

INTRODUCTION

Le Réseau de Périnatalité de la région Centre-Val de Loire (CVL) a été mis en place par l'ARS pour accompagner, informer et délivrer aux femmes enceintes et nouveau-nés les soins les plus appropriés à leur état de santé pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance. Il mène des actions de formation et d'évaluation afin de garantir la qualité des soins dispensés dans les maternités de la Région CVL (<https://www.perinatalite-centre.fr>).

Le Registre Informatisé des Naissances (RIN), hébergé par la plateforme e-Santé CVL, permet le suivi des pratiques professionnelles et de l'activité des 20 maternités de la région. Après une année 2016 pour la première fois quasi-exhaustive, le registre a couvert en 2017 **85% des naissances**, du fait de problèmes d'interface persistants au CHR Orléans (cf plus bas). L'Unité Régionale d'Épidémiologie Hospitalière (UREH), au service des réseaux de soins et de l'ARS, analyse les données du registre et les complète, si besoin, avec les données du PMSI.

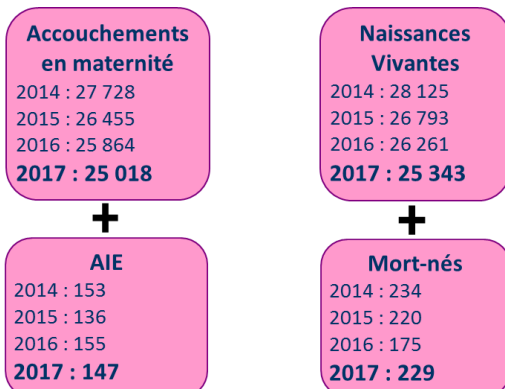
Enfin, la FFRSP (Fédération Française des Réseaux de Soins en Périnatalité) met à disposition, en libre accès sur le site de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation), les principaux indicateurs de périnatalité 2013-2017⁽¹⁾, en France, par région et établissement permettant ainsi des comparaisons entre maternités de même type, entre régions, et avec la France Métropolitaine (FM_{ATIH}).

AXES D'ANALYSE 2017

Après une vue panoramique de l'évolution de la natalité en CVL, les principaux indicateurs annuels issus de la combinaison des données Registre/PMSI seront présentés :

- **Accouchements** : Pratiques obstétricales sur voies basses : manœuvres/instruments, épisiotomie/déchirures et péridurales. Répartition des accouchements, Taux de césarienne et de césarienne programmée par maternité et selon Robson simplifié^(2,3).
- **Naissances** : Naissances vivantes, Mortinatalité, Poids, Prématurité, Post-terme, Adéquation Poids/Terme par niveau de maternité.

PANORAMA 2017 DE LA NATALITE EN CVL



En 2017, les problèmes d'interface du CHR Orléans ont persisté ne permettant qu'une transmission partielle de données (25%). Ceux du CH de Châteauroux ont été étendus au CH du Blanc dont le système d'information a été mutualisé avec le CH de Châteauroux. Bien que transmises à 97%, les données de ces deux maternités restent qualitativement non utilisables. **Au total, l'exhaustivité du registre est de 85% et un quart des données sont inexploitable.** Les données « registre » du CHRO, Châteauroux et Le Blanc ont été exclues au profit du PMSI.

