

INTRODUCTION

Le Réseau de Périnatalité de la Région Centre (RC), créé par l'Agence Régionale de Santé, met en place les organisations et procédures pour délivrer aux femmes enceintes et nouveau-nés les soins les plus appropriés à leur état de santé. Il a également pour mission d'évaluer les résultats des politiques appliquées dans son territoire. Initié en 2008 avec l'appui de la plateforme régionale Télésanté Centre, le **Registre Informatisé des Naissances** permet le suivi des pratiques professionnelles et de l'activité des 21 maternités. En 2014, l'**exhaustivité du recueil atteint 91%** des naissances. L'UREH analyse les données du **Registre** et les complète, si besoin, avec le recueil médico-administratif du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Depuis 2012, un lien entre le séjour de la mère et de l'enfant permet des corrections du PMSI en comparant le codage de l'accouchement et de la naissance.

AXES D'ANALYSE 2014

- **Mode d'accouchement (Césarienne/Voie Basse)** : taux de césarienne global, césarienne programmée (selon terme) et Accouchements Inopinés Extrahospitaliers (AIE).
- **Hémorragies du Post-Partum** : saignement \geq 500 ml quelle que soit la modalité d'accouchement
- **Naissances vivantes et Mort-nés**, selon gémealité ou non
 - **Mortinatalité** = mort-nés / naissances vivantes + mort-nés (pour 1 000 naissances)
 - **Mortalité périnatale** = mort-nés + morts < 8 jours / naissances vivantes + mort-nés (pour 1 000 naissances)
- **Poids/Terme**
 - **Un bébé dit « outborn »** est né dans un type de maternité inadéquat pour son poids/terme de naissance (critères HAS 2012). Analyse détaillée des raisons de non transfert pour en déterminer le caractère évitable (questionnaire adressé par le réseau pour chaque naissance outborn).
 - **Prématurité et Post-Terme.**
 - **Petit Poids pour l'Âge Gestationnel (PPAG)** : définis, selon le sexe, par un poids insuffisant situé en dessous du 10^{ème} percentile voire du 3^{ème} percentile (PPAG sévère) pour l'âge gestationnel [référentiel AUDIPOG sur 200 000 naissances].
 - **Macrosomies** (90 et 97^{ème} percentile) et facteurs explicatifs : âge, diabète maternel préexistant et gestationnel, obésité...

ACTIVITE DES MATERNITES DU RESEAU EN 2014

En 2014, la maternité du CH Dreux a implémenté le Registre informatisé de façon quasi-exhaustive. La participation de toutes les maternités de type I (11/11), 8/8 maternités de type II et des 2 maternités de type III (100% pour le CHRU et 46% pour le CHR Orléans en cours d'amélioration de l'interface entre son dossier informatisé et la plateforme et en cours de déménagement de sa maternité en 2015) a permis d'atteindre une **exhaustivité de 91%** (+ 4 % par rapport à 2013).

En l'absence de données Registre exploitables (CHRO) ou incomplètes sur certaines variables (à Dreux et Châteauroux) et afin d'avoir un **panorama complet de la périnatalité en RC**, les **données registre manquantes sont remplacées par les données du PMSI**.



- **Naissances vivantes** (naissances \geq 22 SA et/ou poids \geq 500g hors mort fœtale in utero et interruption médicale de grossesse)

En 2014, **28 125 naissances vivantes** ont été dénombrées dans les maternités de la Région Centre, chiffre très proche de celui du PMSI (n=28 134). L'évolution est de **-0,2%** par rapport à 2013 vs + 0,2% au niveau national.

- **Accouchements** (\geq 22 SA)

En 2014, sur les **27 728 accouchements** dénombrés dans les maternités en Région Centre, **25 345** étaient saisis dans le Registre. On compte 153 accouchements survenus hors établissement.

Les mères sont âgées en moyenne de 29,6 ans (de 12 à 57 ans) : la tranche des 25-34 ans est la plus représentée (65% des femmes). Depuis 2008, la proportion de mères de 40 ans et plus (3,7%) a augmenté d'un tiers (de 2,7% à 3,7%) alors que celle des moins de 20 ans (2,5%) est stable.

Le Registre Informatisé comporte 100% des 5 939 naissances vivantes en type I (-106 naissances par rapport à 2013), 99% des 13 983 naissances vivantes dénombrées en type II (-205 par rapport à 2013) et 71% des 8 203 naissances vivantes de type III (+248 naissances par rapport à 2013).

