

Analyse systémique des causes de décès périnataux dans trois réseaux périnataux en Île-de-France

Hanna Chas¹, Henri Bonfait¹, Thibaud Quibel², Pierre Raynal², Caroline Dupont², Camille Choron², Catherine Crenn-Hebert³, Michèle Granier⁴, Isabelle Hamant⁴, Maryse Godreau⁵, Hélène Payen de la Garanderie⁵, Thomas Février⁵

1- Structure d'appui régionale à la qualité et à la sécurité des soins (Staraqs) en Île-de-France – Paris – France

2- Réseau Maternité en Yvelines et périnatalité active (Mypa) – Saint-Germain-en-Laye – France

3- Réseau Périnat 92 – Issy-les-Moulineaux – France

4- Réseau Périnat IF SUD – Ris-Orangis – France

5- Réseau périnatal du Val d'Oise (RPVO) – Corneilles-en-Parisis – France

✉ **Hanna Chas** – Staraqs – 10, rue de l'Isly – 75008 Paris – France – E-mail : direction-medicale@staraqs.com

Introduction

La grossesse et la naissance sont des événements de vie pour lesquels la surveillance et la prévention sont essentielles à la sécurité du nouveau-né. Pourtant, les indicateurs nationaux relatifs à cette période se dégradent en France : en 2024, 21^e rang européen pour la mortinatalité spontanée et 22^e rang pour la mortalité infantile, dont la moitié imputable à la mortalité néonatale précoce (**Figure 1**). En conséquence, plusieurs mesures de correction ont été proposées par des instances nationales : rapport sur la politique de périnatalité (Cour des comptes) [1]; priorité de la

thématique du début de la vie lors de la Semaine de la sécurité des patients en septembre 2025 (ministère de la Santé); création d'un registre national de la mortalité infantile et de révision des décrets de périnatalité de 1998 (proposition de loi) [2]; complément du référentiel de certification (**Encadré**); analyse des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) chez les nouveau-nés (Haute Autorité de santé [HAS]) [3]. En Île-de-France (IDF), le Service de santé numérique (Sesan) et l'agence régionale de santé (ARS) font état d'un taux de mortalité périnatale de 11,6‰ contre 9,8‰ en France hexagonale

Résumé

La dégradation des indicateurs de la mortalité périnatale en Île-de-France (IDF), a amené l'agence régionale de santé à confier à la structure d'appui régionale à la qualité des soins et à la sécurité des patients (Staraqs) IDF une étude pour « améliorer les connaissances sur la mortalité périnatale en vue de la réduire ». Une analyse approfondie des cas de mort-nés à partir de 36 semaines d'aménorrhée et des décès périnataux jusqu'à six jours de vie a été réalisée dans trois dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) afin d'améliorer la connaissance des causes de la mortalité périnatale proche du terme, selon une démarche de revue de mortalité et morbidité (RMM). Au cours des RMM conduites de février 2024 à février 2026, 49,1 % des 68 décès étudiés ont été évalués évitables. Les causes profondes identifiées concernaient principalement les pertes d'informations entre les acteurs des secteurs prénatal et périnatal, les modalités de surveillance des grossesses pathologiques tout au long du parcours des patientes, et le fait que les recherches de la cause du décès n'étaient pas systématiques. Les actions d'amélioration décidées lors des RMM concernaient les pratiques des centres périnataux et la prise en charge des parcours en périnatalité sur le territoire des DSRP.

Mots-clés : Mortalité périnatale – Revue mortalité-morbidité – Causes profondes – Analyse systémique – Périnatalité.

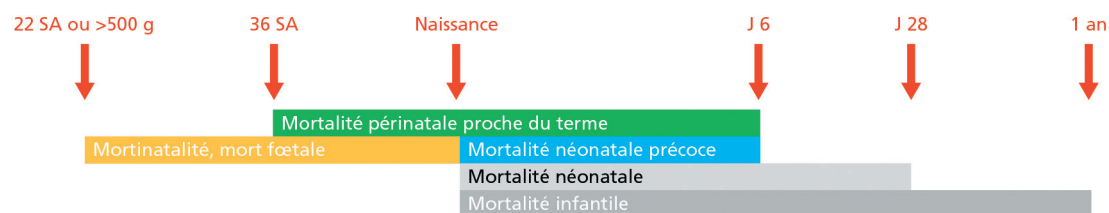
Abstract

Systemic analysis of perinatal deaths causes in three perinatal networks in the Île-de-France region