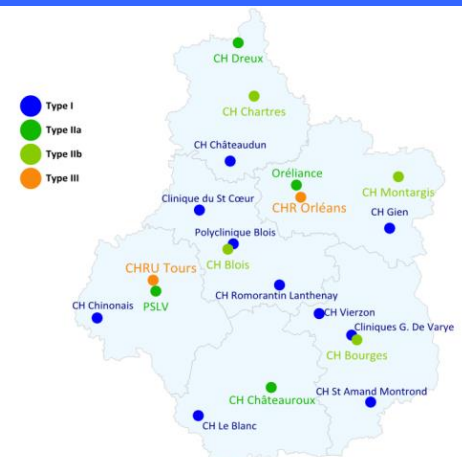


Figure 1 : Principaux indicateurs de périnatalité en maternités CVL 2014-2017

Figure 2 : Implantation géographique des maternités CVL

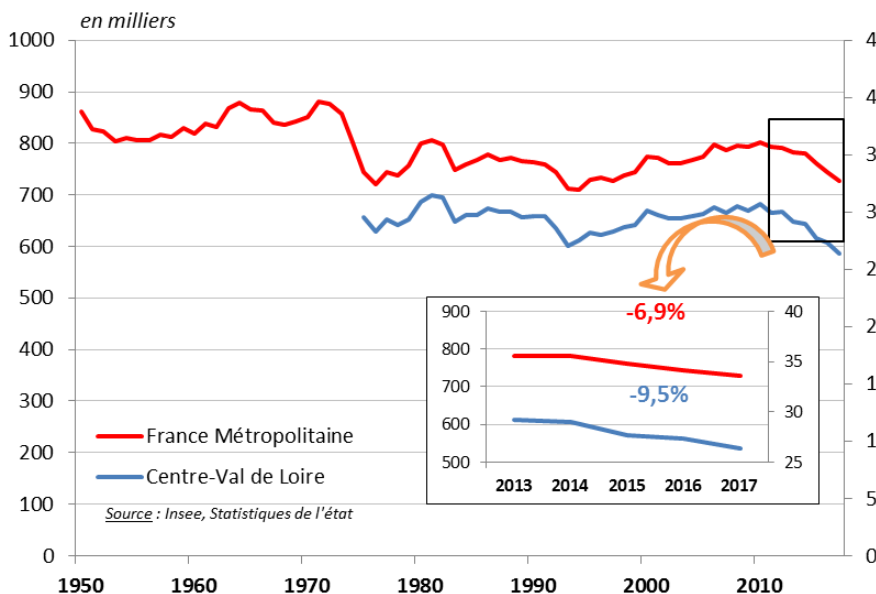


Figure 3 : Naissances vivantes domiciliées 1950-2017 : FM et CVL

En 2017 selon l'Insee, le nombre de naissances vivantes domiciliées en CVL est de 25 856 (-3,8% par rapport à 2016), soit une baisse de -9,5% par rapport à 2013, plus importante que celle observée en France Métropolitaine sur la même période (-6,9%) alors que l'écart FM/CVL était globalement stable antérieurement (Figure 3).

Le nombre d'accouchements des femmes domiciliées en CVL est en constante diminution depuis 2010. Sur la période 2014-2017 (Figure 4), il a diminué de -8,9%. Cette baisse concerne tous les départements.

A partir de 2015, les taux de fuites augmentent significativement en CVL ($p < 0,01$), notamment en Indre et Loiret (fermeture de Pithiviers en 2016) où d'autre part, le nombre d'accouchements domiciliés diminue.