Sur les **28 125 naissances vivantes**, **21,1%** ont lieu en **type I**, **49,7%** en **type II** et **29,2%** en **type III**, répartition très légèrement modifiée par rapport aux années précédentes avec un peu plus de naissances en type III.

Les données du CHRO transmises au Registre incomplètes et non représentatives de l'activité "type III" seront systématiquement remplacées par les données du PMSI, de même pour certaines variables pour Dreux et Châteauroux (HPP, gémellité, mortalité).

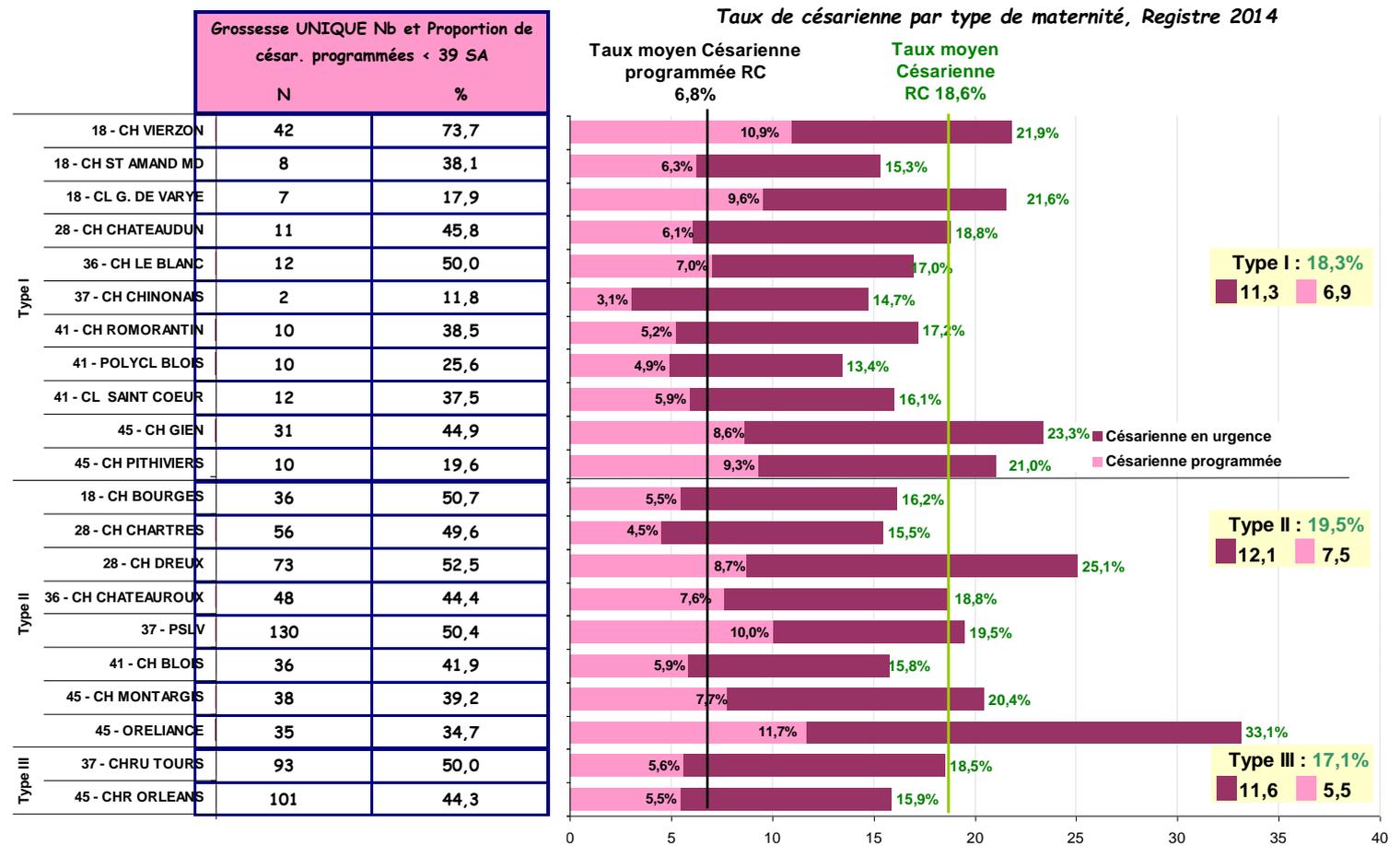
ACCOCHEMENTS

1. MODE D'ACCOCHEMENT

• **Césariennes** (n=5 147) : **taux moyen régional stable à 18,6%** (RC : 18,9% en 2013 et 18,6% en 2012 - France Métropolitaine : 20,3%, DREES Ministère de la Santé 2013, en cours de publication). Le **taux de césarienne programmée** est de **6,8% en RC** (RC 2013 : 7,1% - FFRSP 2013 : 7%) : 6,9% en type I, 7,5% en type II et plus faible à 5,5% en type III. 39% des césariennes programmées pour les grossesses uniques ont lieu avant 39 SA (42% en 2013).

