

Contexte national

La grossesse peut constituer une période de fragilité importante, en particulier parmi les femmes en situation de vulnérabilité psychologique ou sociale, ayant certains comportements à risque, ou présentant des antécédents médicaux qui sont susceptibles de s'aggraver et d'affecter la santé du fœtus. Les modalités du suivi de la grossesse sont régies par un ensemble de recommandations nationales et de textes officiels, en lien pour certains avec les objectifs fixés par le dernier Plan de périnatalité visant à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche [1]. En outre, le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ont fait l'objet d'une recommandation de la Haute Autorité de santé en 2007 [2].

L'âge moyen des mères continue d'augmenter en France comme en Europe, atteignant 30,3 ans en 2013 (voir fiche Natalité-Fécondité). Ce report de la maternité vers un âge plus élevé est inquiétant compte tenu d'une part de son influence sur la fécondité et d'autre part de son impact en termes d'augmentation des risques pour l'enfant et la mère.

L'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010 souligne une dégradation de la situation sociale avec un risque d'accroître les inégalités sociales de surveillance prénatale, de prévention et de santé à la naissance [3]. Ce sont ainsi 7,8% des femmes qui ont déclaré leur grossesse au deuxième ou au troisième trimestre en 2010 contre 4,9% en 2003, ces déclarations tardives étant plus fréquentes chez les femmes ayant des aides publiques (allocation chômage, RMI ou API).

Suite aux recommandations du Plan périnatalité 2005-2007, un entretien individuel précoce a été mis en place afin de permettre aux parents d'exprimer leurs attentes et leurs besoins et de leur donner des informations en préparation de l'arrivée de leur enfant. Dans l'ENP 2010, cet entretien restait encore peu diffusé, seulement 21,4% des mères déclarant en avoir bénéficié.

Parmi les autres facteurs d'évolution défavorable, l'ENP 2010 relevait l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) des femmes : ainsi les femmes, avant leur grossesse, étaient 17,3% en surpoids et 9,9% obèse contre respectivement 15,4% et 7,4% en 2003. La consommation de tabac pendant la grossesse tend à diminuer. Cependant, la France reste un des pays européens où la consommation de cigarettes pendant la grossesse est la plus élevée : en 2010, 17,1% des femmes ayant accouché déclaraient avoir continué de consommer au moins une cigarette par jour au 3ème trimestre de la grossesse, consommation très liée aux caractéristiques socio-économiques des femmes. Or la consommation quotidienne de cigarettes chez la mère au 3ème trimestre de la grossesse est associée à un risque deux à trois fois plus élevé de petit poids de naissance chez l'enfant.

En anténatal, une supplémentation individuelle en folates est préconisée chez les femmes ayant un projet de grossesse, afin de prévenir les anomalies de fermeture du tube neural [4]. En population générale des femmes non ménopausées et sans tenir compte d'un éventuel désir de grossesse, ce sont 6,8% des femmes qui présentaient en 2006-2007 un risque de déficit en folates (données de l'étude nationale nutrition santé). Dans l'ENP 2010, seulement 14,8% des femmes déclaraient avoir débuté une supplémentation en acide folique avant la conception.

L'organisation du dépistage et du diagnostic de la trisomie 21 repose actuellement sur la mesure de la clarté nucale entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée et un dosage des marqueurs sériques au premier trimestre. Selon les données nationales des premiers certificats de santé de l'enfant de 2011, la mesure de la clarté nucale a été réalisée dans 94% des cas [5].

En 2012, la proportion d'accouchement multiples selon les données du PMSI est de 17 pour 1 000 femmes ayant accouché, proportion qui varie de 10 pour 1 000 pour les femmes âgées de 20 à 24 ans à 25 pour 1 000 chez les femmes de 40 ans ou plus [4]. La proportion d'accouchements multiples issus de l'assistance médicale à la procréation est particulièrement élevée : 148 pour 1 000, représentant 21,5% des accouchements multiples en France en 2011.

La fermeture et la fusion de maternités ont fait passer le nombre de maternités de 618 à 535 entre 2003 et 2010 [3]. Il est observé moins d'accouchements dans des maternités de type 1 (36,3% en 2003, 30,2% en 2010) et davantage d'accouchements dans des maternités réalisant au moins 3 000 accouchements par an (8,0% en 2003, 18,8% en 2010).