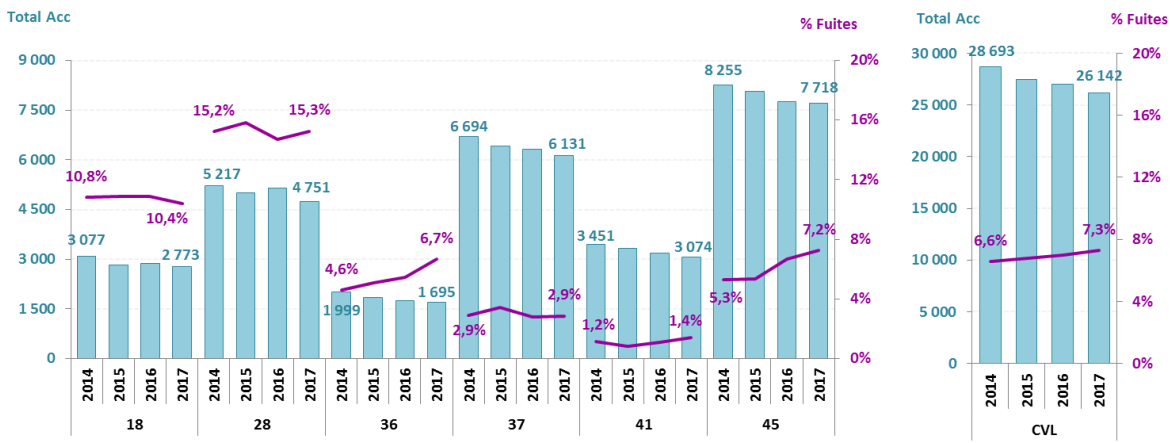


Figure 4 :
Accouchements et taux de fuites par domicile CVL PMSI₂₀₁₄₋₂₀₁₇

L'Eure-et Loir a le taux de fuites le plus élevé (15% stable - Figures 4 et 5) : 4 fois sur 10 vers Rambouillet.

L'Indre fuit de plus en plus vers Limoges, le Loiret fuit vers Fontainebleau mais surtout de plus en plus vers Etampes (2,6 fois plus entre 2014 et 2017).

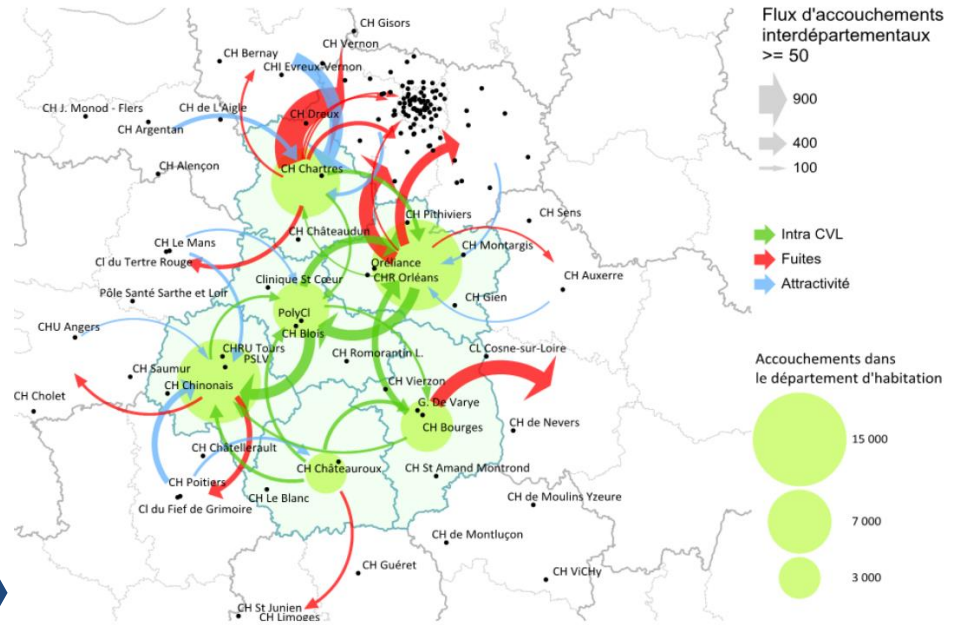


Figure 5 : Flux des accouchements pris en charge et/ou domiciliés en CVL, PMSI₂₀₁₆₋₂₀₁₇