Le taux de césarienne en cas de présentation du siège est de 74% : Type I : 91% - Type II : 79% - Type III : 66% (RC 2013 : 75%).

• **Accouchements par voie basse** (n=22 581) : ils se font dans 12% des cas avec manœuvre instrumentale.



2. HEMORRAGIES DU POST-PARTUM (HPP)

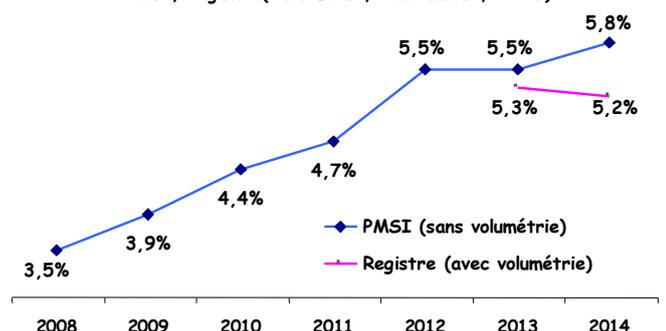
HPP 2014	PMSI	Registre*
Type I	3,3%	4,4%
Type II	3,3%	3,9%
Type III	12,0%	10,5%
Région Centre	5,8%	5,2%

*Hors Dreux, Châteauroux, CHRO

Sans volumétrie du saignement dans le PMSI, il est préférable de présenter les 2 systèmes séparément. Dans le PMSI, on note une tendance ascendante, avec une mesure imparfaite : augmentation réelle ou du codage ? Meilleur diagnostic grâce à une mesure des déperditions sanguines ? Le Registre montre un taux stable sur 2 ans et reste la référence (hémorragie ≥ 500 ml) même s'il n'est pas encore exhaustif.

Évolution du Taux d'HPP

PMSI, Registre (Hors Dreux, Châteauroux, CHRO)



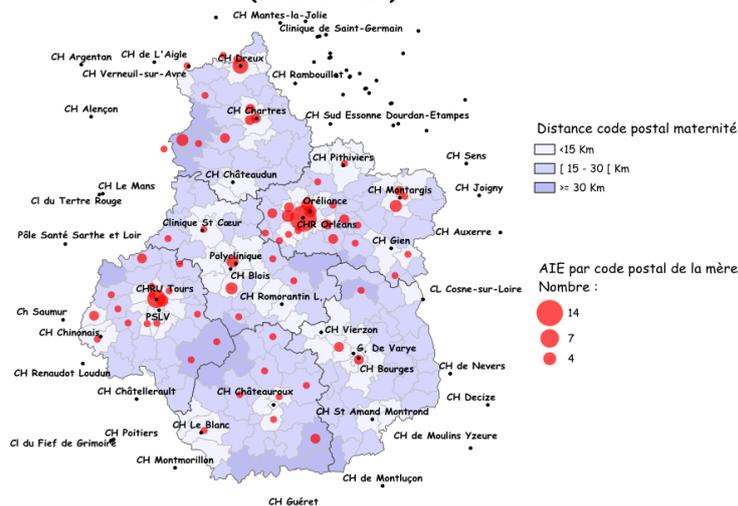
3. ACCOUCHEMENTS INOPINES EXTRAHOSPITALIERS (AIE)

On dénombre **153 accouchements extrahospitaliers** dont 4 bébés mort-nés (22, 24, 28 et 29 SA) et 1 décès per partum à 25 SA.