La mortalité maternelle est un signal d'alarme sur d'éventuels dysfonctionnements dans la prise en charge des complications maternelles sévères de la grossesse ou de ses suites [4]. Le ratio de mortalité maternelle en France entière s'établissait en 2007-2009 à 10,3 pour 100 000 naissances vivantes, sans évolution nette depuis le milieu des années 2000. Environ la moitié des décès étaient jugés évitables. Concernant les enfants, l'analyse de l'évolution temporelle de la mortinatalité est rendue difficile par les évolutions législatives en France (voir encadré en page 3). En 2013, le taux de mortalité périnatale national est estimé à 10,6 pour 1 000 naissances totales. En France l'interruption médicale de grossesse (IMG) peut être pratiquée jusqu'au terme de la grossesse si celle-ci met gravement en danger la vie de la femme ou si le fœtus est atteint d'une affection particulièrement grave et incurable. En 2013, le taux de mortinatalité induite (IMG réalisées alors que la grossesse a atteint au moins 22 semaines) est de 3,6 pour 1 000 naissances totales.

L'accouchement représente un moment très particulier où la prise en charge médicale doit à la fois garantir une sécurité optimale pour la mère et l'enfant et aussi respecter les attentes des parents [4]. Le taux de césarienne atteignait selon les données du PMSI 20,3% pour la France entière, soit un niveau estimé modéré et qui n'a pas augmenté par rapport aux années précédentes. Ceci pourrait être le résultat des recommandations générales pour contrôler la fréquence de cet acte. La prise en charge de la douleur est de plus en plus fréquente. Dans l'ENP, une analgésie ou anesthésie péridurale a été réalisée pour 78,4% des naissances par voie basse en métropole en 2010 contre 50,5% en 1995 [3].

Références bibliographiques et sources

1. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 2004, p. 42.
2. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Synthèse des recommandations professionnelles. Haute Autorité de Santé, 2007.
3. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Inserm, DGS, DREES, 2011, p. 132.
4. L'état de santé de la population en France de la population, Edition 2015, DREES, 2015, p.502.
5. Collet M, Vilain A. Le premier certificat de santé de l'enfant [certificat au 8ème jour] - 2011. Document de travail, Série Sources et Méthodes, DREES, n°43, 2013, p. 191.
6. Carayol et al. Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent des autres femmes d'Île-de-France ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. (Paris), 2014.
7. Fresson J, Blondel B. La sortie prochaine des mort-nés des limbes de la statistique française. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2013, 42 :1-4.
8. Bouvier-Colle MH, Chantry AA, Saucedo M, Deneux-Tharoux C. Morbidité maternelle sévère : différence selon les territoires de santé en Île-de-France d'après les séjours des femmes en unité de soins intensifs-réanimation et les décès maternels (2006-2009), Bull Epidemiol Hebd, 2015, 6-7 : 101-9.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Une proportion relativement élevée d'enfants séquano-dionysiens sont issus d'une grossesse déclarée tardivement et n'ont pas bénéficié d'une mesure de la clarté nucale.
- > Des insuffisances de suivi de grossesse sont fréquentes pour les femmes migrantes, mais également supérieures pour les femmes françaises domiciliées en Seine-Saint-Denis comparées aux autres Franciliennes.
- > En 2013, un peu plus de 6 000 accouchements domiciliés en Seine-Saint-Denis sont réalisés par césarienne (22,7% du total).
- > Le taux de mortalité est supérieur en Seine-Saint-Denis au taux régional et au taux national.

Deux indicateurs disponibles dans les premiers certificats de santé renseignent sur le suivi de la grossesse : le moment de la déclaration de grossesse et la mesure échographique de la clarté nucale.

En 2012, en Seine-Saint-Denis, la déclaration de grossesse a été réalisée tardivement (c'est-à-dire au-delà du premier trimestre de la grossesse) pour 7,4% des nouveau-nés (5,4% lors du deuxième trimestre et 2,0% lors du troisième).

Concernant la mesure de la clarté nucale, près d'un nouveau-né sur dix n'en a pas bénéficié en Seine-Saint-Denis lors du suivi de la grossesse, soit près du double de la moyenne régionale.