ACCOCHEMENTS EN MATERNITE CVL

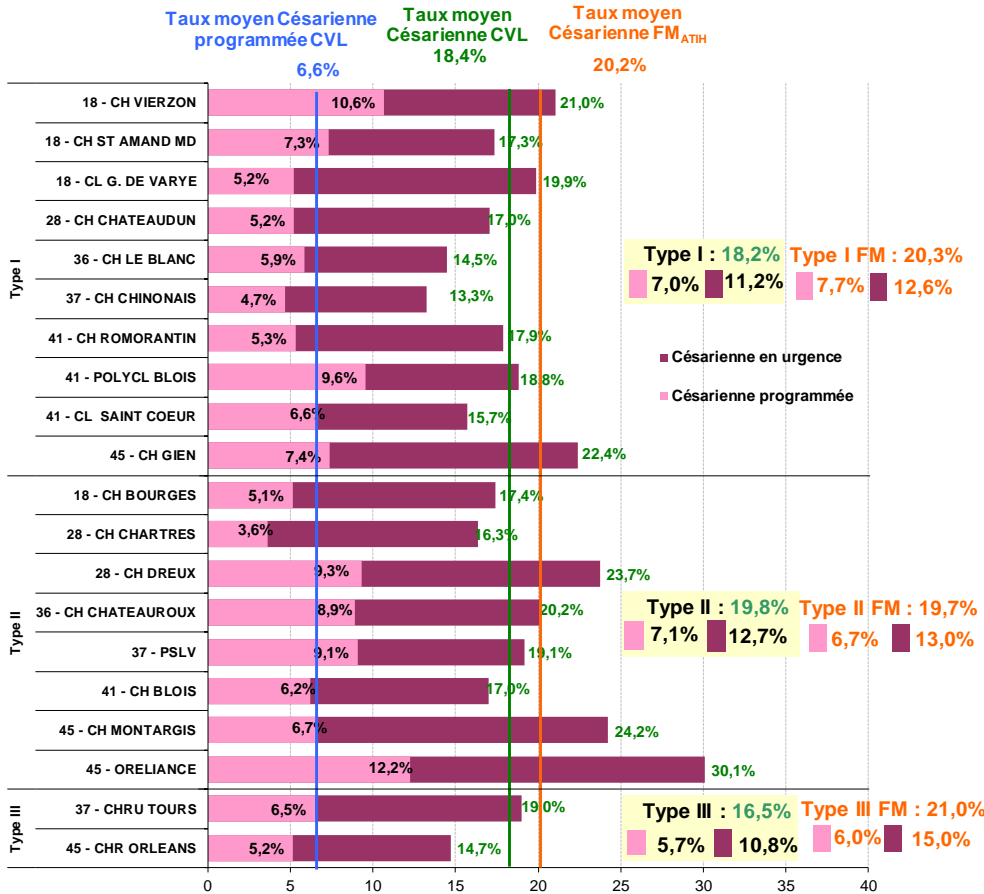


Figure 6 : Taux de césarienne par maternités, CVL 2017

En 2017, 25 018 accouchements ont été pris en charge en maternités CVL (-3,3% par rapport à 2016 – Figure 1).

• **Accouchements par voie basse** (n=20 419, 81,6%) : ils sont assistés par manœuvre ou instrument dans 11,9% des cas (13% en FM_{ATIH}).

Au cours de voie basse (VB), on dénombre, en CVL, 55,3% de déchirures (versus 46,8% en 2016) et 17,3% d'épisiotomies (versus 22,3% en 2016). Cette bascule épisiotomie → déchirure est prédominante en Type III. Les déchirures graves du périnée (0,9%) ont augmenté (0,6% en 2016 - p=0,002).

En 2017, 79,4% des VB ont été réalisées sous péridurale vs 75,3% en 2016.

• **Césarienne** (n=4 599) : le **taux moyen régional** retrouve le niveau de 2015 à **18,4%**, inférieur au **taux FM_{ATIH} : 20,2%**.

Quatre établissements restent au-dessus de la moyenne nationale avec des taux proches de 25% ou au-delà. Par rapport à la FM, les taux de césarienne en Type I et III en CVL restent plus bas (Figure 6).

Le **taux de césarienne programmée** est stable à **6,6% en CVL** (FM_{ATIH} : 6,8%) et plus faible à **5,7% en type III** (FM_{ATIH} : 6,0%).

En cas de **grossesse unique à terme, le taux de césarienne programmée est de 6,3% (FM_{ATH} : 6,9%)** : 43,3% de ces césariennes programmées ont lieu à terme précoce (37 et 38 SA), proportion similaire au niveau national. Il a été recommandé, par l'HAS en 2012, de ne pas programmer avant 39 SA une césarienne pour une grossesse unique.

Le **taux de césarienne en cas de présentation du siège** est de 74% (vs 80,6% en France₂₀₁₆⁴), stable : Type I : 89,3% - Type II : 79,8% - Type III : 61,1%.