Dans le PMSI 6,4% des AIE concernent des femmes de moins de 20 ans versus 2,4% pour les accouchements en maternité (p=0,005).

Cette carte montre une **bonne accessibilité des maternités** en RC (peu de points rouges dans les codes postaux distants 30 Km ou plus à vol d'oiseau d'une maternité). A noter que la distance moyenne est de 17 Km et maximale de 42 Km).

Accouchements inopinés extra-hospitaliers en Région Centre 2014 (Données PMSI)



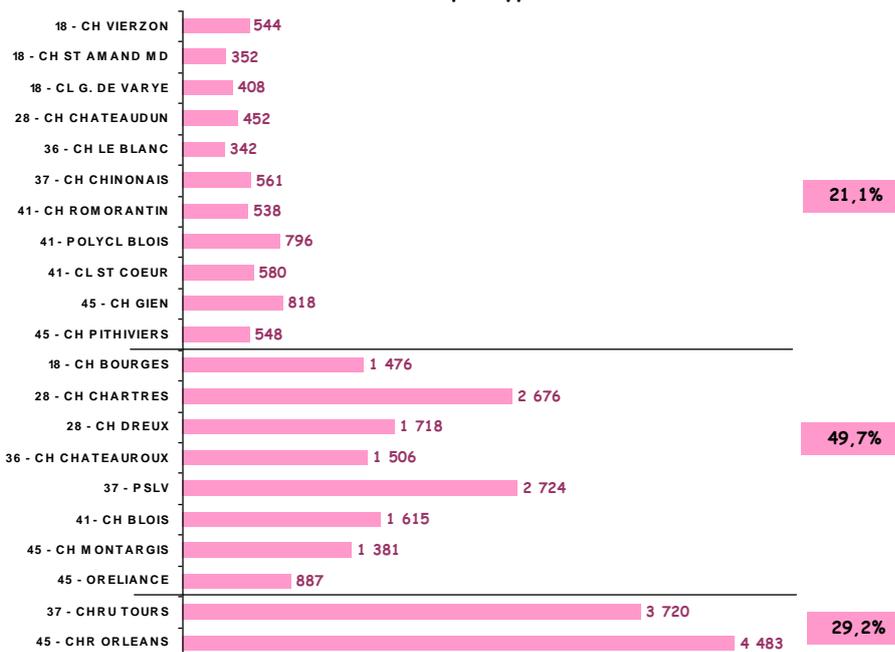
NAISSANCES

1. NAISSANCES VIVANTES ET GEMELLITE

Registre (PMSI CHRO, Dreux, Châteauroux)	NAISSANCES VIVANTES 2014					
	Unique		Jumeaux		Triple	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Type I	5 883	99%	56	0,9%		
Type II	10 378	74%	464	3,3%	6	0,04%
Type III	7 802	95%	381	4,6%	20	0,24%
Région Centre	24 063	86%	901	3,2%	26	0,09%

Les grossesses multiples sont en progression en Région Centre, **3,3% des naissances vivantes** en 2014 (2,8% en 2012, 3% en 2013 - p<0,02). En 2014, 9 grossesses triples avec 26 naissances vivantes (seulement 2 grossesses triples en 2013, 3 en 2012). France métropolitaine DREES 2013 : 3,3%.

Naissances Vivantes par type de maternité en 2014



2. TAUX DE MORTINATALITE

La **mortinatalité** est de **8,3‰** (234 mort-nés (MN) : 157 MFIU et 77 IMG ≥22 SA et/ou ≥500 g) et de **34‰** chez les jumeaux/triplés significativement plus élevée que 2013 (13 ‰ p=0,002). Mortinatalité France métropolitaine 8,7‰ DREES 2013.

La **mortalité périnatale** (mort-nés + 38 décès première semaine de vie à l'hôpital) est de 9,6‰.

Cette année, il existe un différentiel important entre le nombre de mort-nés dans le PMSI et le Registre : dans quelques types II, les mort-nés sont très sous estimés par le PMSI à la fois chez la mère et l'enfant.

Registre (PMSI CHRO, Dreux, Châteauroux)	Mort-nés		dont IMG	
	N	‰	N	‰
Type I	24	4,0	1	0,2
Type II	107	7,6	19	1,3
Type III	103	12,4	57	6,9
Région Centre	234	8,3	77	2,7

Rappel codage :

- chaque mort-né doit avoir un résumé de séjour PMSI avec poids, terme, comorbidités et malformations ;
- la mortinatalité est mesurée au niveau national par le PMSI, et c'est le chiffre PMSI qui sera la référence, il sera sous estimé si les codages sont oubliés.