The increase in perinatal mortality rates in the Île-de-France region (IDF) has led the Regional Health Agency to establish a commission with the Île-de-France Regional Support Structure for Quality of Care and Patient Safety (STARAQS) to conduct a study with the intention of "improving knowledge of perinatal mortality in view of reducing it". An in-depth analysis of stillbirths from 36 weeks gestation period and perinatal deaths up to 6 days of life was carried out in three Regional Specialised Perinatal Centres (DSRP). The aim : to improve the understanding of near-term perinatal mortality causes, according to a systematic mortality and morbidity review (MMR) process. Out of the 68 MMRs conducted between February 2024 and February 2026, 49.1 % of the 68 deaths were assessed as preventable. The root causes that were identified mainly concerned the loss of information between pre- and perinatal care providers, the methods used to monitor high-risk pregnancies throughout the patient's progression, and the lack of systematic investigation of the cause of the death. The improvement measures that were determined during the MMRs concerned the practice carried out in the perinatal centers, as well as the perinatal care pathways within the DSRP's area of responsibility.

Keywords : Perinatal mortality – Morbidity and mortality review – Root causes – Systems analysis – Perinatal care.

Figure 1 – Définition de la mortalité en périnatalité.



J : nombre de jours après la naissance ; SA : semaines d'aménorrhée.

ENCADRÉ

Nouveaux critères de la certification Haute Autorité de santé concernant la périnatalité.

- 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.
- Critère 2.3-11 : Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né.

Source : Haute Autorité de santé (HAS). Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis: HAS; 2025. 187 p. Accessible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf (Consulté le 11-09-2026).

en 2024 [4-6], conduisant à identifier la périnatalité comme thématique prioritaire dans le plan régional de santé 2023-2028 [7]. Dans ce contexte, outre une « mission exploratoire » confiée à la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) [8], l'ARS d'IDF a chargé la structure d'appui régionale à la qualité des soins et à la sécurité des patients (Starq) d'une étude expérimentale d'analyse systémique des causes de tous les décès périnataux proches du terme (morts fœtales, interruptions médicales de grossesse, décès néonataux précoces) dans trois dis-

positifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) volontaires : Yvelines, Essonne-sud Seine-et-Marne, et Val d'Oise, dont les taux de mortalité périnatale étaient respectivement les 4^e, 5^e-6^e, et 7^e plus élevés des huit départements d'IDF. L'étude avait pour objectif principal l'analyse des causes des décès périnataux en IDF en vue de réduire la mortalité périnatale. Pour l'ARS IDF, outre l'amélioration des connaissances sur les causes de la mortalité périnatale proche du terme, il s'agissait d'évaluer la faisabilité de l'étude en vue de sa généralisation, et d'évaluer la qualité du codage des données correspondantes dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comme source d'indicateurs de mortalité périnatale. En réponse à leurs missions réglementaires [9], les trois DSRP cherchent à renforcer une culture de qualité et de sécurité des soins auprès des professionnels de ville et des établissements de leur territoire et à étudier les différentes modalités de la systématisation de l'analyse systémique dans l'éventualité de sa généralisation.

Matériel et méthode

Matériel

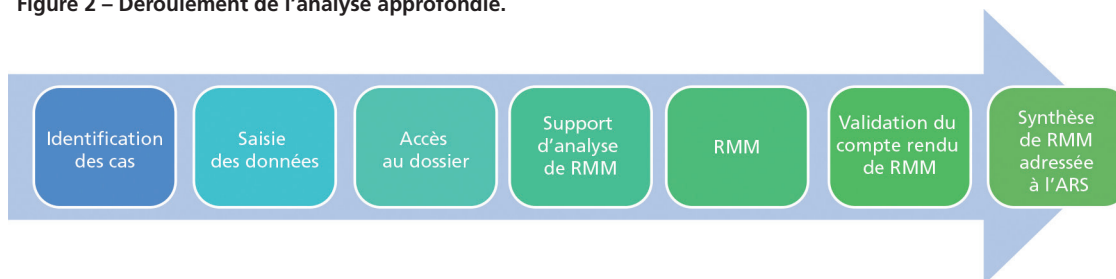
Les trois DSRP volontaires regroupaient 29 centres périnataux : 8 de type I, 10 de type IIa, 7 de type IIb et 4 de type III¹ (Tableau I). Il s'agissait de leur proposer un accompagnement à l'analyse des causes profondes des décès périnataux proches du terme ayant conduit à des EIGS survenant au décours de leur activité, et d'identifier des actions d'amélioration spécifiques.

Tableau I – Répartition des types de centres périnataux.