Pour ces deux indicateurs, la Seine-Saint-Denis est le département francilien ayant la part la plus importante d'insuffisance de suivi.

Dans une analyse spécifique conduite à partir des données de l'enquête nationale périnatale, 19% des femmes de Seine-Saint-Denis et 12 % de celles d'Île-de-France ont eu un suivi de grossesse insuffisant (déclaration de grossesse > premier trimestre, < 3 échographies ou nombre de consultations insuffisant) et respectivement, 29 % et 16 % ne savaient pas si elles avaient eu les examens relatifs à la trisomie 21. Ces deux taux étaient plus élevés pour les femmes migrantes, respectivement 25 % et 40 %, mais ne différaient pas entre la Seine-Saint-Denis et l'Île-de-France. Parmi les femmes françaises, le fait d'être domiciliées en Seine-Saint-Denis restait un facteur de risque pour ces deux indicateurs (6).

En 2013, d'après les données du PMSI, il y a eu 28 075 accouchements de femmes domiciliées en Seine-Saint-Denis dont 1,8% accouchements multiples.

Pour 10,3% des Séquano-Dionysiennes, un diabète gestationnel est enregistré dans le PMSI, davantage que pour l'ensemble des Franciliennes (8,1%).

Un total de 6 379 accouchements ont été réalisés par césarienne (programmée ou d'urgence) représentant 22,7% du total des accouchements des Séquano-Dionysiennes. La part des accouchements par césarienne est très proche de la moyenne régionale (22,9%).

Le taux d'anesthésies péridurales pour les accouchements par voie basse est de 79,3%, inférieur au taux régional (82,2%).

Selon les premiers certificats de santé de 2012, pour les accouchements d'enfants uniques de femmes primipares séquano-dionysiennes, le début de travail est déclenché pour environ un accouchement sur quatre, et une césarienne est programmée pour un peu plus de 6% des accouchements. Au total, une césarienne est réalisée pour 24,7% de ces accouchements. Ces taux sont très proches des taux franciliens.

Suivi de la grossesse en 2012 selon les données des premiers certificats de santé (en %)

	Déclaration tardive	Absence de mesure de la clarté nucale
Seine-Saint-Denis.	7,4	9,2
Paris	5,6	5,9
Seine-et-Marne	3,3	3,5
Yvelines	2,3	3,4
Essonne	4,8	3,5
Hauts-de-Seine	4,7	3,0
Val-de-Marne	4,0	3,9
Val d'Oise	3,1	4,8
Île-de-France	4,7	4,9

Source : Premiers certificats de santé de l'enfant, base régionale 2012, exploitation ORS Île-de-France

Caractéristiques des grossesses et des accouchements des femmes domiciliées en Seine-Saint-Denis et en Île-de-France en 2013

	Seine-Saint-Denis	IDF
Nombre d'accouchements	28 075	177 555
Part d'accouchements multiples	1,8%	1,9%
Taux de diabète gestationnel	10,3%	8,1%
Taux de césariennes	22,7%	22,9%
Taux d'anesthésies péridurales (pour les accouchements par voie basse)	79,3%	82,2%

Source : PMSI Périnatalité 2013

Caractéristiques des accouchements non multiples chez des femmes primipares domiciliées en Seine-Saint-Denis et en Île-de-France en 2012

	Seine-Saint-Denis	IDF
Taux d'accouchements déclenchés	25,8%	25,0%
Taux de césariennes avant travail	6,4%	6,8%
Taux de césariennes total	24,7%	24,2%

Source : Base régionale des premiers certificats de santé 2012, exploitation ORS Île-de-France

Mortinatalité : nombre d'enfants sans vie nés à un terme d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou avec un poids d'au moins 500 grammes rapporté à 1 000 naissances totales (nés vivants + enfants sans vie).

En France, un changement législatif en avril 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. A partir de cette date, un acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement, sans que les critères de durée de gestation ou de poids minimal soient pris en compte. Les statistiques de l'état civil ne permettent donc plus le calcul de la mortinatalité à partir de l'année 2008. La mortinatalité est désormais estimée en identifiant dans le PMSI les mort-nés à partir du séjour maternel (résultat d'accouchement (code CIM10 : Z37_) et terme ≥ 22 SA). Il est possible de mesurer la mortinatalité à partir de cette source de données à partir de 2011 en Île-de-France, 2012 en France.

