

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 délivrés dans les maternités de la Région CVL (<https://www.perinatalite-centre.fr>).

Le Registre Informatisé des Naissances, hébergé par la plateforme Télésanté Centre, permet le suivi des pratiques professionnelles et de l'activité des 21 maternités de la région. En 2016, il couvre **99,6% des naissances**.

L'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 régional de la mère et du nouveau-né.

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 2013-2016⁽¹⁾, en France, par région et établissement permettant ainsi des comparaisons entre maternités de même niveau, entre régions, et avec la France Métropolitaine (FM_{ATH}).

En 2016, le programme de gestion du risque, cogéré par les ARS et l'Assurance Maladie a ciblé un axe d'analyse et d'action prioritaire : le contrôle du taux de césarienne programmée. A cette fin, le Réseau Périnat' a mené une **enquête sur les pratiques et indications de césarienne programmée en CVL**⁽²⁾ pour évaluer la pertinence de cet acte. La classification de Robson⁽³⁾, apparue en 2001, est proposée comme outil de référence par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison spatio-temporelle des taux de césarienne entre maternités. Elle classe les grossesses en bas et haut risque de césarienne, à partir d'éléments objectifs recueillis en routine dans les Réseaux de Santé Périnatale : parité, présentation, terme, présence d'une cicatrice utérine. Là encore, la comparaison avec les données françaises des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP)^(3,4) doit permettre aux décideurs et aux équipes obstétricales d'appréhender leurs propres chiffres, d'évaluer leurs pratiques, dans le but d'améliorer la qualité des soins obstétricaux en région CVL. **Dans la continuité de l'enquête 2016/2017 (5 mois), l'analyse des césariennes selon Robson a été réalisée sur la totalité des données de l'année 2016.**

AXES D'ANALYSE 2016

Ils comprendront les principaux indicateurs annuels issus de la combinaison des données Registre/PMSI :

- **Accouchements** : Césariennes et voies basses, Répartition des accouchements et Taux de césarienne selon la classification de Robson, Taux de césarienne programmée, Accouchements Inopinés Extrahospitaliers (AIE), Analgésies, Episiotomie et Déchirures.
- **Naissances** : Naissances vivantes, Mort-natalité, Mortalité périnatale, Poids, Prématurité, Post-terme, Adéquation Poids/Terme par niveau de maternité.

ACTIVITE DES MATERNITES DU RESEAU EN 2016

En 2016, toutes les maternités ont participé au registre. Deux visites sur site, menées en collaboration par Périnat Centre et UREH, ont été effectuées pour régler les problèmes d'interface des maternités du CHR Orléans et du CH de Châteauroux. A ce jour, bien que transmises les données du CH de Châteauroux restent encore non exploitables et sont donc écartées au profit du PMSI. La maternité de Pithiviers a, quant à elle, été fermée en juin 2016.

Au total, le taux d'exhaustivité du recueil du Registre est de 99,6% mais le taux de données exploitables (hors Châteauroux) est de 95,5%.