Type de centre périnatal	DSRP x	DSRP y	DSRP z	Total
I	2	5	1	8
IIa	4	3	3	10
IIb	2	3	2	7
III	1	1	2	4
Total	9	12	8	29

DSRP : dispositif spécifique régional en périnatalité.

Type I : maternité de proximité ; type IIa : maternité avec service de néonatalogie ; type IIb : maternité avec soins intensifs de néonatalogie ; type III : maternité spécialisée en réanimation néonatale.

Figure 2 – Déroulement de l'analyse approfondie.

RMM : revue de mortalité et de morbidité ; ARS : agence régionale de santé.

Méthode

L'analyse systémique a été réalisée par une démarche de revues de mortalité et de morbidité (RMM) régulières et coordonnées, selon la méthodologie de la HAS [10]

Organisation de l'étude

Un comité de pilotage conduit par l'ARS IDF et un conseil scientifique ont été mis en place avec l'appui de la Staraqs et de l'unité de recherche sur la santé mère-enfant de l'université Paris-Cité (*OPPaLE, pour Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology*) [11], et la participation active des DSRP. La faisabilité de l'étude en vue de sa généralisation a été basée sur l'évaluation du temps et des compétences nécessaires. Les DSRP ont impliqué leurs commissions scientifiques et adapté les modalités de déploiement de l'étude en fonction de l'autonomie ou de la disponibilité des centres périnataux de leur territoire, et de la formation et de la connaissance par leurs équipes de la conduite d'une RMM. Chaque centre périnatal a désigné un binôme de référents (obstétrical et néonatal) afin d'identifier chaque cas.

Outils adaptés

Un outil dématérialisé (plateforme web sécurisée) permettait le recueil des données du cas et de sa RMM selon un questionnaire élaboré collectivement par la Staraqs et les DSRP, validé par le comité de pilotage après une phase de test. La saisie des données sur la plateforme déclenchait l'envoi d'un e-mail d'information au DSRP. En vue de faciliter la préparation des nombreuses RMM envisagées, un test de pré-remplissage du support d'analyse approfondie directement à partir des données du questionnaire saisies sur la plateforme web a été réalisé. La part des décès évitables selon la situation (mort fœtale ou décès néonatal précoce) a été comparée par un test du Khi-carré. Un kit documentaire comprenant une fiche de mission des référents de centre périnatal, un guide d'information des parents concernant l'étude à destination des professionnels, et trois supports types de présentation cohérents avec ceux de la FFRSP (mort fœtale, décès néonatal, interruption médicale de grossesse) ont été élaborés. La qualité

du codage des données dans le PMSI a été évaluée selon les fiches de codage de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et de la FFRSP [8,12]. Un questionnaire de satisfaction a recueilli la perception des professionnels des trois DSRP concernant la contribution de l'étude à la sécurisation des prises en charge en périnatalité sur le territoire, l'utilisation des outils développés et l'évolution de leurs besoins pour pérenniser la démarche d'analyse approfondie.

Organisation des revues de mortalité et de morbidité dans les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité

Une analyse approfondie commençait par l'identification du cas et la saisie de ses données sur la plateforme (Figure 2). Les informations nécessaires du cas étaient partagées avec le professionnel chargé de préparer le support d'analyse. Le référent du centre périnatal, la coordination médicale du DSRP et la Staraqs organisaient la RMM de manière adaptée selon l'organisation interne propre à chaque DSRP [8]. Sa programmation pouvait être mensuelle tout au long l'année, ou s'adapter aux disponibilités du centre périnatal au fil des signalements. Les invités pouvaient être uniquement les professionnels concernés par l'événement sur l'ensemble du parcours patient (secteurs primaire et sanitaire), ou la RMM était ouverte à l'ensemble des professionnels des centres périnataux du DSRP après validation par les professionnels concernés. Les sages-femmes coordinatrices des centres périnataux ont systématiquement participé aux RMM, ainsi que des sages-femmes, des pédiatres, des obstétriciens et un fœtopathologiste. La RMM pouvait avoir lieu sur le site de l'événement, dans les locaux du DSRP ou dans ceux du centre périnatal de type III. L'animateur la conduisait selon la méthode ALARM² [13] et questionnait systématiquement l'indication de la déclaration du décès sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables si elle n'avait pas déjà été réalisée. Après la validation du compte rendu de la RMM, une synthèse était adressée au référent métier « périnatalité » à la direction de

Tableau II – Répartition des revues de mortalité et de morbidité réalisées par type de centre périnatal pour chaque dispositif spécifique régional en périnatalité (DSRP).