Mortinatalité induite : En France, il est possible de pratiquer des interruptions médicales de grossesse après 22 SA suite à un diagnostic prénatal. Ces issues de grossesse après IMG sont enregistrées comme des naissances mort-nées. A partir de 2012, il est possible à partir du PMSI de calculer la part des IMG ≥ 22 SA parmi les morts-nés. Ce nombre de mort-nés pour 1 000 naissances totales (naissances vivantes + morts-nés) représente la mortinatalité induite. Le reste étant la **mortinatalité spontanée**.

Mortalité périnatale : La mortalité périnatale inclut en plus des enfants mort-nés, les décès d'enfants de moins de 7 jours. Le taux est également calculé pour 1 000 naissances totales.

La production de statistiques de qualité sur la mortinatalité et la mortalité périnatale repose donc désormais sur l'intérêt porté par les services hospitaliers à l'enregistrement de données fiables sur les morts-nés (7).

En 2013, le **taux de mortinatalité** est de 10,7 pour 1 000 naissances totales en Seine-Saint-Denis. Ce taux est supérieur à la moyenne francilienne (9,3) et à la moyenne nationale (8,7). Ceci est principalement lié à l'importance du taux de mortinatalité spontanée particulièrement élevé sur le département de Seine-Saint-Denis, alors que le taux de mortinatalité induite est du même ordre.

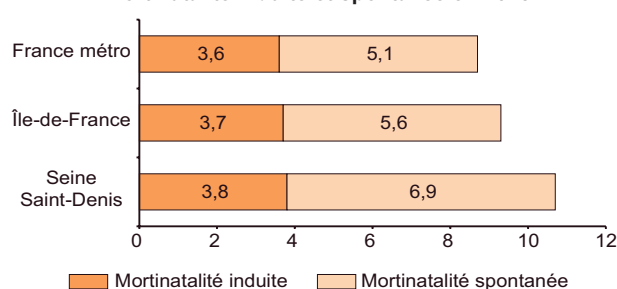
De fait, la part des interruptions médicales de grossesse représente 35,3% de la mortinatalité en Seine-Saint-Denis, contre 40,3% en moyenne en Île-de-France.

En 2013, le **taux de mortalité périnatale** est de 13,0 pour 1 000 naissances totales en Seine-Saint-Denis, pour des taux respectivement de 11,3 et 10,3 pour 1 000 en Île-de-France et en France métropolitaine.

L'évolution des taux de mortinatalité et de mortalité périnatale est difficile à appréhender en France en raison des changements dans la définition des enfants sans vie (en 2002 puis en 2008). Cependant, la position défavorable de la Seine-Saint-Denis pour ces indicateurs reste une constante en comparaison avec la situation francilienne et plus encore avec la situation nationale.

En Seine-Saint-Denis, sur la période 2006-2009, 10 décès maternels de femmes séquano-dionysiennes ont été enregistrés dans l'Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle (8), soit un taux de mortalité maternelle de 11,9 pour 100 000 naissances vivantes [IC à 95%: 5,7-21,9]. Les taux de mortalité maternelle ne diffèrent pas significativement selon les départements franciliens (au total, 61 décès maternels franciliens, taux de 11,1 pour 100 000 naissances vivantes [IC à 95%: 8,6-14,5].

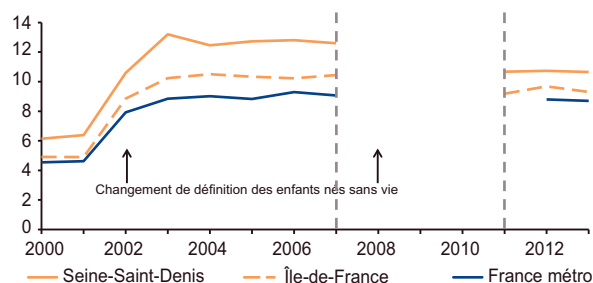
Mortinatalité induite et spontanée en 2013



Taux pour 1 000 naissances totales

Sources : PMSI pour les mort-nés (exploitation Périnat-ARS Île-de-France pour les données franciliennes, exploitation Drees pour les données France). Etat-civil pour les naissances vivantes