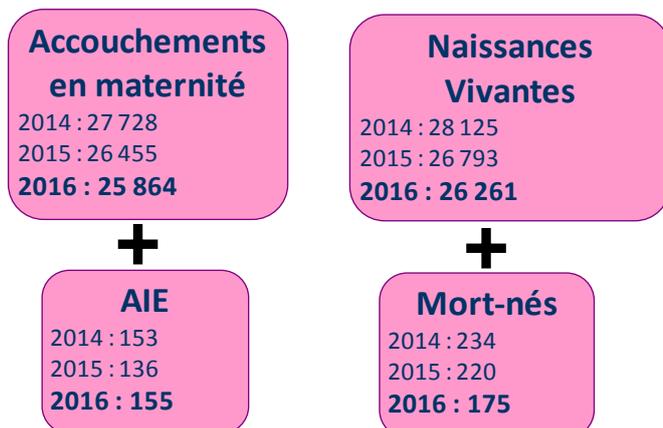


Figure 1 : Principaux indicateurs de périnatalité, Centre-Val de Loire 2014-2016

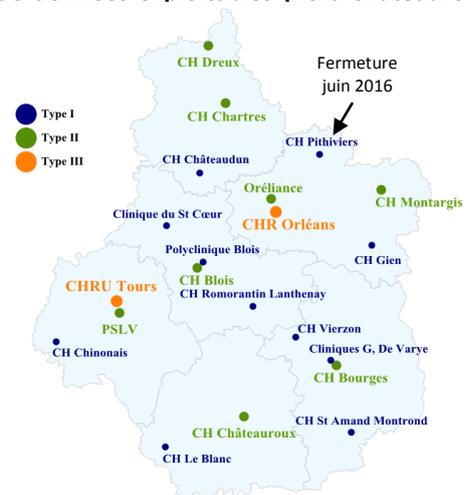


Figure 2 : Implantation géographique des maternités, Centre-Val de Loire

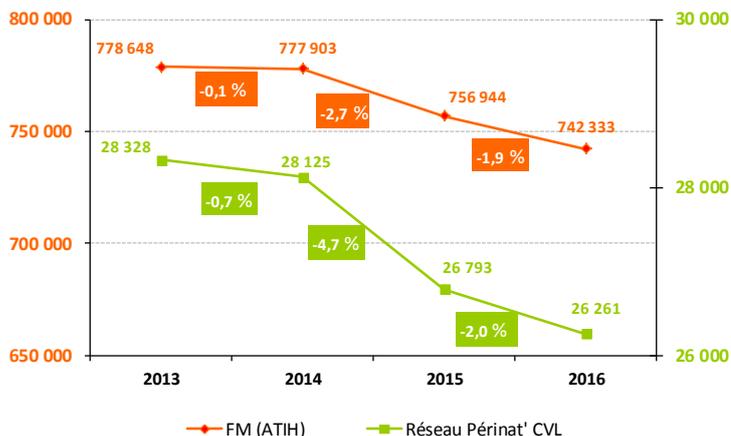


Figure 3 : Évolution de la natalité, CVL et France 2013-2016

En 2016, le nombre d'accouchements en région CVL passe en dessous de la barre des 26 000. Toutefois, la natalité ralentit sa baisse dans les maternités CVL (-2,0% versus -4,7% entre 2014 et 2015) et se rapproche, en 2016, de la tendance nationale.

Il est à souligner que la fermeture de la maternité de Pithiviers en juin a fait passer le taux de fuites des mamans du Loiret de 5 à 7 %. Le CH de Fontainebleau mais surtout le CHIC d'Étampes ont vu leur attractivité augmenter : respectivement +20 et +65 accouchements de mamans domiciliées dans le Loiret.

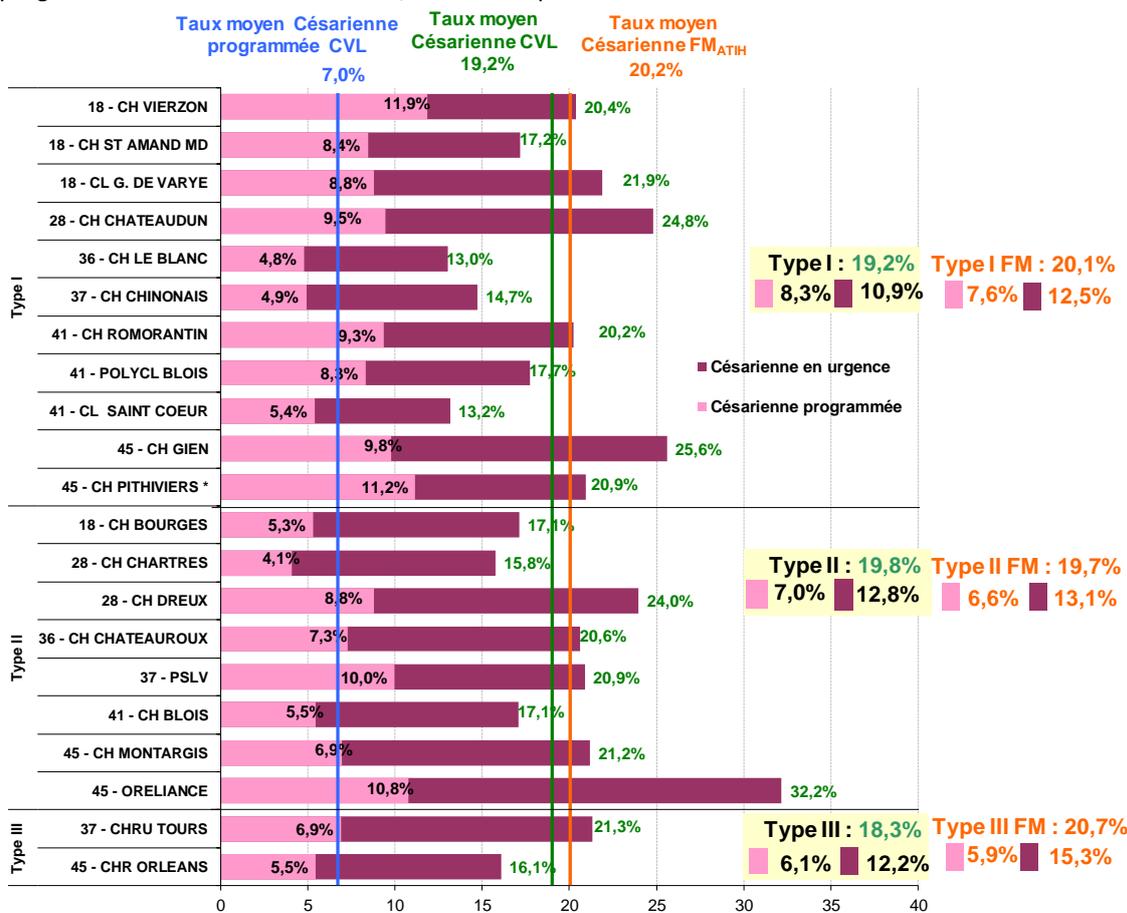
La natalité des femmes domiciliées en CVL est de 26 879 naissances vivantes, soit une baisse 2013-2016 de -6,9%, plus importante que celle observée en France Métropolitaine sur la même période (-4,7%).