	DSRP x				DSRP y			DSRP z			Total
	Mort fœtale	Décès néonatal précoce	IMG	Total	Mort fœtale	Décès néonatal précoce	Total	Mort fœtale	Décès néonatal précoce	Total	
RMM réalisées	19	8	1	28	18	17	35	3	2	5	68
Type I	2	0	0	2	0	5	5	0	0	0	7
Type IIa	4	1	0	5	1	1	2	1	0	1	8
Type IIb	4	3	0	7	6	6	12	1	0	1	20
Type III	9	4	1	14	11	5	16	1	2	3	33

IMG : Interruption médicale de grossesse.

Type I : maternité de proximité ; type IIa : maternité avec service de néonatalogie ; type IIb : maternité avec soins intensifs de néonatalogie ; type III : maternité spécialisée en réanimation néonatale.

Tableau III – Caractéristiques des revues de mortalité et de morbidité conduites.

	DSRP x				DSRP y			DSRP z			Total
	Mort fœtale	Décès néonatal précoce	IMG	Total	Mort fœtale	Décès néonatal précoce	Total	Mort fœtale	Décès néonatal précoce	Total	
RMM réalisées	19	8	1	28	18	17	35	3	2	5	68
EIGS évitables ou probablement évitables	9	4	0	13	11	3	14	3	0	3	30
Décès « attendu »	0	2	1	3	1	3	4	0	0	0	7
Préconisation de déclaration d'EIGS*	12	6	0	18	14	12	26	3	2	5	49
EIGS déclarés	4	2	0	6	1	6	7	2	1	3	16

* Déclaration sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>).

DSRP : dispositif spécifique régional en périnatalité ; EIGS : événement indésirable grave associé aux soins ; IMG : Interruption médicale de grossesse.

l'offre de soins de l'ARS IDF à l'origine du projet. Le suivi du plan d'action, de la déclaration d'EIGS sur le portail national de signalement des événements indésirables (si besoin) et l'exhaustivité de l'identification des cas étaient assurés par les DSRP avec les référents du centre périnatal.

Résultats

Revue de mortalité et de morbidité et actions d'amélioration proposées

Soixante-huit décès périnataux autour du terme ont été identifiés par les 29 centres périnataux de mars 2024 à février 2026 et ont donné lieu à 68 RMM avec un accompagnement de leur DSRP (Tableau II). Tous les comptes rendus de RMM ont été validés par les participants à la RMM et leur synthèse transmise à l'ARS IDF. Parmi les 159 actions d'amélioration validées, 14 relevaient des DSRP au bénéfice d'une approche

territoriale de sécurisation des soins concernant l'ensemble des acteurs du parcours, et 145 relevaient de la prise en charge dans les centres périnataux. À la suite de l'analyse en RMM, la déclaration d'EIGS sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables [14] a été préconisée dans 49 cas. Seulement 16 déclarations d'EIGS ont été réalisées.

Résultats des analyses approfondies des décès néonataux précoces et des morts fœtales

Analyse quantitative

Pour 2024, le codage du PMSI était conforme pour 35 sur 36 cas. Les 68 RMM conduites concernaient 40 morts fœtales, 27 décès néonataux précoces et 1 interruption médicale de grossesse (Tableau III).

Tableau IV – Pourcentage d'évitabilité des morts fœtales et des décès néonataux précoces.

	Morts fœtales	Décès néonataux précoces	Interruption médicale de grossesse	Total
Total	40	27	1	68
Dont décès inattendus	39	22	0	61
Dont EIGS évitables ou probablement évitables	23	7	0	30
Taux de décès évitables (%)	59,0	31,8	0	49,1
EIGS déclarés	4	1	2	16

À la suite de l'analyse en RMM, la déclaration d'EIGS sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables [14] a été préconisée dans 49 cas. Seulement 16 déclarations d'EIGS ont été réalisées. Le pourcentage d'évitabilité des événements (en excluant les 7 décès attendus) était de 49,1% (30/61). Le signalement semblait plus souvent réalisé pour les décès néonataux précoces (9 sur 20 soit 45%) que pour les morts fœtales (7 sur 29 soit 24%) mais la différence n'était pas significative. Sur 68 situations analysées, 61 décès n'étaient pas attendus : 39 morts fœtales et 22 décès néonataux précoces. Parmi eux, 30 décès ont été jugés évitables soit 49%. Les décès évitables étaient plus fréquents pour les morts fœtales : 23 sur 39 soit 59%, que pour les décès néonataux précoces : 7 sur 22 soit 32% ($p < 0,05$) (Tableau IV).

Analyse qualitative

Les causes profondes à l'origine des décès périnataux identifiés étaient en rapport avec :

- Les antécédents du patient (mère, fœtus ou nouveau-né) (Tableau V).

