tant qu'EIGS.

Les données recueillies interrogent la totalité du parcours en périnatalité, incluant le projet de naissance, la santé maternelle, le suivi de la grossesse, l'accouchement et la prise en charge du nouveau-né.

Ainsi, les interfaces ville-hôpital-ville sont un point de vigilance à retenir car elles font l'objet de nombreuses pertes d'informations essentielles. Elles impactent d'une part l'évaluation du niveau de risque obstétrical en vue de sécuriser la fin de la grossesse, et d'autre part, l'information à la patiente des préconisations en vue d'une grossesse ultérieure, incluant notamment l'exploration de l'étiologie du décès et la consultation de synthèse. Une implication et une participation plus active des professionnels du soins primaires mais aussi

des PMI dans la recherche et le partage des informations auprès des centres périnataux est un axe d'amélioration pour l'avenir.

Poursuivre l'identification des points critiques du parcours en périnatalité par le déploiement d'un outil d'évaluation des processus de soins et des organisations de type « parcours maternité traceur » incluant notamment la « sage-femme référente », permettrait de mieux identifier et diversifier les pistes de sécurisation dans une méthode bien acceptée par les professionnels.

De même, une évaluation de la culture de sécurité spécifique au parcours en périnatalité donnerait du sens à la poursuite de cette étude expérimentale, pour tous les professionnels engagés dans cette démarche de sécurité, et réduire ainsi la mortalité périnatale en Île-de-France.

Remerciements

Nous remercions le Dr Catherine CRENN-HEBERT, référente en périnatalité à l'ARS IDF, d'avoir fait confiance à la STARAQS en nous confiant ce projet expérimental.

Nous remercions très sincèrement les DSRP MYPA et PERINAT IF SUD qui, par l'intermédiaire de leurs Présidents, le Dr Thibaud QUIBEL et le Dr Michèle GRANIER, et des sage-femmes coordinatrices, Camille BOUYER et Isabelle HAMANT, ont osé s'investir dans ce projet expérimental dans une dynamique ambitieuse et soutenante au sein de leur réseau.

Nous sommes très reconnaissants d'avoir partagé les analyses des décès périnataux avec les centres périnataux, et particulièrement les référents de l'étude qui sont les acteurs essentiels du projet sans lesquels il n'aurait pas de sens, dans ce contexte douloureux pour les parents et les professionnels.

Enfin, nous remercions les professionnels conviés aux RMM, acteurs de santé sur le parcours de prise en charge pour leur participation à l'analyse approfondie de l'évènement qui les a concernés.

Dr BONFAIT - Directeur médical

Hanna CHAS - Sage-femme coordinatrice, Ingénieure qualité gestion des risques

Rémi WINDECK, chargé de mission

Pour citer ce rapport : H. CHAS, H. BONFAIT, « Améliorer les connaissances sur la mortalité périnatale en vue de la réduire - Etude 2024 », 2025 - STARAQS - <https://dev.staraqs.com/etiquettes-de-theme/risque-perinatal/>