ACCOUCHEMENTS EN MATERNITE RESEAU PERINAT CENTRE-VAL DE LOIRE

• **Accouchements par voie basse** (n=20 890, 80,8%) : ils sont assistés par manœuvre ou instrument dans 11,5% des cas (13% en FM_{ATIH}). On dénombre en CVL 46,8% de déchirures (ENP₂₀₁₆ : 52,1%) et 22,3% d'épisiotomies (ENP₂₀₁₆ : 20,1%) au cours de voie basse (VB). En 2016, 75,3% des VB ont été réalisées sous péridurale.

• **Césariennes** (n=4 974) : **taux moyen régional en augmentation à 19,2%** (CVL : 18,2% en 2015 ; 18,6% en 2014 ; 18,9% en 2013 et 18,6% en 2012) tout en restant **inférieur au taux FM_{ATIH} : 20,2%**. Quatre établissements restent très 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 sont plus bas.

Le **taux de césarienne programmée** est stable à **7% en CVL** (FM_{ATIH} : 6,7%) et plus faible à 6,1% en type III (FM_{ATIH} : 5,9%). Dans l'enquête UREH « Césariennes »⁽²⁾, le taux de césarienne programmée mesurée sur 5 mois (à cheval sur 2016/2017) était de 7,1%, mais comprenait les césariennes programmées réalisées avant la date, sur travail spontané.



* Fermeture en Juin 2016

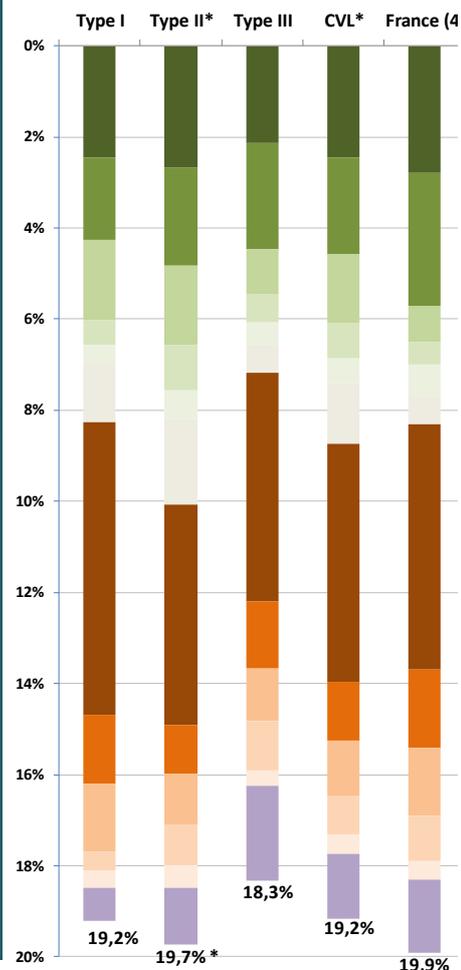
Figure 4 : Taux de césarienne par maternités, CVL 2016

En cas de **grossesse unique à terme**, le **taux de césarienne programmée est de 6,5% (FM_{ATIH} : 6,6%)** : 38,9% de ces césariennes programmées ont lieu à terme précoce (37 et 38 SA), proportion proche de 38,8% 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 72,8%, plutôt en diminution : 75% en 2015, 74% en 2014, 75% en 2013. Type I : 85,4% (93% en 2013) - Type II : 76,1% (78% en 2013) - Type III : 62,9% (59%). Il est de 80,6% au niveau national en 2016⁽⁴⁾.