Tableau 1 : Accouchements, Taux de césarienne et de césarienne programmée selon Robson simplifié - CVL 2017

	Type I			Type II			Type III			CVL					
	Total	César	César Prog	Total	César	César Prog	Total	César	César Prog	Total	César	César Prog	% Acc	Taux César	Taux César Prog
TOTAL CVL	4 817	875	335	11 891	2 352	840	8 310	1 372	475	25 018	4 599	1 650	100,0%	18,4%	6,6%
Bas risque															
singleton céphalique à terme (≥37 SA) (sans utérus cicatriciel)	4 017	386	58	9 488	1 038	163	6 461	482	64	19 966	1 906	285	79,8%	9,5%	1,4%
	800	489	277	2 403	1 314	677	1 849	890	411	5 052	2 693	1 365	20,2%	53,3%	27,0%
Haut risque															
Utérus cicatriciel singleton céphalique à terme (≥37 SA)	468	282	175	1 246	713	424	787	417	279	2 501	1 412	878	10,0%	56,5%	35,1%
Tous sièges singletons	160	143	88	355	282	167	307	183	72	822	608	327	3,3%	74,0%	39,8%
Grossesse multiple	30	18	8	178	97	45	193	104	29	401	219	82	1,6%	54,6%	20,4%
Singleton transverse*	10	8	4	28	28	11	30	28	7	68	64	22	0,3%	94,1%	32,4%
Prématuré singleton (≤ 36 SA)	132	38	2	596	194	30	532	158	24	1 260	390	56	5,0%	31,0%	4,4%

* Comprend transverse, front, face, menton et autres complexes

En l'absence de données fiables et exhaustives pour le CHRO, Châteauroux et Le Blanc (remplacées par le PMSI), la classification de Robson détaillée^(2,3) n'a pu être faite. Seul un Robson simplifié est calculable par manque des notions de parité et de déclenchement dans le PMSI. **Pour les 25 018 accouchements pris en charge dans les maternités CVL 2017 :**

- **Femmes à haut risque : 1 accouchement sur 5 ; taux de césarienne 53,3%**
 - Siège singleton : 3,3% des accouchements ; taux de césarienne 74% (stable) dont 1 sur 2 programmée.
 - Utérus cicatriciel : 10% des accouchements ; taux de césarienne 56,5% (stable) dont 2/3 programmée.
 - Transverse et autres présentations complexes singleton : taux de césarienne 94%

Pour les utérus cicatriciels, les taux de césarienne restent conséquents avec un gradient décroissant du Type I au Type III : 60,2% à 53%. **Pour les sièges**, plus rares surtout en Type I, les taux de césarienne sont plus élevés avec un gradient décroissant plus important du Type I au Type III : 89,3% à 74%.

- **Femmes à bas risque : taux de césarienne 9,5% ; taux de césarienne programmée 1,4% (285 femmes).**

NAISSANCES EN MATERNITE CVL

Sur les **25 343** naissances vivantes en maternités CVL en 2017, **19,1%** ont lieu en **Type I**, **47,6%** en **Type II** et **un tiers** en **Type III**. La part de naissances en maternité de Type III, plus importante en CVL qu'au niveau national, progresse annuellement : reflet de l'évolution de l'offre de soins en CVL.