- Les procédures de soins : le suivi des patientes présentant des conditions socio-économiques défavorables, ou l'application des protocoles de surveillance de fin de grossesse et en per-partum incluant notamment la pathologie hypertensive, la surveillance de la croissance fœtale et les modalités de surveillance du rythme cardiaque fœtal dans un contexte pathologique. La recherche des causes du décès et de la consultation de synthèse pour une grossesse précédente ou pour l'actuelle était absente pour 18 morts fœtales et 1 décès néonatal.
- La communication : l'information de la patiente et du co-parent concernant la conduite à tenir en cas de baisse des mouvements actifs fœtaux est retrouvée dans 9 cas de morts fœtales et 1 cas de décès néonatal. De plus, l'autopsie fœtale n'a pas été réalisée dans 17 cas, en raison de 14 refus des parents dans un contexte de mort in utero et de 3 refus pour un décès néonatal. La rupture de communication des informations entre les professionnels qui assurent le suivi prénatal en soins primaires et ceux qui suivent la période périnatale en secteur sanitaire est fréquente.

Tableau V – Causes profondes liées au patient.

Patient	Antécédent	Mort fœtale	Décès néonatal
La mère	Pathologie somatique	7 pathologies hypertensives 2 obésités 3 contextes infectieux 6 autres pathologies (drépanocytose, pathologie génétique, syndrome des anti-phospholipides, terme incertain, multiples antécédents mineurs)	3 hématomes rétro-placentaires massifs asymptomatiques dont 2 dans un contexte d'hypertension artérielle non explorée et d'obésité massive 1 cholestase gravidique 1 rupture utérine pendant une maturation cervicale 1 pathologie génétique 1 cas de consanguinité
	Pathologie psychiatrique	2 cas	-
	Contexte psycho-social	5 cas	1 cas
Le fœtus ou le nouveau-né		3 syndromes polymalformatifs 7 nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel dont 3 avec une cassure de la courbe de poids depuis l'échographie du 3 ^e trimestre 1 cause funiculaire	5 syndromes polymalformatifs connus 1 maladie métabolique

- L'environnement de travail : équipements (indisponibilité de l'échographe en service d'urgence), charge de travail, recours aux professionnels vacataires.
- Le contexte institutionnel : formation insuffisante des professionnels à la lecture du rythme cardiaque fœtal et à la réanimation néonatale.

Actions d'amélioration

À l'issue des RMM, 159 actions d'améliorations ont été validées consensuellement par les professionnels présents, avec désignation d'un responsable (centre périnatal, professionnels en secteur primaire, DSRP) et définition d'une échéance de réalisation pour chacune. Le suivi de leur mise en œuvre six mois après la clôture de l'étude a montré que 54% (IC95 [46,3-53,7]) d'entre elles avaient été réalisées et que 12% (IC95 [49,4-50,6]) étaient en cours de réalisation. Les actions d'amélioration concernaient une meilleure cohérence entre le niveau de risque de la grossesse et le type de maternité accueillant l'accouchement, la systématisation de la transmission d'informations tout au long du parcours en périnatalité entre la ville et l'hôpital en cas de suivi en ville (médecin traitant, sage-femme ou gynécologue-obstétricien libéraux, la qualité de la prise en charge obstétrico-pédiatrique dans les centres périnataux, la complétude de la recherche systématique de la cause du décès et l'accompagnement des parents pour expliquer l'intérêt de l'autopsie fœtale, et le signalement des EIGS. Une réflexion sur le terme optimal de l'échographie du 3^e trimestre pour mieux dépister les cassures de courbes de croissance, et la mise à disposition d'une cartographie des laboratoires de fœtopathologie ont été évoquées.

Analyse de faisabilité

Le temps moyen nécessaire à l'analyse d'un décès périnatal par les professionnels du DSRP et de la Staraqs variait de 2h30 à 3h30, selon le dispositif. Ce temps a été ponctuellement financé par l'ARS à l'occasion de cette étude. Le DSRP x était autonome et s'appuyait sur le centre périnatal de type III et les référents de centre périnataux pour préparer une RMM à laquelle l'ensemble des autres centres périnataux du territoire avaient été conviés dans une approche de culture sécurité. Le DSRP y a bénéficié d'un appui méthodologique soutenu de la Staraqs qui préparait le support de présentation de la RMM devant l'indisponibilité ou l'incapacité des référents des centres périnataux; les invités à la RMM étaient les professionnels directement concernés par le cas analysé. Le DSRP z lançait sa démarche qualité et a demandé l'appui soutenu de la Staraqs; les RMM étaient préparées par le référent du centre périnatal conjointement avec le DSRP; l'ensemble des centres périnataux du territoire étaient invités et les RMM avaient lieu sur le site du cas étudié.