Caractéristiques des femmes (Type II hors Châteauroux)		CVL*			Type I			Type II*			Type III		
		Total	César	César Prog	Total	César	César Prog	Total	César	César Prog	Total	César	César Prog
Bas risque		19 772	2 151	394	4 126	415	70	9 357	1 152	245	6 289	584	79
Primipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	Travail spontané	6 389	603		1 334	123		2 940	306		2 115	174	
	a. Travail déclenché	2 016	525		370	91		938	245		708	189	
	b. Césarienne avant travail	371	371	167	89	89	33	201	201	88	81	81	46
Multipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	Travail spontané (sans utérus cicatriciel)	8 551	188		1 800	27		4 025	112		2 726	49	
	a. Travail déclenché (sans utérus cicatriciel)	2 115	134		470	22		1 038	73		607	39	
	b. Césarienne avant travail (sans utérus cicatriciel)	330	330	227	63	63	37	215	215	157	52	52	33
Haut risque		4 825	2 562	1 318	901	551	348	2 084	1 106	555	1 840	905	415
Multipares, singleton céphalique à terme (≥37 SA)	Avec utérus cicatriciel	2 265	1 285	796	521	323	212	960	554	332	784	408	252
Primipares, singleton siège	Toutes	442	317	168	86	76	52	169	122	60	187	119	56
Multipares, singleton siège	(utérus cicatriciels inclus)	420	298	173	93	76	58	172	128	73	155	94	42
Grossesses multiples	(utérus cicatriciels inclus)	385	209	94	32	20	8	175	101	46	178	88	40
Singletons présentation dystocique**	(utérus cicatriciels inclus)	161	106	40	24	19	11	82	59	25	55	28	4
Singletons céphaliques prématurés (< 36 SA)	(utérus cicatriciels inclus)	1 152	347	47	145	37	7	526	142	19	481	168	21

Contribution des groupes de Robson au taux global de césarienne



* Type II hors Châteauroux
** Comprend transverse, front, face, menton et autres

Tableau 2 : Comparaison CVL vs France⁽⁴⁾, 2016

	CVL*		France (ENP 2016)		
	% accou	Taux Césarienne	% accou	Taux Césarienne	
Bas risque	80,4%	10,9%	79,0%	10,5%	
1	26,0%	9,4%	26,1%	10,7%	
2	a	9,7%	37,5%	10,8%	34,6%
	b	8,2%	26,0%	10,0%	29,4%
3	1,5%	100,0%	0,8%	100,0%	
4	34,8%	2,2%	32,5%	1,5%	
5	a	9,9%	19,0%	9,6%	13,5%
	b	8,6%	6,3%	9,0%	8,1%
6	1,3%	100,0%	0,6%	100,0%	
Haut risque	19,6%	53,1%	21,0%	55,1%	
5	9,2%	56,7%	9,8%	55,1%	
6	1,8%	71,7%	2,1%	83,2%	
7	1,7%	71,0%	1,9%	77,8%	
8	1,6%	54,3%	1,8%	54,1%	
9	0,7%	65,8%	0,4%	100,0%	
10	4,7%	30,1%	5,0%	31,4%	
TOTAL	100%	19,2%	100%	19,9%	

* Type II hors Châteauroux

Nota Bene : *Données pages 4 et 5 hors maternité de Châteauroux car la classification de Robson détaillée ne peut être réalisée qu'avec le registre.

Comme observé dans l'enquête « Césariennes »⁽²⁾, le plus gros pourvoyeur de césariennes était les multipares avec utérus cicatriciel (groupe 5) suivi par les sièges (groupes 6 et 7) et les primipares en travail spontané (groupe 1).

Selon Robson (hors indications en urgence et disproportion foeto-pelvienne) :

- **Taux de césarienne de 53,1% chez les femmes à haut risque** (ENP₂₀₁₆ : 55,1%) :
 - 71,3% de césariennes en cas de siège (ENP₂₀₁₆ : 80,6%) dont 55% programmées.
 - 56,7% de césariennes en cas d'utérus cicatriciel (ENP₂₀₁₆ : 55,1%) dont 62% programmées.
 - 65,8% de césariennes en cas de présentations dystociques (élargies dans notre étude aux « front, face, menton et autres ») versus 100% pour le national se limitant aux transverses.
- **Taux de césarienne de 10,9% chez les femmes à bas risque** (ENP₂₀₁₆ : 10,5%) :
 - 26% de césariennes en cas de déclenchement chez les primipares (ENP₂₀₁₆ : 29,4%).
 - 2% de césariennes programmées correspondant exclusivement à des césariennes avant travail (394/19 772 femmes). Les indications retrouvées dans l'enquête « Césariennes »⁽²⁾ sont en rapport avec une pelvimétrie défavorable, une macrosomie, des pathologies maternelles, anomalies placentaires, problèmes périnéaux, prévention transmission.

