

— **Projet RéMI**

→ **R**éduction de la **M**ortalité **I**nfantile et périnatale en Ile-de-France

Présentation à la Conférence territoriale de Seine-Saint-Denis

16 décembre 2015

Chef de projet : Anne-Gaëlle DANIEL

Appui médical et territorial: Dr Laurence DESPLANQUES

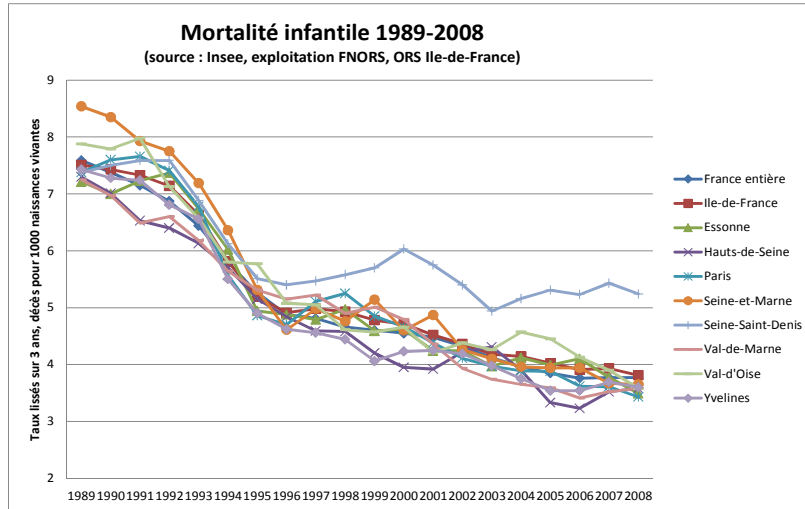
XXXX/XX

— **Un projet régional porté par l'ARS**

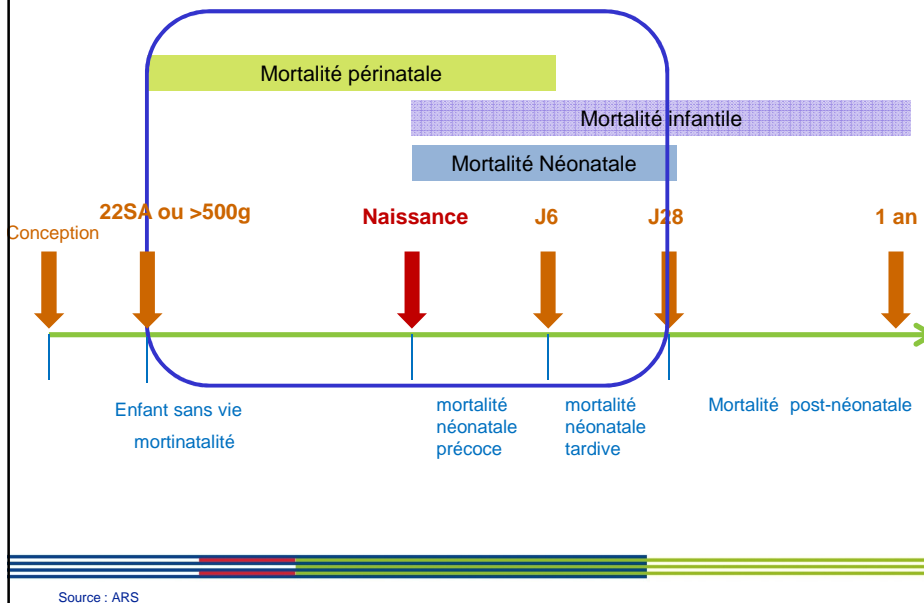
- **Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** = priorité majeure de l'ARS
- **Santé périnatale** = enjeu de santé particulier pour l'Ile-de-France avec des indicateurs moins favorables que les indicateurs nationaux
- Un indicateur préoccupant : le **taux de mortalité infantile** en Ile de France est supérieur au taux national
 - **3.3**/1000 naissances vivantes en France
 - **3.7**/1000 naissances vivantes en Ile de France

Sources : Insee ; exploitation FNORS, ORS-IDF - Moyenne sur 3 ans (2011, 2012, 2013)
- **Engagement de l'ARS** sur un objectif de rattrapage de la situation francilienne par rapport au niveau national = **Mise en place du projet RéMI** sur la **Réduction de la Mortalité Infantile** en février 2012

Une évolution de la mortalité infantile défavorable en Ile-de-France et particulièrement en Seine-Saint-Denis