Bibliographie

- Cinelli H, Lelong N, Le Ray C. Enquête Nationale Périnatale : Rapport 2021 - <https://enp.inserm.fr/>
- Circulaire interministérielle n° DGCL/DACS/DHOS/DGS/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. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/29111>
- Clavel B, Dupont C, Perrotin C, Barbier A, Blaise Kopp F, Gaucher J, et al. L'intervention des sciences humaines en psychologie et en éthique dans les revues de morbi-mortalité en obstétrique. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction 2013 ;42(4):383-92.
- Crenn-Hebert C, Menguy C, loos T, Anzelin L, Loyeau A, Hanf M - Rapport annuel du système d'information Périnat ARS-IF PMSI - ARS IDF - SESAN. 2023. https://www.sesan.fr/wp-content/uploads/2019/07/rapport_perinat_2021.pdf
- FFRSP - ATIH. Fiches de codage PMSI en périnatalité - Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) avec la collaboration de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). 2022. <https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2022/07/Fiches-de-codage-PMSI-en-perinatalite.pdf>.
- HAS - Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus chez les nouveau-nés - 2025. https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/rapport_analyse_eigs_nouveau_nes_vd.pdf
- HAS. Évaluation et amélioration des pratiques, Revue de mortalité et de morbidité (RMM), Guide méthodologique http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf 2009 ; Novembre.
- INSEE. Mortalité infantile par département et région: Séries depuis 1990 2014 ; http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-dedonnees/irweb/sd2011/dd/excel/sd2011_p2d_fe.xls.
- Instruction n° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021 relative à la mise à jour des modalités d'enregistrement des mort-nés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la production des indicateurs de mortinatalité en France et leur transmission réglementaire ainsi que les modalités des contrôles de leur qualité.
- Koshida S, Ono T, Tsuji S, Murakami T, Takahashi K. Recommendations for preventing stillbirth: a regional population-based study in Japan during 2007-2011. The Tohoku journal of experimental medicine 2015 ; 235(2) :145-9.
- Kurinczuk JJ, Draper ES, Field DJ, Bevan C, Brocklehurst P, Gray R, et al. Experiences with maternal and perinatal death reviews in the UK--the MBRRACE-UK programme. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology 2014 ; 121 Suppl 4:41-6.
- Perinatal Confidential Enquiry: A comparison of the care of Asian, Black and White women who have experienced a stillbirth or neonatal death - December 2023
- STARAQS - Déclaration d'Évènements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGS) - Enquête auprès des maternités d'Île-de-France - 2023

Glossaire

- ALARM : Association of Litigation And Risk Management
- ARS : Agence Régionale de Santé
- BVR : Bilan Vasculo-Rénal
- CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français
- DMP : Dossier Médical Partagé
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DOS : Direction de l'Offre de Soins
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DROM : Département et Région d'Outre-Mer
- DSRP : Dispositif Spécifique Régional en Périnatalité
- EIGS : Evènement Indésirable Grave associé aux Soins
- ENP : Enquête Nationale Périnatale
- FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HAS : Haute autorité en Santé
- HRP : Hématome Rétro-Placentaire
- HTA : Hyper Tension Artérielle
- IDF : Île-de-France
- IMG : Interruption Médicale de Grossesse
- INS : Identité Nationale de Santé
- INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM : L'Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MAF : Mouvements Actifs Fœtaux
- MYPA : Réseau Maternité en Yvelines et Périnatalité Active (DSRP sur les Yvelines)
- PAG : Petit pour l'Age Gestationnel
- PERINAT IF SUD : DSRP sur le territoire de l'Essonne et sud Seine et Marne
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- PRS : Programme Régional de Santé
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
- RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité
- SA : Semaines d'Aménorrhées
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAPL : Syndrome des Anti Phospholipides
- SDN : Salle De Naissance
- SFN : Société Française de Néonatalogie
- SPF : Santé publique France
- STARAQS : STructure d'Appui Régionale à la Qualité et la Sécurité des Soins

ANNEXES

1. Centres périnataux impliqués dans l'étude expérimentale
2. Compte-rendu de RMM sollicité par l'ARS
3. Synthèse de la répartition du temps consacré

ANNEXE 1 :

Centres périnatals impliqués dans l'étude expérimentale

1. MYPA

- Centre Hospitalier de Mantes-la-Jolie
- Centre Hospitalier de Meulan - les Mureaux
- Centre Hospitalier de Rambouillet
- Centre Hospitalier de Versailles
- Centre Hospitalier Intercommunal Poissy - Saint Germain-en-Laye
- Clinique Saint-Germain-en-Laye
- Hôpital Privé de l'Ouest parisien
- Hôpital Privé de Parly II
- Hôpital Privé de Versailles

2. PERINAT IF SUD

- Centre Hospitalier d'Arpajon
- Centre Hospitalier de Fontainebleau
- Centre Hospitalier de Longjumeau
- Centre Hospitalier de Melun
- Centre Hospitalier de Montereau
- Centre Hospitalier d'Orsay
- Centre Hospitalier du Sud Francilien
- Centre Hospitalier Sud Essonne - Etampes
- Clinique de l'Essonne
- Clinique de l'Yvette
- Clinique du Mousseau CMCO
- Hôpital Privé Claude GALIEN

ANNEXE 2



Amélioration des connaissances et réduction de la mortalité périnatale 2024

Conclusion de l'analyse

1. → Généralités

Revue de cas ou RMM → → N°

Modalités de réunion : → Visio Présentiel

Indication de la RMM ou cas : → IMG → MFIU → DC per-partum

→ → → → DC néonatal précoce

Notion de décès attendu : → Oui → Non

Délai de traitement de l'analyse (date de l'évènement - date d'analyse) (en jours) :