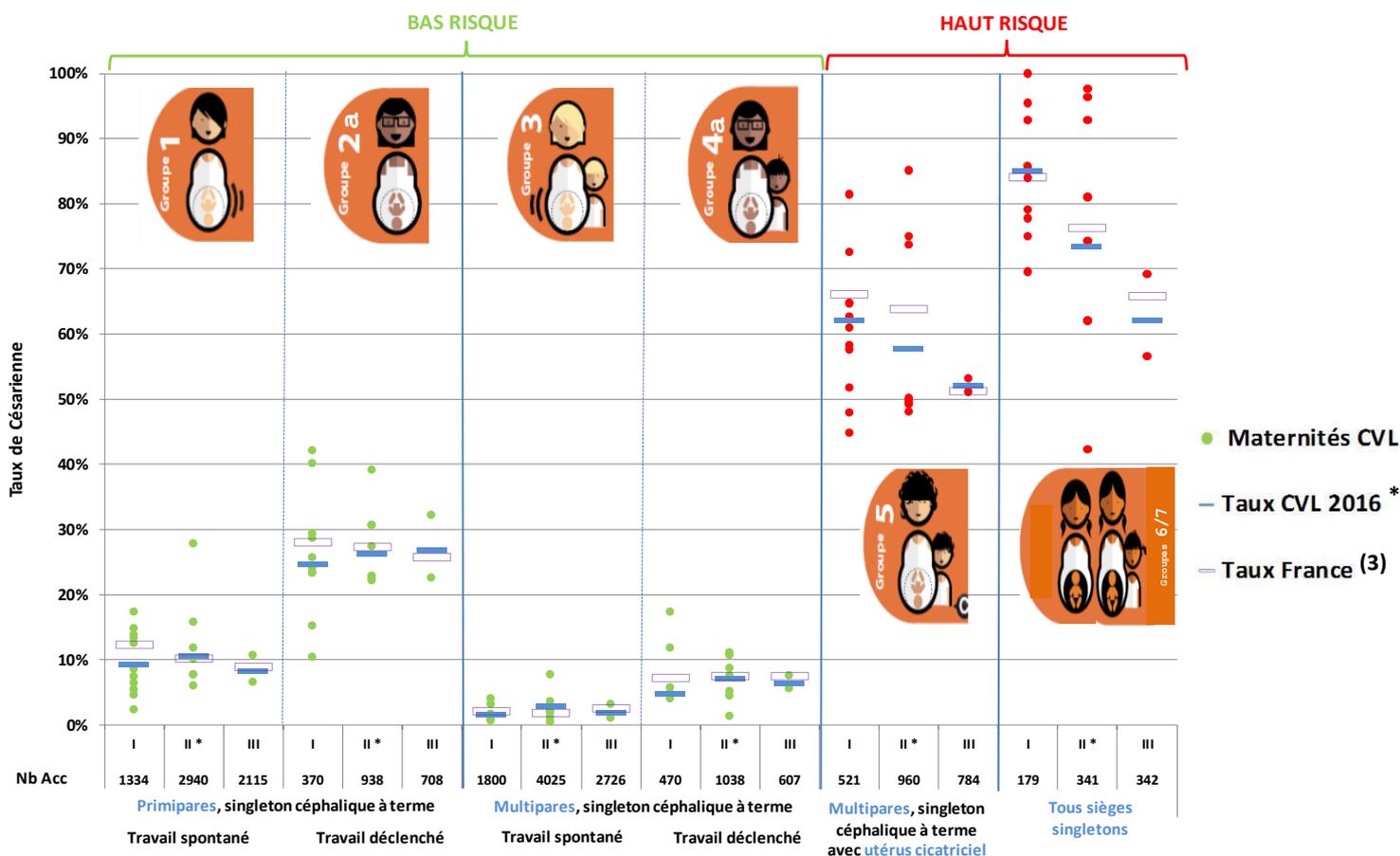


Figure 5 : Distribution des taux de césarienne des maternités par principaux groupes de Robson (effectifs suffisants), CVL 2016

Pour les **singletons céphaliques à terme** qui représentent de très gros effectifs :

- les taux sont toujours beaucoup plus élevés chez les primipares par rapport aux multipares,
- pour le travail spontané, taux de césarienne voisins dans les types I et II sauf pour un établissement de type II,
- en cas de déclenchement, les taux sont au moins 2 fois plus élevés qu'en travail spontané et plus dispersés car effectifs faibles,
- tous les taux sont proches des nationaux mais ceux-ci datent de 2010 et ont légèrement baissé (taux global césarienne ENP₂₀₁₀ 20,5% ; ENP₂₀₁₆ 19,9%).

Pour les **utérus cicatriciels** où les dénominateurs sont plus petits, taux de césarienne plus élevés, avec un large différentiel de 40 à 80% selon les maternités : gradient décroissant du type I au type III, exclusivement lié aux césariennes programmées (figure 6).

Pour les **sièges**, qui sont encore plus rares donc avec des taux plus dispersés (dans les maternités de type I, entre 10 et 20 sièges par maternité), les taux sont plus élevés avec un gradient descendant particulièrement important du type I au type III.