Le périmètre du projet RéMI en SSD



— Méthodologie de travail

Calendrier du projet : 2012 – 2016

Axe 1 : COMPRENDRE

- Pourquoi la mortalité périnatale est plus élevée en Seine-Saint-Denis que dans les autres départements franciliens ?
- Dans quelle mesure la situation socio-économique du département impacte l'état de santé des femmes et des enfants ?
- D'autres facteurs entrent-ils en ligne de compte de manière significative ?
- Quels sont les facteurs sur lesquels il sera possible d'agir ?
- Quels sont les écueils observés de l'action publique et comment y remédier

Axe 2 : AGIR

- *Comment les dispositifs et actions existants peuvent contribuer aux objectifs du projet ?*
- *Comment utiliser les connaissances déjà disponibles sur les facteurs de risques pour identifier de nouvelles pistes d'actions ?*
- *Comment les résultats de la recherche-action permettront d'affiner, recentrer ou réinventer les modes opératoires ?*

— Un programme de travail lancé dès 2013

- Un renforcement du **réseau périnatal NEF** par l'octroi de moyens financiers supplémentaires ;
- L'organisation par le réseau de périnatalité de **revues de morbi-mortalité** ville-hôpital autour d'évènements indésirables survenus dans les soins périnatals et liés à un défaut de coordination, d'organisation des soins ou de prise en charge ;
- Le financement d'un projet d'amélioration du **système d'information** en mortalité (NEMOSI) ;
- En partenariat avec la DRIHL-UT93, le financement par l'Agence d'actions de promotion de la santé mises en place au sein de **dispositifs d'hébergement** de femmes enceintes, et d'actions visant à améliorer les conditions de sortie de maternité des femmes au 115 (service d'orientation-SIAO),
- Une amélioration de l'**accès aux droits** par la mise en œuvre de procédures simplifiées par la CPAM93, notamment concernant les délais d'ouverture des droits pour les femmes non assurées en cours de grossesse et le rattachement des nouveau-nés à une couverture d'assurance maladie
- ...

Lancement du projet de recherche 2013-2015

Objectif :

Identifier les facteurs de risques les plus déterminants de la surmortalité périnatale observée en Seine-Saint-Denis / aux autres départements et régions françaises

Plusieurs composantes:

- Une analyse des bases de données existantes
- Un processus de consensus Delphi
- Un audit des cas de décès
- Une étude socio-anthropologique

Rappels des conclusions des analyses des bases de données disponibles (ORS-IDF / Inserm / CD93 / Périnat ARS)

Analyses de bases de données disponibles :

- INSEE - Etat civil - CépiDC - CIG - CSE - ENP2010 - PMSI

Un taux de **mortalité néonatale** élevé

- la **surmortalité** concerne l'ensemble des décès, quelle que soit leur cause
- taux de décès dont la **cause** est « **non définie** » est plus élevé en SSD

Un taux de **mortinatalité** élevé, qui stagne

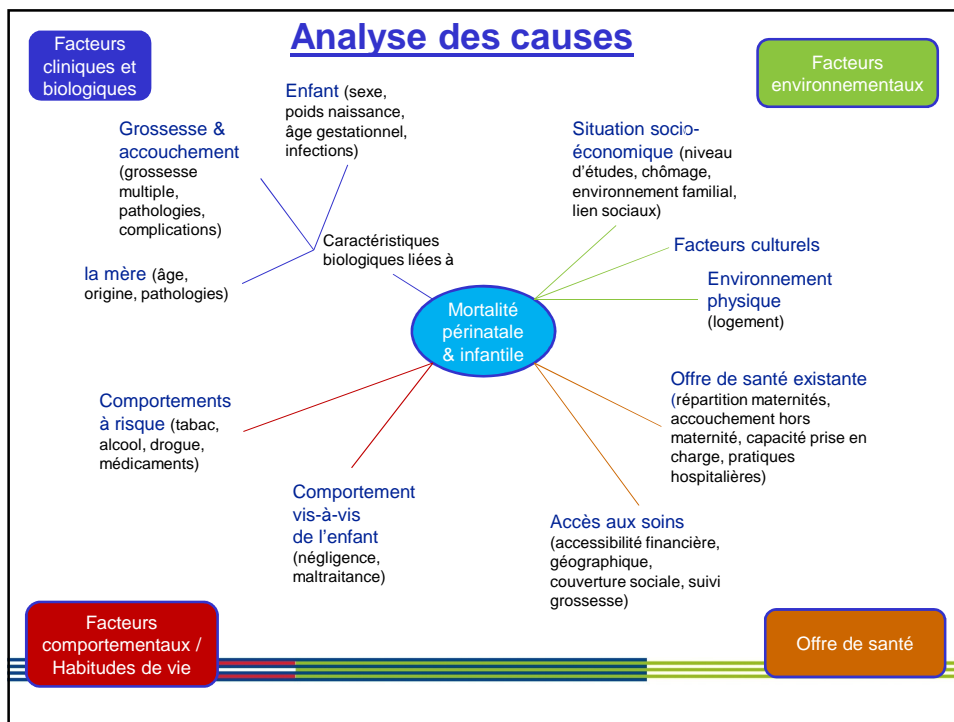
- concerne la mortinatalité spontanée (moins d'IMG en SSD)
- des morts fœtales spontanées très précoces (< 28 SA)