Présence des équipes concernées par le cas : → Oui Non → En partie

Référent(s) métier présent(s) à la RMM : → GO Pédiatre MAR SF Foetopathologie

Durée de traitement du cas (en minutes) :

Outil utilisé : → → → Fiche de déclaration Support de présentation

2. → Identification de causes profondes → → → → Oui → Non

Si oui, dysfonctionnement(s) liée(s) :

➤ → Patient (barrière linguistique, vulnérabilité, compliance...) Oui → Non
Préciser :

➤ → Aux professionnels de santé

➤ → Expérience, compétences, titulaires → → Oui → Non

➤ → Respect des recommandations... → → Oui → Non

Préciser :

➤ → A l'environnement de travail (équipe, communication...) → Oui → Non

Préciser :

➤ → Aux méthodes employées (existences de protocoles...) → Oui → Non

➤ → Les protocoles sont adaptés et disponibles → Oui → Non

➤ → Les protocoles sont respectés → → → Oui → Non

Préciser :

➤ → Aux matériels utilisés → → → → → Oui → Non

Préciser :



Amélioration des connaissances et réduction de la mortalité périnatale 2024

3. → Le plan d'actions → → → → → →

- → Formations → → → → → → → Oui → Non
- → Rappel de recommandations → → → → → → → Oui → Non
- → Établissement de protocole → → → → → → → Oui → Non
- → Réorganisation interne → → → → → → → Oui → Non
- → Autres, précisez :

4. → Codage PMSI/ Déclaration Etat-civil (voir document d'aide Validé par Groupe Indicateurs FFRSP le 28/01/2025)

- → Erreur de codage : → → → → → → → Oui → Non

Si oui :

- → Classement du type de décès erroné → → → → → → → Oui → Non
- → Si oui, pourquoi :
- →
- → Eléments obligatoires manquants → → → → → → → Oui → Non
- → Si oui, le(s)quel(s) :

5. → Recherche de cause conformément aux recommandations de bonne pratiques (CNGOF 2024)

Si oui :

- → Analyse foetopathologie placentaire :
 - → Indiqué et réalisé → Indiqué et non réalisé : motif : → → Non indiqué
- → Autopsie en foetopathologie
 - → Indiqué et réalisé → Indiqué et non réalisé : motif : → → Non indiqué
- → Autopsie virtuelle
 - → Indiqué et réalisé → Indiqué et non réalisé : motif : → → Non indiqué
- → Bilan infectieux
 - → Indiqué et réalisé → Indiqué et non réalisé : motif : → → Non indiqué
- → Cytogénétique
 - → Indiqué et réalisé → Indiqué et non réalisé : motif : → → Non indiqué

6. → Consultation post-natale pour retour des résultats du bilan aux parents : Oui Non

7. → Information des parents sur l'enquête (trace dans le dossier) : Oui Non

ANNEXE 3 : Synthèse de la répartition du temps consacré au déploiement de l'étude

		Organisation des RMM						Gestion projet				TOTAL (heures)	
		Nb RMM	Support RMM	RMM	Dossier	Synthèse RMM	Saisie ALARM	Coordination et communication		Elaboration Supports	Rapport rédaction relecture		
								Pilotage ARS	Pilotage DSRP				
STARAQS	Supports / Rapport									70	50	120	263
	Pilotage							24				24	
	Appui MYPA	14					20' / RMM = 4,6		20			14	
	Appui PERINAT IF SUD	22	1h/RMM = 22h	6 déplacements à 2 prof = 30h 22 RMM à 1h10 = 25h		40' / RMM = 14,6h	10 / RMM = 3,6					105	
MYPA	Sage-femme coordinatrice	14		40' / RMM = 9,3h	1h20 / RMM		30' / RMM	12h	7h		2h	2h30 / RMM	34h
	Président		2h/9 RMM = 18h				12h	7h		2h	2h30 / RMM + 18h	61h	
PERINAT IF SUD	Sage-femme coordinatrice	22	2h	1h10	20	10		12h	12h		2h	3h40 / RMM	87h