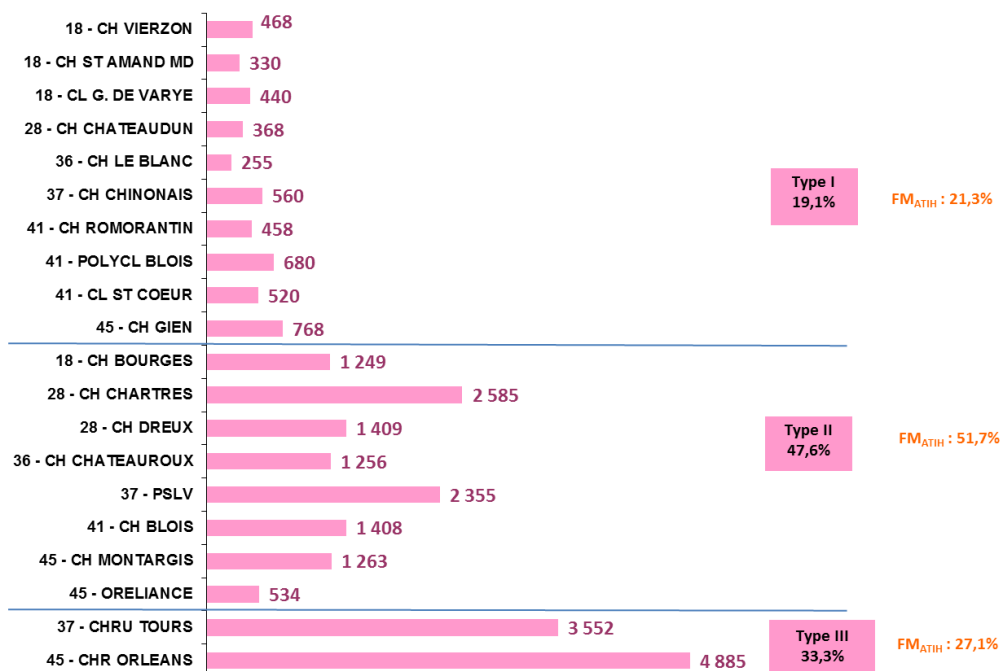


Figure 7 : Naissances vivantes par maternités, CVL 2017

1. NAISSANCES VIVANTES ET PLURALITE

Tableau 2 : Naissances vivantes et pluralité, CVL 2017

	NAISSANCES VIVANTES					
	Unique		Jumeaux		Triple et plus	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Type I	4 788	98,8%	59	1,2%		
Type II	11 707	97,1%	349	2,9%	3	0,02%
Type III	8 065	95,6%	360	4,3%	12	0,14%
Centre-Val de Loire	24 560	96,9%	768	3,0%	15	0,06%

En 2017, les naissances multiples représentent 3,1% des naissances vivantes en CVL (stable par rapport à 2016).

En 2017, 5 grossesses triples ont été observées, bébés tous nés vivants.

2. TAUX DE MORTINATALITE

Tableau 3 : Mortinatalité, CVL 2017

	FM _{ATIH}	Mort-nés		dont IMG	
		Nb	%	Nb	%
Type I	4,0	18	3,7	0	0
Type II	5,8	73	6,0	24	2,0
Type III	16,5	138	16,1	68	7,9
Centre-Val de Loire	8,3	229	9,0	92	3,6

La mortinatalité en CVL, après une baisse en 2016 (6,6‰), ré-augmente en 2017, principalement IMG (mais effectifs faibles et fluctuants) et dépasse la mortinatalité FM_{ATIH}, stable à 8,3‰.

De même en 2017, la mortalité périnatale CVL (mort-nés + 37 décès première semaine de vie à l'hôpital) est de 10,4‰ (8‰ en 2016), supérieure au taux national FM_{ATIH} de 9,8‰.

3. TERME ET POIDS DE NAISSANCE EN MATERNITE CVL

Tableau 4 : Prématurité, CVL 2017

	Naissances vivantes		FM _{ATIH}
	Nb	%	%
<= 24 SA	16	0,06%	0,09%
25 SA - 27 SA + 6j	44	0,17%	0,28%
28 SA - 31 SA + 6j	166	0,66%	0,70%
32 SA - 36 SA + 6j	1 505	5,9%	6,01%
<37 SA	1 731	6,8%	7,08%

La prématurité <37 SA est stable à 6,8%, toujours inférieure dans les maternités CVL qu'en FM_{ATIH} (7,1%). La prématurité extrême <28 SA est stable à 0,23%. Un terme dépassé (≥ 42 SA) est observé chez 192 bébés (0,8%). Comme en 2016, 0,9% des bébés vivants pèsent moins de 1 500g et 7,3% moins de 2 500g.

Au niveau national, compte-tenu des variabilités de définitions des outborns au sein des RSP, la FFRSP/ATIH a choisi un indicateur « d'inborns » : proportion de naissances vivantes < 32 SA en Type III. Le taux d'inborns en CVL est de 79,6% pour les < 32 SA (vs 77% en 2016) et de 77,5% pour les < 32 SA ou poids < 1500 g ; versus respectivement 83,5% et 81,2% en FM_{ATIH}.