Un taux de grossesses « **mal suivies** » important : 18% vs 11% en IDF

- femmes de nationalité étrangère : 25% en SSD vs 25% en IDF
- femmes de nationalité française : 13% en SSD vs 7% en IDF

Un **contexte sociodémographique** défavorable

- un lien entre mortalité périnatale et taux de chômage de la commune de résidence



Volet épidémiologique : Audit des cas de décès - Méthode

Équipe Epopé de l'INSERM (J Zeitlin)

- Décès in utero, per partum et néonataux (<J28) parmi tous les accouchements enregistrés dans les maternités de SSD en 2014
- Expertise médicale du dossier par équipe de la maternité puis expertise par un panel d'experts extérieurs
- Objectifs :
 - Dénombrer et décrire
 - Identifier des facteurs sous-optimaux (= écart aux bonnes pratiques) dans la prise en charge
 - Étayer la réflexion sur l'évitabilité du décès
- Panel de comparaison : données ENP 2010 (Enquête Nationale Périnatale)
- **227 décès inclus: 156 mort-nés et 71 décès néonataux**
 - 218 femmes dont 75 ont accepté un entretien approfondi

L'audit des cas de décès en 2014 - Résultats

Caractéristiques des femmes et causes de décès

- Une part importante des morts fœtales in utero reste inexplicée (36%)
- Fréquence importante de décès à des termes très précoces 22-23SA
- 27% des décès liés à une pathologie vasculaire

Caractéristiques des femmes

- 29% des femmes présentaient des antécédents obstétricaux pathologiques et des maladies chroniques (vs 13% en pop témoin)
- 50% des femmes étaient en surpoids ou obèses avant la grossesse, avec un **impact important et indépendant de l'obésité et du surpoids sur le risque de mortalité périnatale** (OR ajusté de 2,2 et 1,8)
- Absence de droits sociaux ouverts = un facteur de risque important (OR ajusté de 4,2)
- 23% des dossiers mentionnent une situation sociale difficile, voire extrême

11

L'audit des cas de décès en 2014 - Résultats

Suivi des femmes enceintes

- Terme moyen de la 1^{ère} consultation = 7,5 semaines d'aménorrhée
- Pas de différence dans le nombre de consultations alors que profil médical plus complexe chez les femmes de l'audit
- 15% des femmes auraient besoin d'un interprète et 9% ont des problèmes de compréhension
- 50% de des femmes déclarent avoir rencontré au moins un problème d'accès aux soins (prise de rendez-vous, contraintes personnelles et professionnelles, raisons financières)

12

L'audit des cas de décès en 2014 - Résultats

Facteurs sous-optimaux en lien avec les décès

- 33% des décès jugés possiblement ou probablement évitables
- 75% des décès présentent au moins un **facteur sous-optimal** (écart aux recommandations de bonnes pratiques HAS ou sociétés savantes)
 - 50% des FSO = **réalisation des soins**
 - 30% des FSO = **organisation / coordination des soins entre structures** (relais-ville/hôpital et pec dans niveau de soins adapté)
- FSO mentionnés =
 - défaut de prise en charge hospitalière/ niveau de structure inadapté,
 - suivi insuffisant ou inadapté,
 - retard à la prise en charge,
 - problème de relai ville-hôpital,
 - manque d'informations médicales / traçabilité dans les dossiers
- Les femmes présentant un **diabète** ou une **pathologie hypertensive** avaient plus de FSO notés / ces décès étaient jugés plus souvent évitables
- L'inadéquation de niveau de prise en charge et l'organisation ou la réalisation du suivi des patientes diabétiques ou enceinte d'un enfant avec RCIU sont prépondérantes parmi les **décès jugés évitables**.

13

L'audit des cas de décès en 2014 - Résultats

Disponibilité et transmission / circulation des informations

- Peu d'autopsies = 1/3 des décès
- Beaucoup de données manquantes dans les dossiers médicaux sur le parcours obstétrical avant l'arrivée en maternité
- 50% des dossiers = données incomplètes sur parcours, résultats examens, suivi écho, absence examen d'anatomo-pathologie ou autopsie...