3. TERME ET POIDS DE NAISSANCE

→ Terme des naissances en Maternité de la RC

Registre (PMSI CHRO, Dreux, Châteauroux)	Naissances Vivantes 2014		
	Unique	Multiple	Total
<= 24 SA	0,1%	0,4%	0,08%
[25-27] SA	0,2%	1,3%	0,19%
[28-31] SA	0,4%	5%	0,57%
[32-34] SA	1,1%	15%	1,5%
[35-36] SA	3,1%	29%	4,0%
<37 SA	4,8%	51%	6,3%

La prématurité <37 SA est stable à 6,3% depuis 3 ans, inférieur au chiffre de 7,1% relevé par la DREES France métropolitaine en 2013 et 7,3% pour la FFRSP en 2014⁽¹⁾.

La prématurité extrême <28 SA (76 bébés en 2014) augmente toujours légèrement (0,27% en 2014, 0,23% en 2013, 0,14% en 2012, p=0,004). Chez les naissances multiples, le taux de prématurité est de 51% (dont 1,7% de prématurité extrême <28 SA).

Un terme dépassé (≥ 42 SA) est observé chez 231 bébés (0,8%).

→ Poids de naissance (PN) en Maternité de la RC

Registre (PMSI CHRO, Dreux, Châteauroux)	Naissances Vivantes 2014			
	< 1500 g		< 2500 g	
	Nb	%	Nb	%
Type I	10	0,2%	254	4,3%
Type II	44	0,3%	1 002	7,2%
Type III	172	2,1%	754	9,2%
Région Centre	226	0,8%	2 010	7,1%

0,8% des bébés vivants ont un poids inférieur à 1 500g et 7,1% inférieur à 2 500g (respectivement 0,7% et 7,2% en 2013, différence non significative). France métropolitaine 1% et 7,2%, DREES 2013.

→ Adéquation de la naissance au type de la maternité

120 bébés du Registre sont nés "outborn" et une enquête détaillée a été menée par le réseau.

Enquête « outborn » Réseau Périnatal 2014

A partir des données croisées du Registre informatisé des naissances, du PMSI et des cahiers d'accouchements de certaines maternités, 120 enfants sont nés « outborn » en 2014 en RC (selon les critères HAS novembre 2012). Un questionnaire envoyé aux maternités par le Réseau Périnatal Centre a permis de préciser les causes de non transfert in utero, et le devenir de ces enfants.

Outborn 2014	< 28 SA	[28 - 32+6j]	[33 - 35+6j]	Total	
		SA	SA	N	%
Total outborn	15	47	58	120	
RCIU Sévère	0	2	5	7	6
Eutrophie	14	42	48	104	87
Gémellaire	2	11	7	20	17
Décès	7	0	0	7	6
Total outborn vivants	8	47	58	113	
Transfert post-natal	8	40	24	72	64
Non transfert	0	7	34	41	36

Parmi les outborn < 28 SA (12,5%) on compte presque autant de décès que de nés vivants : 6 décès avant 25 SA, 1 à 25 SA+2j ; aucun décès notifié chez les 28-32 SA+6j (39,2%) et chez les ≥ 33 SA (48,3%). La grande majorité des outborn sont nés eutrophes. La majorité des RCIU sévères (<3^{ème} percentile) ont un terme ≥ 33 SA. 1 naissance sur 6 est gémellaire. Parmi les non décédés, le transfert post-natal a concerné 100% des < 28 SA, 85% des 28-32 SA+6j et 41% des ≥ 33 SA.

Naissances vivantes prématurées 2014	< 26 SA	[26-27+6j]	[28-32+6j]	[33-35+6j]	Total
		SA	SA	SA	
Nb outborn	9	6	47	58	120
Total Naissances	30	42	236	726	1034
Taux outborn	30%	14%	20%	8%	12%

Les naissances « outborn » sont-elles évitables ? L'urgence contre-indique le transfert dans presque tous les cas : 57 accouchements par voie basse avec travail rapide et 62 césariennes en urgence, pour pathologie maternelle et/ou fœtale. Le taux de césarienne en urgence des outborn (52%) est 4 fois plus élevé de la population générale (césarienne en urgence 11,8%). L'absence de place en maternité III, seul motif évitable, concerne un seul outborn.

