

INTRODUCTION

Le Réseau de Périnatalité du 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 CVL (<https://www.perinatalite-centre.fr>).

Suite à l'arrêt en juin 2019 de la centralisation régionale des données du Registre Informatisé des Naissances du fait d'un manque d'exhaustivité, l'analyse de l'activité des maternités porte donc désormais uniquement sur les données **PMSI**. Ces données complètent les indicateurs PMSI élaborés par la Fédération Française des Réseaux de Périnatalité (FFRSP) et publiés annuellement sur ScanSanté¹ (<https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>).

QUE RETENIR EN 2020 ?

- Des indicateurs globalement stables, sauf :
 - poursuite ↘ naissances vivantes
 - ↘ épisiotomies

Naissances vivantes	24 215	↘
Mortinatalité	8,0 ‰	→
Prématurité	6,3 %	→
Naissances multiples	3,0 %	→
Césarienne	19,3 %	→
Épisiotomie	8,6 %	↘
Déchirures graves	1,0 %	→
Hémorragie Post-Partum	7,6 %	→

- Peu d'impact COVID-19 direct : 98 hospitalisations avec infection SARS-CoV2 codée au cours de la grossesse ou de l'accouchement → impact indirect à suivre en 2021

NATALITE EN CVL : PRINCIPAUX INDICATEURS

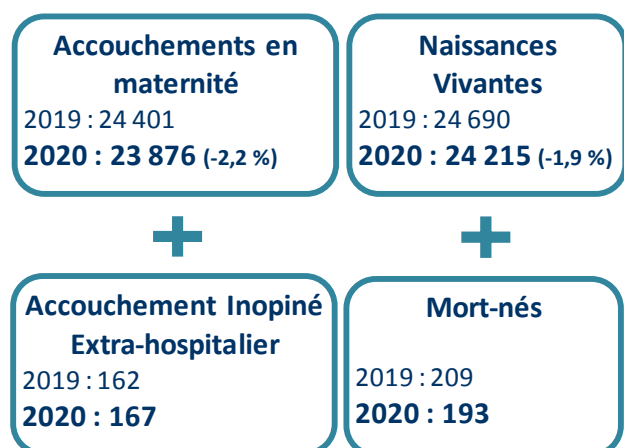


Figure 1 : Principaux indicateurs de périnatalité en maternités CVL

En 2020, le nombre d'accouchements en maternités CVL continue de diminuer (Figure 1), tout comme les naissances vivantes NV (-1,9 % par rapport à 2019). Cette baisse de la natalité est également observée en France Métropolitaine (-2,3 %, Figure 2) et se poursuit depuis 2013.

Sur une évolution mensuelle, la natalité observée en décembre 2020 en CVL (9 mois après le début du 1^{er} confinement en mars 2020) était nettement inférieure à celle de décembre 2019 (Figure 3), à suivre en 2021. Ce phénomène était plus légèrement observé en France métropolitaine (données INSEE²).

En 2020, **23 876 accouchements** ont eu lieu en maternités CVL (-2,2 %).

• Césarienne (n=4 598) :

Le **taux de césarienne** est de **19,3 %**, stable depuis 2019, toujours inférieur au taux FM 20,5 % (Figure 6).

Huit établissements restent au-dessus de la moyenne nationale.

Sur siège, le taux de césarienne est de 79,6 % (vs 76,2 % en 2019) : Type I : 88,4 % - Type II : 88,0 % - Type III : 65,2 %.

Le taux de **césarienne programmée** est stable également : **6,4 % en CVL** (FM : 6,7 %) ; 6,3 % pour les grossesses uniques à terme.