Discussion

Limites méthodologiques

Plusieurs limites doivent être soulignées. L'absence de recommandation de bonnes pratiques concernant les modifications du comportement fœtal perçu par la mère (mouvements actifs fœtaux) complique l'évaluation du caractère évitable des décès. Le périmètre du parcours du patient étudié est variable selon les DSRP, ce qui se retrouve dans la diversité des professionnels conviés à la RMM. L'absence systématique d'un anesthésiste aux RMM constitue un angle aveugle de l'analyse des situations dans lesquelles ils sont potentiellement impliqués. Les DSRP souhaitent poursuivre la dynamique de conduite des RMM mais rapportent l'insuffisance des ressources nécessaires pour ce faire, au-delà des moyens mobilisés pour l'étude.

Au regard de la littérature scientifique

Les résultats s'inscrivent dans la continuité du programme MBRRACE-UK³ [15,16], qui a permis une réduction de 20% de la mortalité périnatale entre 2013 et 2020 au Royaume-Uni avec une revue systématique de tous les cas de mort-nés, décès néonataux et fausses couches tardives. Le rapport d'analyse des EIGS survenus chez les nouveau-nés par la HAS montre que 51% sont évitables, taux proche du résultat de notre étude (pré et post-natale) de 49,1% [3]. Les facteurs identifiés sont la prise en charge des pathologies maternelles dépistées (hypertension artérielle, obésité, diabète), l'évaluation du risque obstétrico-pédiatrique, et la transmission des informations utiles entre le suivi pré et périnatal. Pour les 40 morts fœtales, la surreprésentation des mères nées à l'étranger (60% en IDF contre 34% au niveau national) et sans emploi (30% contre 7%) semble confirmer le rôle des déterminants sociaux de santé documenté dans l'enquête nationale périnatale [17]. Le déficit ou l'incomplétude des investigations étiologiques proposées par le consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français afin de contribuer à prévenir la récurrence d'un décès périnatal s'expliquerait par le faible nombre de consultations de synthèse conduites et d'autopsies acceptées par les parents [18].

Impact attendu sur les connaissances et les pratiques

L'évitabilité élevée des morts fœtales (59,0%) par rapport à celle des décès néonataux précoces (31,8%) pourrait s'expliquer par la faible proportion de consultations en urgence pour une baisse de mouvements actifs fœtaux. L'étude suggère la faisabilité d'une analyse systématique des décès périnataux à l'échelle d'un DSRP, à l'aide d'une méthodologie standardisée. Le test de préparation du support d'analyse à partir des données extraites du questionnaire sur la plateforme a montré la nécessité de les compléter de façon systématique par les informations du dossier du patient.

Les seules données recueillies ne suffisaient pas à établir la chronologie complète de l'événement et à en rechercher les causes de façon précise. Sur le plan des pratiques professionnelles, 54% des 159 actions d'améliorations étaient réalisées six mois après la clôture de l'étude, couvrant l'ensemble du parcours périnatal.

Dynamique d'analyse des décès périnataux dans les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité

Malgré un investissement important, l'étude de la satisfaction des participants des trois DSRP met en évidence qu'ils se disent « très satisfaits » de la conduite de l'étude expérimentale, et de sa contribution à la sécurisation des parcours en périnatalité, à l'amélioration de la culture du signalement, et à l'accroissement de la confiance entre les professionnels des centres périnataux et les DSRP. Ils considèrent avoir amélioré leur capacité à mettre en œuvre la méthodologie de l'analyse approfondie. Dans les centres périnataux, l'hétérogénéité des liens entre les services cliniques et leur direction de la qualité influence la dynamique de déclaration et d'analyse des EIGS, et facilite la triple déclaration de l'événement (déclaration dans l'établissement, sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables et sur la plateforme dédiée à l'étude). Aussi, la dynamique pluriprofessionnelle lors des RMM est évaluée comme ayant favorisé une progression de la confiance entre les professionnels et une meilleure connaissance du parcours périnatal sur le territoire dans le questionnaire de satisfaction des DSRP. Une meilleure connaissance du processus de déclaration des EIGS est nécessaire pour faire progresser la qualité et la sécurité des soins, comme souhaité par la Cour des comptes [1].