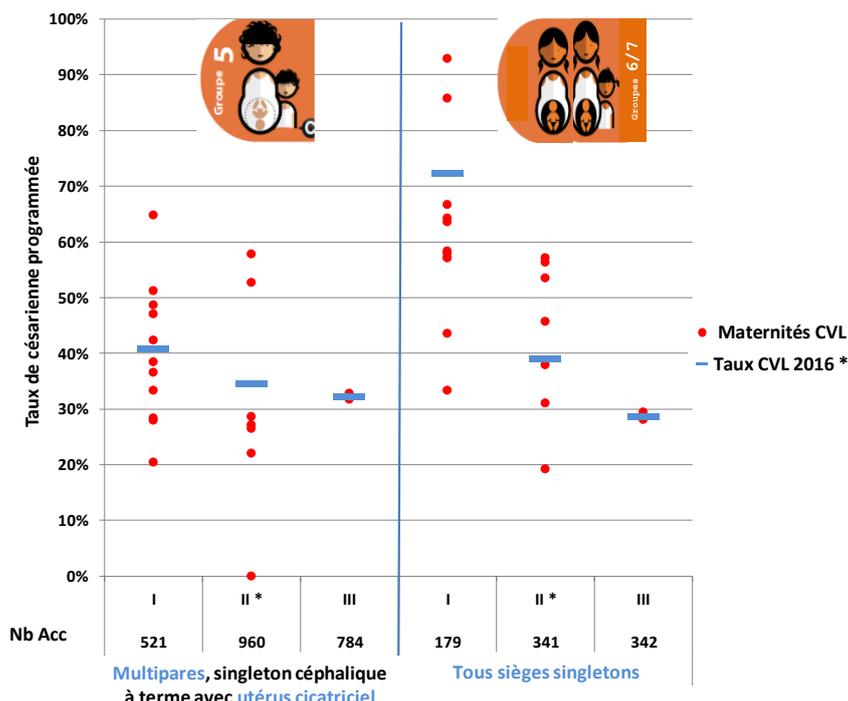


Figure 6 : Distribution des taux de césarienne programmée des maternités sur utérus cicatriciel et siège (effectifs suffisants), CVL 2016

Les faibles effectifs de césariennes programmées (particulièrement en type I : de 14 à 67 césariennes programmées par établissement) expliquent une grande hétérogénéité du taux de césarienne programmée entre maternité du même type.

Les taux de césariennes programmées chez des femmes à bas risque de césarienne sont faibles (environ 2%) et ne seront donc pas présentés ici.

Par contre, au sein des deux groupes à haut risque les plus représentés que sont les utérus cicatriciels et les sièges, on observe un gradient descendant du type I au type III du taux de césarienne programmée.

Chez les multipares avec utérus cicatriciel, le taux de césarienne programmée CVL est de 35% avec une assez bonne homogénéité des taux par type de maternité.

Chez les sièges, le taux de césarienne programmée CVL est de 40% avec une forte hétérogénéité des taux par type de maternité, de 29% (Type III) à 72% (Type I).

Le Registre Informatisé comporte 100% des 5 066 naissances vivantes en type I, 99,8% des 12 921 naissances vivantes en type II et 100% des 8 274 naissances vivantes en type III.

Sur les 26 261 naissances vivantes, 19,3% ont lieu en type I, 49,2% en type II et 31,5% en type III, répartition stable par rapport à 2015 (-448 naissances vivantes en type I, en partie lié à la fermeture de la maternité de Pithiviers en juin 2016).