Outborn Vivants (n=113)	Non Transférés	Transférés			Total	% Transfert
		II	III	NP		
I	31	5	21	26	46%	
II A	1		18	18	95%	
II B	9		23	5	28	76%
Total	41	5	62	5	72	64%

Les transferts systématiquement ascendants concernent 64 % des bébés outborn vivants. 86% des transferts se font vers un niveau III. 3 naissances outborn ont bénéficié de la présence du SMUR pédiatrique. Parmi les 41 outborn non transférés, il n'y a eu aucun décès à distance; ces enfants ont été hospitalisés de 4 à 58 jours.

Point particulier : 2 maternités de type I bénéficient de la proximité d'un service de pédiatrie. Hors urgence, les règles de transfert in utero restent inchangées. Dans ces 2 maternités, 27 naissances sont survenues entre 34 SA et 35 SA+6j, et seuls 5 bébés ont nécessité un transfert post-natal.

4. PETIT POIDS ET MACROSOMIE POUR L'AGE GESTATIONNEL

Naissance Vivantes 2014 REGISTRE (PMSI CHRO, Dreux, Châteauroux)	Petit Poids pour l'Age Gestationnel				Macrosomie			
	Sévère < 3 ^{ème} p		< 10 ^{ème} p		Sévère > 97 ^{ème} p		> 90 ^{ème} p	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Type I								
18 - CH VIERZON	18	3,3	56	10,3	15	2,8	49	9,0
18 - CH ST AMAND MONTROND	12	3,4	32	9,1	8	2,3	35	9,9
18 - CL G. DE VARYE	12	2,9	29	7,1	9	2,2	38	9,3
28 - CH CHATEAUDUN	17	3,8	54	12,0	7	1,6	36	8,0
36 - CH LE BLANC	12	3,5	32	9,4	5	1,5	20	5,9
37 - CH CHINONNAIS	16	2,9	50	8,9	19	3,4	50	8,9
41 - CH ROMO LANTHENAY	19	3,5	63	11,7	7	1,3	38	7,1
41 - POLYCLINIQUE BLOIS	16	2,0	55	6,9	15	1,9	70	8,8
41 - CL SAINT COEUR	19	3,3	56	9,7	12	2,1	50	8,6
45 - CH GIEN	35	4,3	97	11,9	21	2,6	76	9,3
45 - CH PITHIVIERS	25	4,6	59	10,8	7	1,3	32	5,8
Total	201	3,4%	583	9,8%	125	2,1%	494	8,3%
Type II								
18 - CH BOURGES	56	3,8	158	10,7	30	2,03	118	7,99
28 - CH CHARTRES	110	4,1	271	10,1	59	2,20	243	9,08
28 - CH DREUX	49	2,9	146	8,5	47	2,8	173	10,3
36 - CH CHATEAUROUX	52	3,5	144	9,6	48	3,3	141	9,7
37 - PSLV	110	4,0	265	9,7	61	2,24	191	7,01
41 - CH BLOIS	73	4,5	186	11,5	32	1,98	132	8,17
45 - CH AGGLO MONTARGIS	48	3,5	130	9,4	33	2,39	119	8,62
45 - ORÉLIANCE	30	3,4	71	8,0	14	1,58	62	6,99
Total	528	3,8%	1 371	9,8%	324	2,3%	1 179	8,4%
Type III								
37 - CHRU TOURS	143	3,8	399	10,7	81	2,18	293	7,88
45 - CHR ORLEANS	178	4,0	431	9,6	118	2,8	397	9,4
Total	321	3,9%	830	10,1%	199	2,4%	690	8,4%
Total Région Centre	1 050	3,7%	2 784	9,9%	648	2,3%	2 363	8,4%

Cette analyse s'appuie sur le référentiel Audipog qui donne le poids moyen par AG et sexe sur 200 000 naissances (multiples comprises) survenues entre 1999 et 2005. On retrouve un taux régional 2014 de Petits Poids pour l'AG (PPAG) <10^{ème} percentile proche de 10% et **3,7% pour le PPAG sévère** (significativement supérieur au 3% attendu - $p < 10^{-6}$: 4% en 2013). Les macrosomies (sévères ou 90^{ème}) sont significativement moins fréquentes en RC qu'attendues au vu du référentiel.