Tableau 5 : Faible poids de naissance, CVL 2017

	Naissances Vivantes				FM _{ATIH}	
	< 1500 g		< 2500 g		< 1500g	< 2500g
	Nb	%	Nb	%	%	%
Type I	6	0,1%	197	4,1%	0,12%	4,1%
Type II	44	0,4%	840	7,0%	0,36%	5,1%
Type III	175	2,1%	811	9,6%	2,1%	12,3%
Centre-Val de Loire	225	0,9%	1 848	7,3%	0,9%	7,3%

DISCUSSION

Après avoir atteint pour la première fois la quasi-exhaustivité en 2016, le registre des naissances CVL est en souffrance en 2017 : les corrections manuelles lourdes dues aux problèmes d'interface au CHRO n'ont pas pu être refaites. D'autre part, l'informatisation des établissements de santé, débutée pour certains en 2018, va entraîner un arrêt de transmission des données (processus de double saisie étant non viable) mettant en jeu la pérennité du RIN. Le réseau Périnatal, en lien avec le GIP Centre-Val de Loire e-Santé, est en cours de communication auprès des établissements et éditeurs de logiciels pour l'extraction des données des logiciels métiers vers le RIN.

Sur le plan national, la FFRSP alimente annuellement, en libre accès sur Scansanté, les statistiques de santé périnatale issues du PMSI (<http://www.scansante.fr/>). De nouveaux indicateurs (taux d'épisiotomies, de déchirures et de péridurales sur VB, taux de VB assistées) seront disponibles pour les données 2018.

Sur la période 2013-2017, la natalité CVL (naissances domiciliées) diminue de façon plus importante qu'en FM du fait d'un vieillissement de la population CVL. En parallèle, les fuites hors CVL s'aggravent en Indre et surtout dans le Loiret depuis la fermeture de la maternité de Pithiviers. Cette tendance devrait se poursuivre en 2018 avec la fermeture de 2 autres maternités de Type I (Châteaudun et Le Blanc). En contrepartie, les Centres Périnataux de Proximité (CPP) permettent d'assurer le suivi des grossesses et du post-partum, activités non traçables via le registre ou le PMSI. Dans ce contexte, l'accès aux maternités pour toutes les futures mamans devra être évalué. Le suivi post-natal des nouveau-nés vulnérables continue à être assuré par le Réseau Grandir.

Tous les indicateurs en périnatalité CVL sont stables par rapport à 2016 excepté :

- taux de césarienne en diminution à 18,4%, proche du taux 2015, sans évolution des taux de césarienne par groupe de Robson (simplifié).
- moins d'épisiotomies et plus de déchirures surtout en Type III : impact de la campagne sur les « violences obstétricales » ? De plus, augmentation des déchirures graves.
- part des naissances en Type III CVL plus importante, liée à la modification de l'offre de soins.
- mortinatalité en hausse liée à une augmentation des IMG (à suivre en 2018) et devenue supérieure au national.

Merci pour l'investissement de toutes les maternités du Réseau Périnatal Centre-Val de Loire

- (1) Données de Périnatalité 2013-2017, Collaboration FFRSP/ATIH : <http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>
- (2) Périnatalité 2016 : Activité des maternités CVL. Plaquette UREH 2017
- (3) Césariennes Programmées en région Centre-Val de Loire - Pratiques et Indications. Plaquette UREH 2017
- (4) Enquête Nationale Périnatale, Rapport 2016, INSERM/DREES, octobre 2017

Dr D. TURPIN, Mme M.C BAUDE, Mme A. PIGNER, Dr T. PEREZ, Dr A. SOUHAIID, Dr N. AYASS – Réseau Périnatal CVL
Mme A.I. LECUYER, Mme L. GODILLON, Dr E. LAURENT, Dr L. GRAMMATICO-GUILLON – UREH

Mail : a.pigner@chu-tours.fr, ureh@chu-tours.fr

Document téléchargeable sur le site de l'UREH : <https://www.sante-centre.fr/ureh-centre>

En collaboration avec