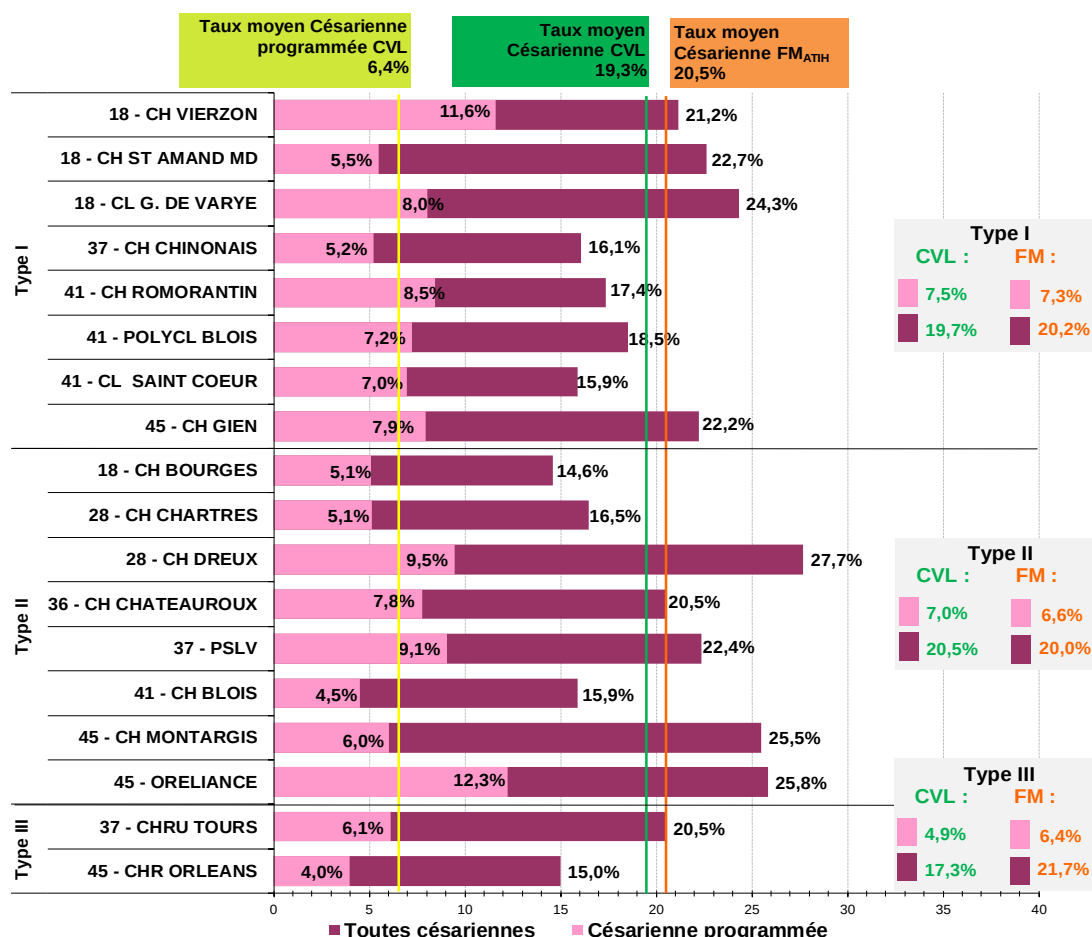


Figure 6 : Taux de césarienne par maternité, CVL 2020

• Voie basse (n=19 278)

En 2020, parmi les voies basses :

- 9,9 % assistées par manœuvre ou instrument (13,6 % en FM), en $\searrow$ (10,3 % en 2019, 11,6 % en 2018)
- 77,3 % avec péridurale (80,2 % en FM), en légère $\searrow$ après augmentation en 2017.

- 8,6 % d'épisiotomie, quasi-deux fois moins qu'en 2017 (Figure 7), mais toujours supérieur au national (7,9 %). Episiotomie presque 4 fois plus fréquente chez les primipares : 15,7 %, vs 4,1 % chez les multipares.

- Les déchirures obstétricales concernaient 1 accouchement par voie basse sur 2. Dans la majorité des cas elles étaient simples ou incomplètes puisque la déchirure grave représentait 1 % des voies basses en 2020, taux stable (Figure 7).