Evolution du taux de mortinatalité entre 2000 et 2013



Taux pour 1 000 naissances totales

Sources : Etat civil jusqu'à 2007, puis PMSI à partir de 2011 pour les mort-nés (exploitation Périnat-ARS Île-de-France pour les données franciliennes, exploitation Drees pour les données France). Etat-civil pour les naissances vivantes

Le projet régional pour Réduire la mortalité infantile et périnatale en Île-de-France (Rémi) (2012-2017)

Ce projet est né suite aux travaux et réflexions initiés dans le cadre de l'élaboration du Plan régional de santé de l'ARS Île-de-France. Il a vocation à répondre aux problématiques posées par des indicateurs de mortalité périnatale et infantile défavorables dans la région et plus particulièrement en Seine-Saint-Denis. Il s'articule autour de 2 axes :

Mieux comprendre : pourquoi les taux de mortalité sont plus élevés en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France, en identifiant les principaux facteurs en cause.

Mieux agir : en mettant en place des actions adaptées afin de réduire significativement les taux de mortalité observés en Seine-Saint-Denis.

Une déclinaison en plusieurs études a été programmée :

Un **projet de recherche** est mis oeuvre, comportant d'une part un volet épidémiologique (reposant sur une analyse des bases de données existantes, un processus de consensus Delphi et un audit de cas) et d'autre part un volet socio-anthropologique analysant en outre les points de blocage dans le parcours périnatal.

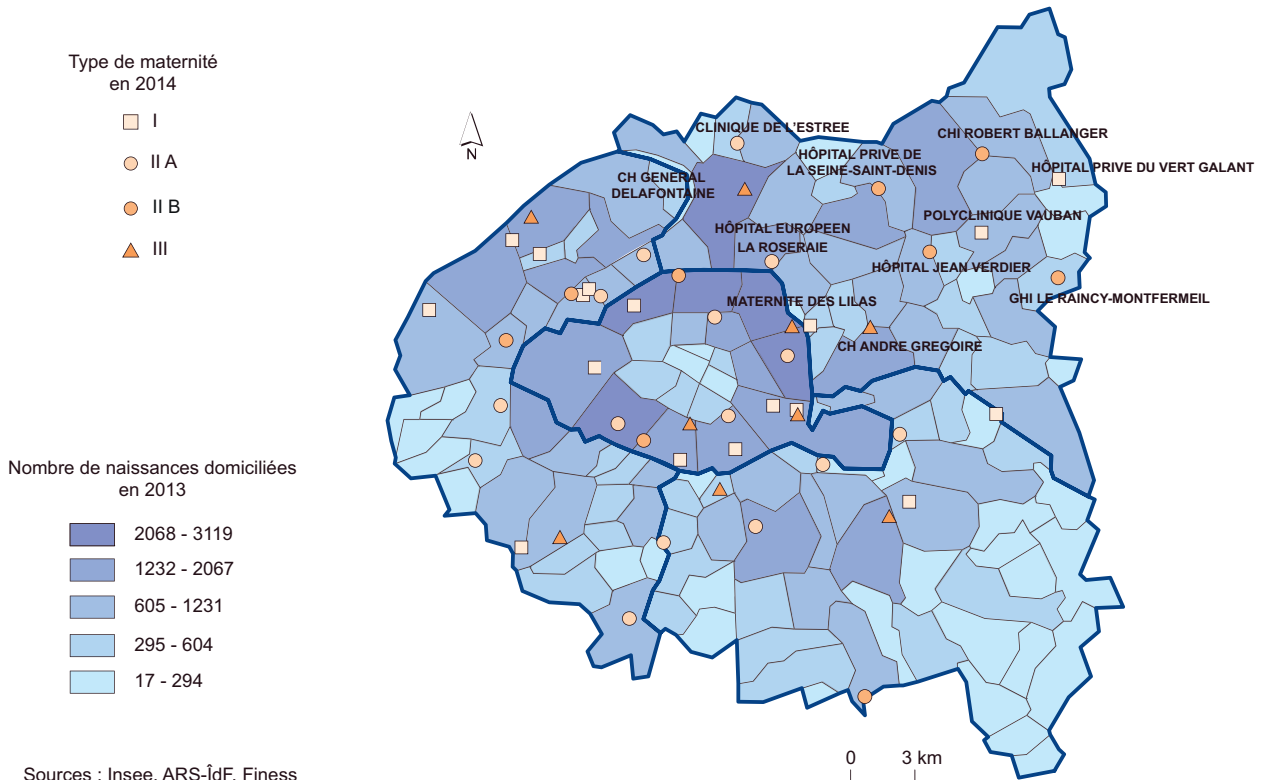
Le **projet NEMOSI** a pour objectif principal l'amélioration de la qualité de l'enregistrement des mort-nés dans le PMSI en application de l'instruction ministérielle de 2011. Ce projet a été déployé dans un premier temps sur les territoires de la Seine-Saint-Denis, du Val d'Oise et de Paris.