14

— Suivi ethnographique de femmes enceintes - Méthode

Observatoire du SAMU SOCIAL de Paris (Erwan Lemener, Raquel RICO)

- **1^{ère} étude** : Suivi au long cours de femmes enceintes vivant en Seine-Saint-Denis et se trouvant en situation de précarité sociale (accompagnements multiples dans des consultations médicales ou rendez-vous)
- **2^{ème} étude** : Enquête auprès de professionnels de la périnatalité sur leur activité et les problèmes auxquels ils peuvent être confrontés, entre autres en relation avec la précarité de certaines patientes

→ *Analyse d'une logique « de malentendus réciproques »*

15

— Suivi ethnographique de femmes enceintes - Résultats

— L'orientation dans le système de santé et l'importance de l'entourage

- **Interaction soignant-soignée médico-centrée**, qui laisse peu de place aux problèmes concrets rencontrés par les femmes (déclaration de grossesse, inscription en maternité)
- Espace très limité dans l'univers des soins pour l'**expression des doutes ou des inquiétudes** des patientes (peu de questions ouvertes)
- Participation à une **sociabilité féminine** = rôle fondamental dans l'entrée dans le suivi médical, l'orientation et le conseil de la future mère et contribue au bon respect des « prescriptions » médicales

16

Suivi ethnographique de femmes enceintes - Résultats

Des difficultés d'orientation et de compréhension accentuées en situation de précarité

- Problèmes de **communication** avec les professionnels d'autant plus saillants que les femmes ne disposent pas autour d'elles de tiers capables de traduire
- Poids des **difficultés administratives et financières** sur le suivi médical
- Parallèlement un manque de prise en compte des **problèmes du quotidien** dans les services de santé et les services sociaux (parcours de soins en forme de « jeu de l'oie »)

17

Suivi ethnographique de femmes enceintes - Résultats

Les ressorts de l'invisibilité de la précarité dans le suivi médical de la grossesse

- Des **professionnels démunis** pour repérer et prendre en compte des situations de précarité inquiétantes face à l'étendue et l'intensité des difficultés sociales présentées par les patientes de Seine-Saint-Denis, et face au manque de formation et de protocoles d'orientation
- La **précarité source d'épuisement** pour les professionnels dans un environnement de travail peu propice à la prise en compte des difficultés sociales des patientes

18

Suivi ethnographique de femmes enceintes - Résultats

La précarité comme fenêtre sur les difficultés générales des professionnels de santé

- Des **difficultés de travail plus générales** : cadences de travail importantes, insuffisant travail en réseau
- Une **répartition des tâches**, entraînant la prise en charge par les sages-femmes des « situations cliniques intermédiaires » et des dossiers complexes sur le plan social, non reconnue par l'institution
- Une **organisation des soins centrée sur la gestion des risques** : réalisation d'actes inutiles par précaution / décharge de responsabilité des soignants vers les patientes (pb d'accès aux soins)

19

Face à ces constats, l'ARS poursuit le travail de terrain de la façon suivante :

Mise en place d'ateliers de travail avec les acteurs et professionnels de Seine-Saint-Denis :

Atelier 1 : Améliorer la lisibilité et la fluidité des parcours de santé en périnatalité

- Mission confiée au réseau de périnatalité NEF
- Clarifier le parcours périnatal dans le département
- Avec identification précise des filières de prise en charge des principales pathologies de la grossesse (obésité, diabète, HTA, RCIU)
- Faciliter l'orientation des femmes dans le système de santé
- Améliorer l'orientation par les professionnels

20

— **Face à ces constats, l'ARS poursuit le travail de terrain de la façon suivante :**

Mise en place d'ateliers de travail avec les acteurs et professionnels de Seine-Saint-Denis :

— **Atelier 2 : Renforcer les compétences des femmes en santé périnatale et améliorer la communication des soignants vis-à-vis des patientes**

- Appui méthodologique (compétences démarches en santé communautaire)
- Renforcer les capacités d'autonomisation de la femmes enceinte vis-à-vis de sa santé
- Améliorer la communication des soignants vis-à-vis des patientes

— **Atelier 3 : Améliorer l'organisation des soins pour la prise en charge des situations les plus complexes**

- Renforcer la coordination des politiques publiques
- Mieux « outiller » les professionnels pour la prise en compte de la précarité dans le suivi médical

21

— **Face à ces constats, l'ARS poursuit le travail de terrain de la façon suivante :**

Mise en place d'ateliers de travail avec les acteurs et professionnels de Seine-Saint-Denis :

— **Des ateliers en cours de constitution**

- Feuille de route
- Participants

— **Un calendrier serré**

- Rencontres entre janvier et avril 2016
- Restitution en mai 2016

22

Pour en savoir plus



Pour en savoir plus

Site ARSIF (RéMI)

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/10_communiquees_presse_2015/Rapport_REMIp_INSERTM_VDEF.pdf

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/10_communiquees_presse_2015/REMI_OSS_VDEF.pdf

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/10_communiquees_presse_2015/Projet_ReMI_livret.pdf