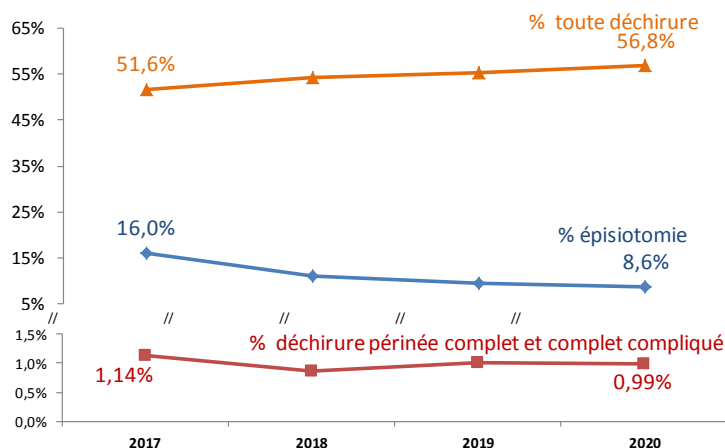


Figure 7 : Évolution du taux d'épisiotomie et de déchirure, voies basses CVL 2017-2020

• **Hémorragie du Post-Partum (HPP)** (n=1 821)

Le taux d'HPP était de 7,6 % (stable, 7,9 % en 2019).
18,0 % des HPP ont nécessité transfusion et/ou geste d'hémostase.

Codage PMSI : Toute HPP $\geq$ 500 ml doit être renseignée via le code O72.- en diagnostic principal du séjour de la mère (si affection la plus lourde)

• **COVID-19 :**

Tableau 1 : COVID-19 en hospitalisation au cours de la grossesse ou de l'accouchement, CVL mars-décembre 2020

	N	%
femmes hospitalisées (grossesse ou accouchement)	21 077	
Tous cas (atteint, suspect, contact)	190	0,9%
cas atteints	98	0,5%
cas contact	85	0,4%
femmes hospitalisées pendant la grossesse	3 643	
cas atteints	38	1,0%
séjours d'accouchement	19 946	
cas atteints	64	0,3%

Codage PMSI : fiche « codage COVID en périnatalité » réalisée par la FFRSP :
<https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2021/02/20210127-Consignes-de-codage-Covid19-Mere-et-NN.pdf>

Une femme sur 200 hospitalisée pendant la grossesse ou l'accouchement avait un virus SARS-CoV2 identifié.
A noter qu'aucun nouveau-né atteint ou suspect n'était retrouvé.

NAISSANCES EN MATERNITE CVL

Sur les **24 215** naissances vivantes (NV) en maternités CVL en 2020, **18 % ont lieu en Type I, 48 % en Type II et 34 % en Type III** (Figure 8).

La part de naissances en maternité de type III, plus importante en CVL qu'au niveau national, poursuit sa progression annuellement ; à noter toutefois une diminution des naissances au CHR Orléans en 2020, compensée par une augmentation au CHRU Tours. Deux maternités de type I (CH Chinon et Polyclinique Blois) voient se poursuivre l'augmentation de leur activité.