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

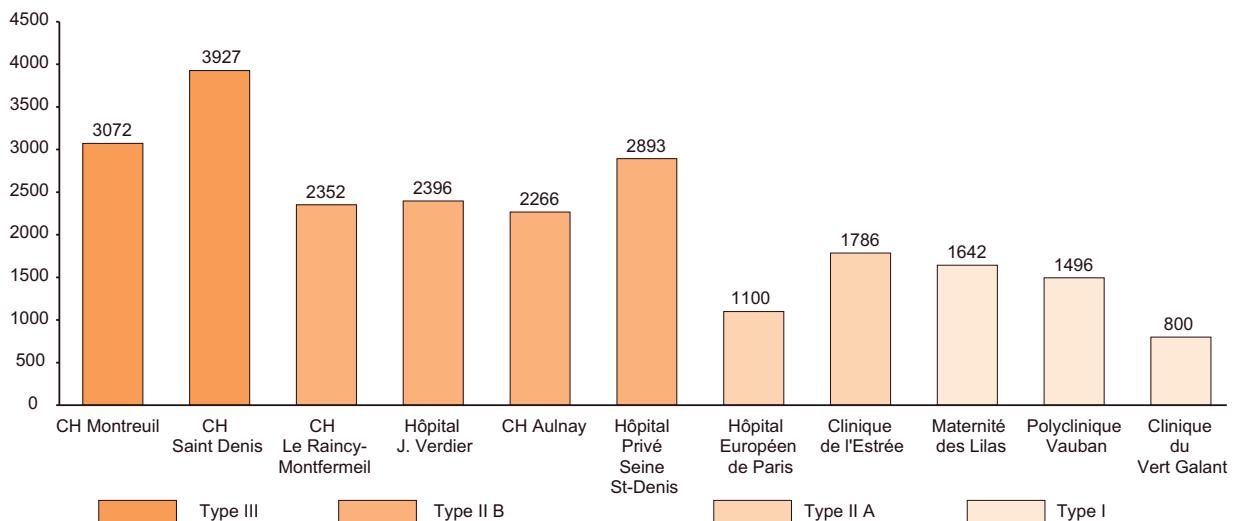
Une analyse des données de l'Assurance Maladie : Réalisée sur les femmes enceintes domiciliées en Seine-Saint-Denis.

Une enquête dans les centres de PMI : L'objectif est l'évaluation des difficultés d'accès aux droits et à un suivi de grossesse conforme aux recommandations de l'HAS. Elle doit être menée auprès des patientes venant pour la première fois en PMI pour un suivi de grossesse.

Maternités du réseau Naître dans l'Est Parisien (NEF) - Territoire 93 en 2014



Nombre de séjours pour accouchement dans les maternités du Réseau Naître dans l'Est Parisien, territoire 93 en 2013



Source : Périnat-ARS-IdF, 2013

La stratégie régionale en matière de réseau périnatal vise à couvrir l'ensemble du territoire régional avec des organisations calquées au plus près du périmètre des départements.

Le **réseau Naître dans l'Est Parisien (NEF)** territoire 93 a pour mission de coordonner le parcours de santé des femmes et des bébés de Seine-Saint-Denis, mais aussi de favoriser la prise en charge optimale des femmes et de leurs enfants au sein des structures du réseau quelque soit leur domicile.

Onze maternités sont présentes sur le territoire du réseau NEF 93. En 2013, 23 730 séjours pour accouchement y ont été enregistrés, 29,5% ayant eu lieu dans une maternité de type III.

Types de maternités :

Type I : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique

Type II A : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie

Type II B : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie dont soins intensifs

Type III : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie dont soins intensifs et réanimation néonatale