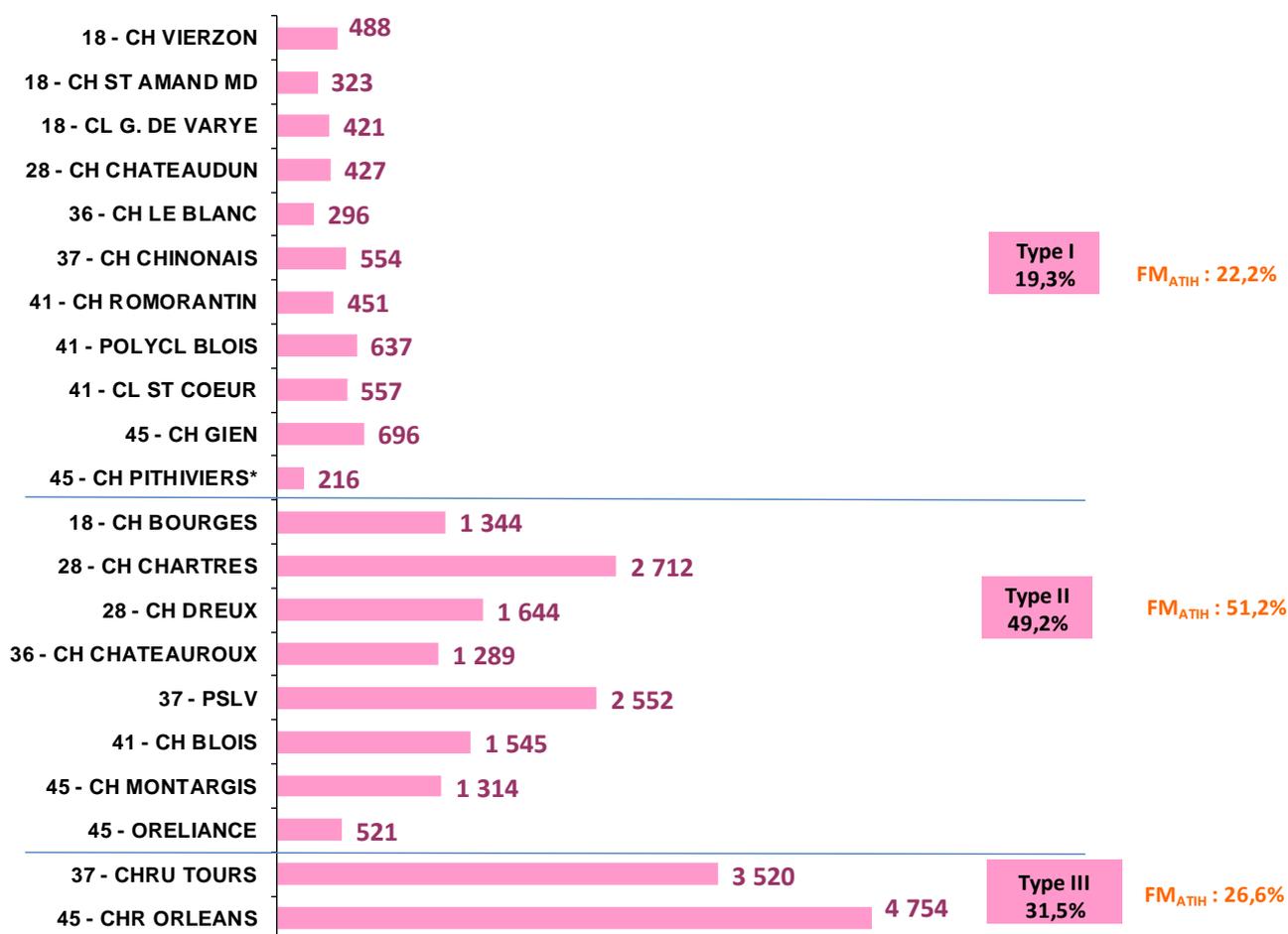
1. NAISSANCES VIVANTES ET GEMELLITE

Tableau 3 : Naissances vivantes et pluralité, CVL 2016

Registre (PMSI Châteauroux)	NAISSANCES VIVANTES 2016					
	Unique		Jumeaux		Triple et plus	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Type I	5 004	98,8%	62	1,2%		
Type II	12 529	97,0%	392	3,0%		
Type III	7 916	95,7%	352	4,3%	6	0,07%
Centre-Val de Loire	25 449	96,9%	806	3,1%	6	0,02%

En 2016, les naissances multiples représentent 3,1% des naissances vivantes en région CVL (stable par rapport à 2015) (ENP₂₀₁₆ : 1,8% des grossesses).

Seules 3 grossesses triples ont été observées en 2016 (seulement 6 nés vivants).



* Fermeture Juin 2016

Figure 7 : Naissances Vivantes par type de maternité, CVL 2016

2. TAUX DE MORTINATALITE

Tableau 4 : Mortinatalité, CVL 2016

Registre (PMSI Châteauroux)	Mort-nés		dont IMG		FM _{ATIH} ‰
	Nb	‰	Nb	‰	
Type I	20	3,9	0	0	4,2
Type II	63	4,9	18	1,4	5,8
Type III	92	11,0	42	5,0	16,5
Centre-Val de Loire	175	6,6	60	2,3	8,3

La mortinatalité a nettement baissé en CVL en 2016 passant de 8,1‰ à 6,6‰ (175 mort-nés : 121 MFIU et 60 IMG ≥22 SA et/ou ≥500 g) ; la mortinatalité CVL, mesurée par le PMSI, confirme cette baisse (6,5‰) alors que la mortinatalité FM_{ATIH} est restée stable à 8,3‰.

La mortalité périnatale (mort-nés + 37 décès première semaine de vie à l'hôpital) est de 8‰ (9,3‰ en 2015) en région CVL versus 9,7‰ en FM_{ATIH}.

Tableau 5 : Prématurité, CVL 2016

Registre (PMSI Châteauroux)	Naissances vivantes		FM _{ATIH}
	Nb	%	%
<= 24 SA	21	0,08%	0,08%
25 SA - 27 SA + 6j	53	0,20%	0,25%
28 SA - 31 SA + 6j	147	0,56%	0,70%
32 SA - 36 SA + 6j	1457	5,5%	6,1%
<37 SA	1678	6,4%	7,1%

Tableau 6 : Faible poids de naissance, CVL 2016

Registre (PMSI Châteauroux)	Naissances Vivantes				FM _{ATIH}	
	< 1500 g		< 2500 g		< 1500g	< 2500g
	Nb	%	Nb	%	%	%
Type I	10	0,2%	233	4,6%	0,10%	3,9%
Type II	40	0,3%	923	7,1%	0,31%	6,5%
Type III	185	2,2%	769	9,3%	3,2%	12,3%
Centre-Val de Loire	235	0,9%	1 925	7,3%	1,0%	7,4%

La prématurité <37 SA est stable à 6,4%, toujours inférieure dans les maternités CVL qu'en FM_{ATIH} (7,1%). La prématurité extrême <28 SA est à 0,28%, stable depuis 3 ans. Un terme dépassé (≥ 42 SA) est observé chez 237 bébés (0,9%).