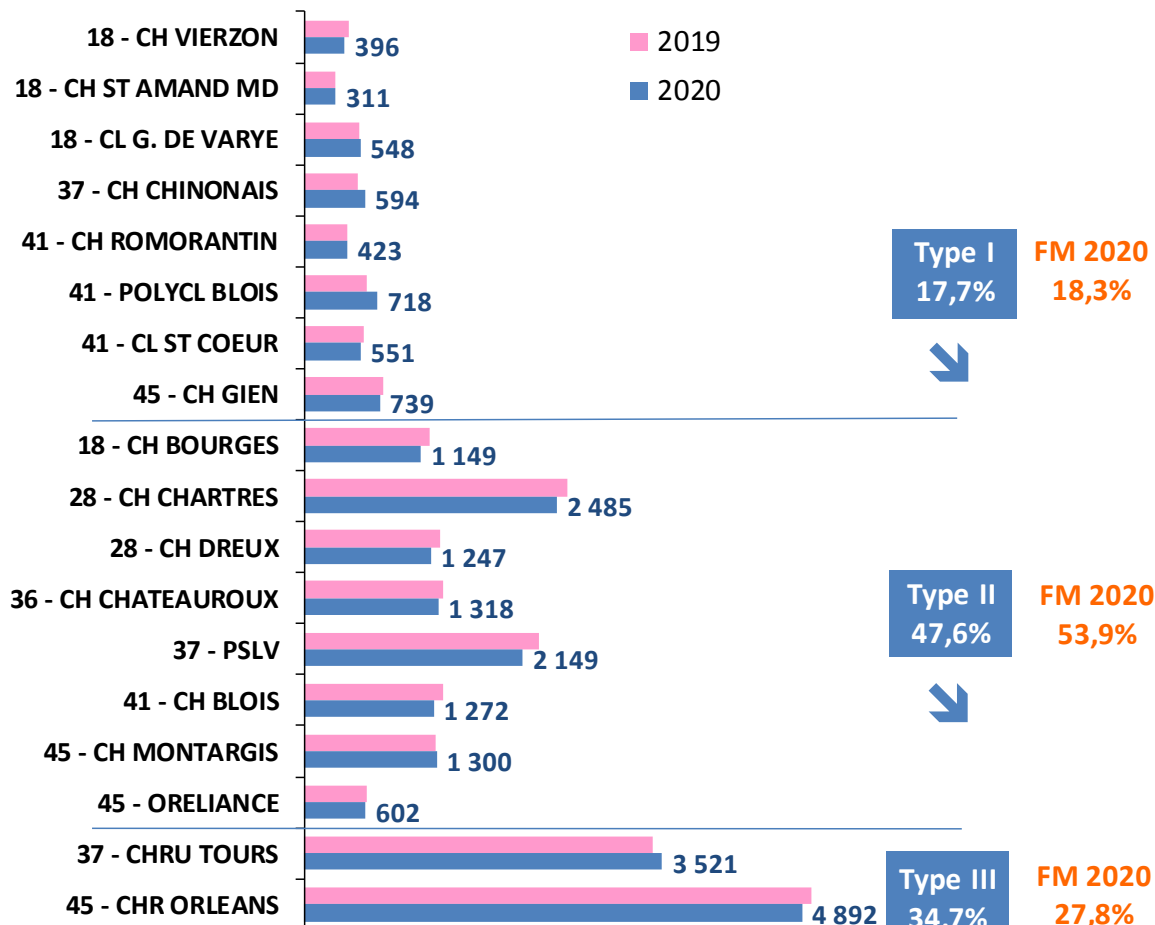


Figure 8 : Naissances vivantes par maternité, CVL 2019-2020

1. NAISSANCES VIVANTES ET PLURALITE

Tableau 2 : Naissances vivantes et pluralité, CVL 2020

	NAISSANCES VIVANTES			
	Uniques		Multiples	
	Nb	%	Nb	%
Type I	4 250	99,3	30	0,7
Type II	11 174	97,0	348	3,0
Type III	8 068	95,9	345	4,1
TOTAL CVL	23 492	97,0%	723	3,0%

En 2020, les **naissances multiples** représentaient **3 % des naissances vivantes** en CVL (stable), à noter 3 accouchements de triplés en 2020.