Facteurs associés à une macrosomie > 97^{ème} percentile des naissances vivantes uniques 2014

Naissances uniques (N = 26 943)	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	N	% macrosomes >97p	p	OR	IC	p
Age maternel						
< 35 ans	22 251	2,2%	0,0003	réf		
>= 35 ans	4 692	3,1%		1,23	[1,01-1,5]	0,037
Prise de poids pendant la grossesse						
Non	22 837	2,2%	0,0003	réf		
Oui	4 106	3,2%		1,36	[1,1-1,7]	0,002
Obésité maternelle						
Non	25 577	2,2%	<.0001	réf		
Oui	1 366	5,5%		1,8	[1,4-2,4]	<.0001
Diabète (pré-existant ou gestationnel)						
Non	24 271	2%	<.0001	réf		
Oui	2 672	5,7%		2,6	[2,1-3,2]	<.0001
Département de domicile						
18 - Cher	2 668	2,4%	0,56			
28 - Eure-et-Loir	4 284	2,3%				
36 - Indre	1 814	2,8%				
37 - Indre-et-Loire	6 222	2,3%				
41 - Loir-et-Cher	3 008	2,1%				
45 - Loiret	7 555	2,5%				
Hors Région Centre	1 034	2,3%				

Parmi les principaux facteurs identifiés de macrosomie > 97^{ème} percentile :

- le **diabète maternel (pré-existant et gestationnel) est le principal facteur de risque** augmentant de 2,6 fois le risque de macrosomie,

- l'obésité maternelle (IMC ≥ 30 kg/m²) de 1,8 fois, tandis que l'excès de prise pondérale pendant la grossesse a un risque un peu moindre (qualité du codage ? calcul de l'IMC ?)

- La prise excessive de poids pendant la grossesse est probablement sous codée (15%).

- le risque associé à l'âge maternel > 35 ans semble moins important que les autres (OR = 1,2).

Il n'y a pas de lien entre le département de domicile et la macrosomie. La parité n'a pu être étudiée car mal identifiée dans le PMSI.

➔ Hospitalisation en néonatalogie dans les 28 jours

Naissances Vivantes 2014 PMSI	n=28 134	
Hospitalisation dans les 28 jours :		
- en Néonatalogie/Réanimation	574	2,0%
- en Néonatalogie/soins intensifs	593	2,1%
- en Néonatalogie	3 263	11,6%
Hospitalisation avec séjour chirurgical	100	0,4%

En 2014, sur les 28 134 naissances vivantes du PMSI, **13 % ont fait l'objet d'une hospitalisation en néonatalogie** tous secteurs confondus (dans l'établissement de naissance ou ailleurs) dans les 28 jours consécutifs à la naissance (période périnatale) ainsi répartis selon les autorisations des unités de néonatalogie (ou séjour chirurgical).

METHODE

La Région Centre a la chance de disposer d'un Registre des Naissances dont l'exhaustivité s'améliore d'année en année, laissant espérer une exhaustivité complète en 2016. Des visites sont prévues sur les 3 sites encore en difficulté pour interfacer leurs données avec le Registre (donc sans double saisie). La qualité des données s'améliore grâce au contrôle mensuel du tableau de bord, qui permet de repérer les erreurs et d'obtenir des statistiques au fil de l'eau. En 2014, le registre nécessitait encore d'être complété par le PMSI pour 3 maternités mais il se doit d'être la référence pour toutes les analyses descriptives et explicatives fines, notamment pour des indicateurs clés type taux d'HPP (volume du saignement), anoxie néo-natale (Apgar, pH) mal tracée dans le PMSI et tout indicateur complexe (précarité, addictions ...). A cet effet, une mise à jour substantielle de la grille de recueil du registre informatisé a été réalisée et sera effective au 1^{er} janvier 2016. Elle apporte des précisions sur : addictions, déclenchements, analgésies, paramètres du nouveau-né.

Le PMSI est un outil national pérenne et obligatoire de plus en plus utilisé en Périnatalogie, notamment pour la production en routine des indicateurs de Mortinatalité et Mortalité périnatale en France par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) qui s'appuie sur l'expertise des Réseaux de Soins en Périnatalité (RSP) : des statistiques par RSP seront disponibles en 2016 sur ScanSanté (<http://www.scansante.fr/>).