En 2016, 0,9% des bébés vivants pèsent moins de 1 500g et 7,3% moins de 2 500g.

Si l'on s'intéresse à l'adéquation de la naissance au type de maternité, on retrouve 149 outborns en 2016 selon les recommandations HAS 2012. 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 77% pour les termes inférieurs à 32 SA et de 76% pour les <32 SA ou poids <1500 g ; versus respectivement 83% et 80,7% en FM_{ATIH}.

DISCUSSION

La Région Centre-Val de Loire a la chance de disposer d'un Registre des Naissances dont l'exhaustivité est quasiment atteinte cette année pour la première fois. Les interfaces ne sont toujours pas solidifiées et nécessitent une part importante de corrections manuelles lourdes (*remerciements aux équipes obstétricales et DIM du CHRO*). Celles-ci restent à pérenniser dans un contexte d'informatisation des établissements de santé, problématique cruciale pour l'avenir du registre. L'ARS CVL, en lien avec la plateforme Télésanté Centre, réfléchit aux différentes options : double saisie, développement d'interfaces, intégration d'un volet « Registre Périnatal » dans les systèmes d'information établissements avec extraction manuelle.

En 2016, l'UREH a donc très peu utilisé le PMSI. Pour rappel, les principaux indicateurs de périnatalité issus du PMSI sont disponibles sur ScanSanté (<http://www.scansante.fr/>) par région, territoire, réseau de soins en périnatalité, type de maternité et établissement. De nouveaux indicateurs seront mis à disposition à partir de 2018 : taux d'épisiotomies, de déchirures et de péridurales sur Voie Basse, taux de VB assistées (instruments + manœuvres). Ils porteront sur les données PMSI 2017 pour lesquelles une vérification et validation du codage via les DIM doivent être effectuées dès à présent.

Toutefois, le registre permet des analyses plus fiables sur des indicateurs non présents dans le PMSI (HPP et volume du saignement, anoxie néo-natale, addictions, modalités du déclenchement, analgésie...), plus détaillés tels que le Robson et, grâce à son exhaustivité, une meilleure évaluation des pratiques⁽²⁾.

Les statistiques périnatales de la région CVL confrontées à celles de la France métropolitaine sont cette année encore satisfaisantes :

- **taux de césarienne (19,2%) en augmentation** mais encore inférieur au taux métropolitain (20,2%). **La classification de Robson a montré son intérêt pour l'analyse en routine des césariennes notamment programmées**. Comme en France, les césariennes sur utérus cicatriciel contribuent le plus au taux de césarienne régional. Le taux de césarienne sur utérus cicatriciel est de 57% vs 55% en France. Le taux de césariennes sur siège est élevé (71%) et très hétérogène en CVL mais néanmoins nettement plus bas que celui observé dans l'ENP₂₀₁₆ (81%). Chez la primipare singleton céphalique à terme, les taux sont voisins du national et 2 à 3 fois plus élevés en cas de déclenchement qu'en cas d'accouchement spontané. Rappelons que selon l'OMS 2014 « *La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin.* »

- **taux de prématurité (6,4%) stable depuis 3 ans**, toujours légèrement inférieur au taux métropolitain (7,1%). Au niveau national, une augmentation de la fréquence des enfants de Petit Poids pour l'Âge Gestationnel (PAG) est observée entre 2010 et 2016. Depuis 2015, le Réseau Grandir assure le suivi des nouveau-nés vulnérables, qu'ils soient grands prématurés ou <1500g (cohorte GEREC).

- **mortalité estimée à 6,6‰ des naissances, en diminution (8,1‰ en 2015)**, et toujours inférieure au taux métropolitain (8,3‰).

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

(1) Données de Périnatalité 2013-2016, Collaboration FFRSP/ATIH : <http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>

(2) Césariennes Programmées en région Centre-Val de Loire - Pratiques et Indications. Plaquette UREH 2017

(3) Le Ray C, Prunet C, Deneux-Tharoux C, Goffinet F, Blondel B. Classification de Robson : un outil d'évolution des pratiques de césarienne en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2015;(44):605-13.

(4) Enquête Nationale Périnatale, Rapport 2016, INSERM/DREES, octobre 2017

Dr J. POTIN, Dr D. TURPIN, Mme M.C BAUDE, Mme A. PIGNER – Réseau Périnatal Centre-Val de Loire
Mme A.I. LECUYER, Mme L. GODILLON, Dr S. BARON, Dr E. LAURENT – 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>