2. TAUX DE MORTINATALITE - MORT FŒTALE IN UTERO (MFIU) / INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE (IMG)

% naissances

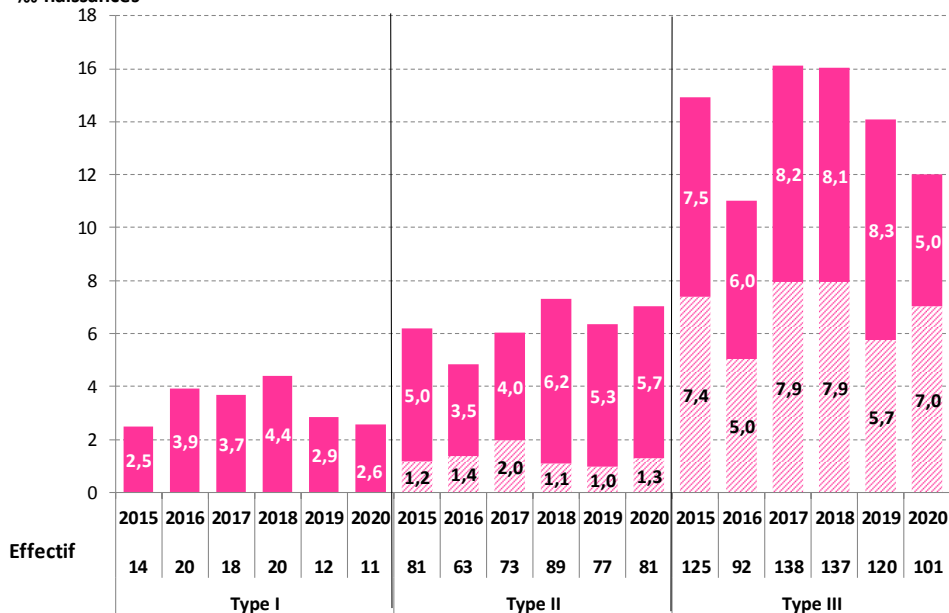
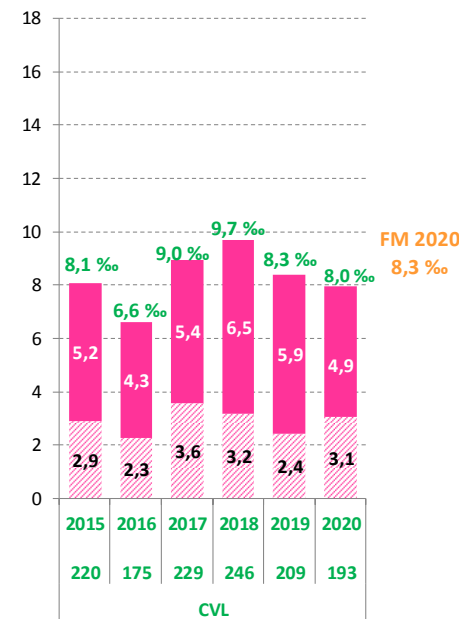


Figure 9 : Mortinatalité, CVL 2015-2020



La **mortinatalité**, de deux origines distinctes (MFIU et IMG), a diminué après un pic en 2018 (8 % en 2020 versus 9,7 % en 2018) ; ~1/3 des décès sont le résultat d'une IMG. La mortinatalité FM reste stable à 8,3 ‰ (Figure 9).

De même, la **mortalité périnatale CVL** (193 mort-nés + 27 décès lors de la 1ère semaine de vie) a diminué : 9 % en 2020 (vs 11,1 % en 2018), et se place ainsi sous le taux national FM de 9,9 ‰.

Codage PMSI : Mise à jour de l'instruction mortinatalité pour l'enregistrement des mort-nés dans le PMSI, 21 juin 2021

<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.16.sante.pdf#page=15>

3. TERME ET POIDS DE NAISSANCE EN MATERNITE CVL

Tableau 3 : Prématurité, CVL 2020

	Naissances vivantes		FM _{ATIH} %
	Nb	%	
≤ 24 SA	17	0,07	0,10
25 SA - 27 SA + 6j	58	0,24	0,26
28 SA - 31 SA + 6j	151	0,62	0,67
32 SA - 36 SA + 6j	1 297	5,36	5,59
< 37 SA	1 523	6,29	6,63

En CVL, la **prématurité (< 37 SA)** est stable à **6,3 %** (6,6 % en 2019). Pour tous les termes considérés, elle reste toujours inférieure au niveau national. La **prématurité extrême <28 SA** est stable à **0,31 %**.

La naissance à un terme dépassé (≥ 42 SA) concerne 158 NV (0,65 %).

Tableau 4 : Petits Poids pour l'Âge Gestationnel (PPAG) et Macrosomie, CVL 2020

Naissances vivantes uniques (N= 23 492)	PPAG*				Macrosomie*			
	Sévère < 3 ^{ème} p		< 10 ^{ème} p		Sévère > 97 ^{ème} p		> 90 ^{ème} p	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Type I	128	3,0	424	10,0	161	3,8	435	10,2
Type II	391	3,5	1 202	10,8	460	4,1	1 160	10,4
Type III	393	4,9	1 035	12,8	311	3,9	780	9,7
TOTAL CVL	912	3,9	2 661	11,3	932	4,0	2 375	10,1

* Référentiel EPOpé 2016

En CVL, 11,3 % des NV uniques présentaient un **PPAG** (supérieur au taux national 2016² : 10,8 %). Le taux de **PPAG sévère reste stable (3,9 %)**. Chez les NV multiples, 37,2 % présentaient un PPAG (vs 34,7 % en France²), et 18,3 % un PPAG sévère. Les **macrosomies sévères** en région CVL étaient plus fréquentes qu'attendues mais restaient stables.