Conclusion

Dans l'attente de l'exploitation des résultats de la « mission exploratoire » conduite par la FFRSP, cette étude n'a pas été renouvelée en 2026, et le caractère systématique du signalement des cas n'étant plus demandé par l'ARS en 2025, seuls les décès inattendus étaient analysés. Les facteurs clés de réussite ont été : pour tous, le pilotage par la direction de l'offre de soins de l'ARS IDF ; pour les DSRP, l'existence d'un

centre périnatal de type III porteur de la démarche, une capacité à la conduite de RMM par un médecin ou, mieux, par un binôme médecin et sage-femme ou puéricultrice accompagné d'un « expert métier », et un temps financé de 2 h 30 à 3 h 30 par RMM selon la répartition des tâches ; et, pour les centres périnataux, la présence d'un binôme de référents engagés dans la démarche. L'impact de cette étude sur la baisse de la mortalité en périnatalité sera à évaluer, en tenant compte des faibles effectifs concernés, lors de la prochaine publication des statistiques nationales à partir de la base de données PMSI 2025-2026. L'analyse des causes de mortalité périnatale dans les données de routine devrait être améliorée avec les algorithmes développés par l'équipe OPPaLE.

À l'heure où la France a envisagé la généralisation des RMM pour les décès péri et néonataux inattendus proches du terme [19], un registre national de mortalité infantile et où l'organisation de la périnatalité dans les territoires a fait l'objet d'un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales [20], cette étude montre l'intérêt d'un audit de type « parcours traceur » ciblé sur le suivi de grossesse entre la ville et l'hôpital, pour développer la culture de sécurité périnatale et l'utilité d'un guide d'analyse des décès périnataux à l'échelle régionale [21]. ■

➔ **Lien vers le rapport complet :** Structure d'appui régionale à la qualité des soins et à la sécurité des patients (Staraqs). Améliorer les connaissances sur la mortalité périnatale en vue de la réduire : étude expérimentale 2024. Paris : Staraqs ; 2025. 56 p. Accessible à : https://dev.staraqs.com/wp-content/uploads/2025/06/1.-Rapport-deces-perinataux-VF_Sept-2025-2.pdf (Consulté le 11-09-2026).

1- Type I : maternité de proximité ; IIa : maternité avec service de néonatalogie ; IIb : maternité avec soins intensifs de néonatalogie ; type III : maternité spécialisée en réanimation néonatale.

2- ALARM : *Association of Litigation and Risk Management*, association de gestion des risques et des litiges qui a donné son nom à sa méthode.

3- MBRRACE-UK : *Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK* (mères et nourrissons : réduire les risques grâce aux audits et aux enquêtes confidentielles).

Références

- 1- Cour des comptes. La politique de périnatalité [Internet]. Paris : Cour des comptes ; 2024. Accessible à : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-perinatalite> (Consulté le 11-09-2026).
- 2- Sénat. Lutter contre la mortalité infantile, texte n° 635 [Internet]. Paris : Sénat ; 2025. Accessible à : <https://www.senat.fr/leg/pp124-635.html> (Consulté le 11-09-2026).
- 3- Haute Autorité de santé (HAS). Analyse des déclarations des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus chez les nouveau-né. Saint-Denis : HAS ; 2025. 43 p. Accessible à : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/rapport_analyse_eigs_nouveau_nes_vd.pdf (Consulté le 11-09-2026).
- 4- Crenn-Hebert C, Menguy C, Ioos T, et al. Rapport annuel du système d'information Périnat-ARS-IF PMSI 2021. Paris : Service numérique de santé ; 2023. 110 p. Accessible à : https://www.sesan.fr/wp-content/uploads/2019/07/rapport_perinat_2021.pdf (Consulté le 11-09-2026).
- 5- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). RéMI – Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis : volet épidémiologique et audit des décès périnataux et néonataux, rapport final. Paris : Inserm ; 2015. 140 p. Accessible à : https://www.perinat-nef.org/wp-content/uploads/2018/05/Rapport_REMIp_INSERM_Final.pdf (Consulté le 11-09-2026).