PRINCIPAUX RESULTATS

On note une stabilité des principaux indicateurs :

- du **taux régional de césarienne stable (18,6%), inférieur au taux national** estimé à 20,3% en 2013 et 2014 (données FFRSP/ATIH en cours de validation), grâce à un taux de césarienne programmée plus faible, inférieur à 7% en 2014. Toutefois, 39% de celles-ci sont programmées avant 39 SA. L' HAS recommande, en raison de la morbidité néonatale, de ne pas faire de césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoetales. Cette recommandation a été récemment appuyée par l'équipe de Dijon² qui a montré que le pronostic des naissances uniques entre 35-38 SA est moins favorable qu'à 39-41 SA : mortalité et morbidité régulièrement décroissantes par unité de SA en moins à partir de 39 SA. Un travail en lien avec l'ARS et l'Assurance Maladie sera mené par le Réseau Perinat' Centre en 2016 sur les césariennes programmées : terme et indications.

- du **taux de prématurité (6,3%)** stable depuis 3 ans et légèrement inférieur au chiffre national de 7,1%. La **prématurité extrême <28 SA** augmente légèrement. On note également en 2014 une augmentation des grossesses multiples et notamment un nombre de triplés inhabituel.

- du **nombre d'outborn** : les fluctuations observées d'année en année sont non significatives. L'enquête rétrospective réalisée en 2014 souligne leur caractère difficilement évitable mais elle n'a pas pris en compte les facteurs en amont de l'hospitalisation : distance, facteurs sociaux et environnementaux. La comparaison avec d'autres régions est difficile car très liée à la configuration géographique, au nombre et à la répartition des types de maternités.

- les **PPAG sévères** restent plus fréquents en RC (3,7%) qu'attendus au vu du référentiel qui est toutefois un peu ancien (Audipog 1999-2005, mais en cours d'actualisation). Ces foetus ont un risque majeur de mortalité/morbidité foetale et séquelles neurologiques justifiant un dépistage, une surveillance, une orientation particulière.

- La **macrosomie** est moins importante qu'attendue au vu du référentiel et n'augmente pas (PMSI 2010-2014), avec l'hypothèse sous jacente d'une prise en charge correcte du diabète gestationnel qui en est la première cause.

- la **mortinatalité est estimée à 8,3% des naissances**. La DREES³ a publié, à partir du PMSI, le taux brut de mortinatalité 2012-2013 en France à 8,9‰ naissances avec des variations importantes entre régions. Leurs statistiques réalisées sur la région de résidence de la mère (et non de naissance comme dans notre analyse) place la RC en situation moyenne (RC 2012-2013 : 9,1‰ vs France 2012 : 9‰ et 2013 : 8,9‰). Le suivi national de la mortinatalité s'appuyant sur le PMSI, on rappelle l'importance de déclarer tous les mort-nés dans le PMSI.

Au total, la dynamique du Registre permet une analyse actualisée des accouchements et des naissances en Centre-Val de Loire et, via un recueil modulable, la prise en compte de l'évolution des pratiques. Merci à l'investissement de tous !

Bibliographie- Certaines références nationales mentionnées ne sont pas encore publiées

(1) B. Branger, P. Thibon, C. Creng-Hebert, S. Baron, A. Serfaty - Les réseaux de santé en périnatalité : mise en place d'indicateurs communs, une place pour le suivi de l'état de santé périnatale. Revue de médecine périnatale Déc 2014, Volume 6, p 225-234

(2) E. Combiér, JB. Gouyon, A. Roussot, J. Cottenet, C. Quantin - Surmorbidity et surmortalité jusqu'à 1 an des enfants nés entre 35 et 38 semaines d'aménorrhée en France métropolitaine. BEH 34-35 Déc 2014

(3) MC Mouquet, S ; Rey DREES/Ministère de la santé - Les disparités régionales de mortinatalité en France 2012-2013. BEH 6-7, p 92-100 Fév 2015.

Remerciements à toutes les maternités participant au Réseau Périnatalité Centre

Correspondants : Dr J. POTIN, Dr D. TURPIN, Mme A. PIGNER - Réseau Périnat Centre

Dr S. BARON, Mme A.I. LECUYER, Mme L. GODILLON - UREH

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

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

En collaboration avec