- 6- Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IDF). Périnatalité: programme régional de réduction de la mortalité infantile [Internet]. Saint-Denis: ARS IDF; 2025. Accessible à : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/perinatalite-programme-regional-de-reduction-de-la-mortalite-infantile> (Consulté le 11-09-2026).
- 7- Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IDF). Projet régional de santé 2023-2028 [Internet]. Saint-Denis: ARS IDF; 2025. Accessible à : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/publication-du-prs-2023-2028> (Consulté le 11-09-2026).
- 8- Fédération française des réseaux en santé en périnatalité (FFRSP). Action: RMM mortalité périnatale [Internet]. Toulouse: FFRSP; 2023. Accessible à : <https://ffrsp.fr/actions/action-rmm-mortalite-perinatale/#:~:text=Objectif%20de%20cette%20mission%20exploratoire,de%20mortalit%C3%A9%20p%C3%A9rinatale%20%C3%A0%20terme> (Consulté le 11-09-2026).
- 9- Direction générale de l'offre de soin (DGOS). Instruction n° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité. Paris: DGOS; 2023. 11 p.
- 10- Haute Autorité de Santé (HAS). Revue de mortalité et de morbidité (RMM): outil d'amélioration des pratiques professionnelles [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2026. Accessible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm (Consulté le 11-09-2026).
- 11- Centre de recherche en épidémiologie et statistique (Cress). OPaLE: Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology [Internet]. Paris: Cress; [s. d.]. Accessible à : <https://cress-umr1153.fr/fr/teams/oppale/> (Consulté le 11-09-2026).
- 12- Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP). Fiches de codage PMSI en périnatalité (mise à jour mars 2025 avec l'Atih). Toulouse: FFRSP; 2025. 54 p. Accessible à : <https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2025/04/FICHES-DE-CODAGE-PMSI-EN-PERINATALITE-T12025vf2.pdf> (Consulté le 11-09-2026).
- 13- Haute Autorité de santé (HAS). Grille ALARM [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2026. Accessible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm (Consulté le 11-09-2026).
- 14- Ministère de la Santé. Signaler un risque pour la santé publique: agir pour sa santé et celle des autres [Internet]. Paris: Agence du numérique en santé; [s. d.]. Accessible à : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/> (Consulté le 11-09-2026).
- 15- Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK (MBRRACE-UK). Term, singleton, intrapartum stillbirth and intrapartum related neonatal death [Internet]. Leicester (UK): University of Leicester; 2025/2024. Accessible à : <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrrace-uk> (Consulté le 11-09-2026).
- 16- Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK (MBRRACE-UK). MBRRACE-UK perinatal confidential enquiry: Term, singleton, intrapartum stillbirth and intrapartum related neonatal death. Leicester (UK): University of Leicester; 2017. 158 p. Accessible à : <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/MBRRACE-UK%20Intrapartum%20Confidential%20Enquiry%20Report%202017%20-%20final%20version.pdf> (Consulté le 11-09-2026).
- 17- Cinelli H, Lelong N, dir. Enquête nationale périnatale: les naissances, le suivi à deux mois et les établissements, situation et évolution depuis 2016. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2022. 297 p. Accessible à : <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf> (Consulté le 11-09-2026).
- 18- Garabedian C, Sibiude J, Anselem O, et al. Mort fœtale: consensus formalisé d'experts du Collège national des gynécologues-obstétriciens français. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2024;52(10):549-611. Doi: 10.1016/j.gofs.2024.07.0052024. Accessible à : <https://cngof.fr/app/uploads/2025/11/Mort20Foetale202420CFE20.pdf?x16080> (Consulté le 11-09-2026).
- 19- Direction générale de l'offre de soin (DGOS). Instruction n° DGOS/P1/DGS/SP1/DREES/OSAM/BESP/2026/106 du 4 août 2026 relative à la généralisation des revues de morbi-mortalité (RMM) en périnatalité dans les établissements de santé. Paris: DGOS; 2026. 17p.
- 20- Morelle A, Pascal A, Saillard MO. Organisation de la périnatalité dans les territoires: affirmer une logique de santé publique [Internet]. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2026. Accessible à : <https://www.igas.gouv.fr/organisation-de-la-perinatalite-dans-les-territoires-affirmer-une-logique-de-sante-publique> (Consulté le 11-09-2026).
- 21- Structure d'appui régionale à la qualité des soins et à la sécurité des patients (Staraqs). Améliorer les connaissances sur la mortalité périnatale en vue de la réduire: étude expérimentale 2024. Paris: Staraqs; 2025. 56 p. Accessible à : https://dev.staraqs.com/wp-content/uploads/2025/06/1.-Rapport-deces-perinatals-VF_Sept-2025-2.pdf (Consulté le 11-09-2026).

Citation: Chas H, Bonfait H, Quibel T, Raynal P, Dupont C, Crenn-Hebert C, Hamant I, Godreau M, Payen de la Garanderie H. Analyse systémique des causes de décès périnataux dans trois réseaux périnataux en Île-de-France. *Risques & Qualité*. 2026;23(3):155-162.

Historique: Reçu 27 mai 2026 – Accepté 9 septembre 2026 – Publié 30 septembre 2026

Financement: les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement.

Liens d'intérêt: les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.



www.risqual.net