Le **taux d'inborns** (très faible poids/terme nés en type III) est de **80,3 %** pour les **< 32 SA** (vs 74,1 % en 2019 et 83 % en 2018) et de **80,9 %** pour les **< 32 SA ou poids < 1500 g** (vs 73,3 % en 2019, 80,9 % en 2018). Ces chiffres sont comparables aux taux nationaux (83,1 % et 81,7 %).

CONCLUSION

Cette première analyse réalisée entièrement à partir des données PMSI montre des indicateurs de périnatalité globalement stables en 2020 par rapport à 2019. La poursuite de la diminution des accouchements et naissances en région suit l'évolution nationale. L'impact de la crise sanitaire COVID-19 n'est directement visible que par une diminution nette des accouchements en décembre 2020, 9 mois après le début du 1^{er} confinement. Cette tendance sera à vérifier en 2021. L'impact de la crise sanitaire sur les interruptions volontaires de grossesse ne peut être estimé via le PMSI seul, 18 % des IVG ayant eu lieu en extra-hospitalier en 2019 (part croissante³). Moins de 100 femmes étaient diagnostiquées porteuses du SARS-CoV2 ou atteintes COVID-19 parmi celles hospitalisées durant leur grossesse ou à l'accouchement. Ces effectifs étant faibles au niveau régional et concernant uniquement les hospitalisations, c'est l'étude nationale COROPREG menée par l'Inserm dans six régions (hors CLV) qui permettra de mieux décrire le profil et l'évolution des femmes enceintes infectées par le SARS-CoV2.

Les indicateurs présentés, qui reposent désormais uniquement sur les données PMSI, nécessitent un codage de qualité. Pour cela, un important travail national a été initié par l'équipe d'EpiDclic et le réseau Périnat CVL, pour la réalisation d'un kit d'aide au codage. Des fiches ont ainsi été rédigées par différents réseaux, validées par le groupe national « indicateurs et codage » de la FFRSP puis soumises à l'ATIH. La FFRSP, via les réseaux, en assurera la diffusion aux maternités et services de néonatalogie. Cette diffusion permettra de tester sa robustesse à l'épreuve du terrain, notamment via des formations dédiées, et d'améliorer la qualité épidémiologique du codage PMSI, ainsi que de permettre la construction d'indicateurs de qualité des soins⁴.

La qualité du codage est d'autant plus importante que ces indicateurs pourraient également être utiles dans le cadre de l'évaluation de l'impact des effets attendus de la politique des 1 000 premiers jours qui inclut tant la période de grossesse (voire pré-conceptionnelle), que post-natale⁵. Pour cela, un enrichissement à terme par les données extra-hospitalières de l'Assurance-Maladie sera sans doute nécessaire.

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

- (1) Données de Périnatalité 2013-2020, Collaboration FFRSP/ATIH – <http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>
- (2) Données INSEE – <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000436391#Tableau>
- (3) DREES – https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/3647_ivg/information/
- (4) Collaboration FFRSP/EpiDclic – https://www.esante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2215/2306/2390/11064.pdf
- (5) Politique des 1 000 premiers jours - <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

Correspondants : Dr A. SEBATLAB – ARS CVL

Mme H. VERNON, Mme M.C. BAUDE, Mme S. ECOMARD, Dr T. PEREZ, Dr A. SOUHAID – Réseau Périnat CVL
Mme L. GODILLON, Mme A.I. LECUYER, Dr E. LAURENT, Dr L. GRAMMATICO-GUILLON – EpiDclic

Contacts : Périnat'Centre-Val de Loire : secretariat.perinatcvl@chu-tours.fr / EpiDclic : epidclic@chu-tours.fr

Document téléchargeable sur : www.perinatalite-centre.fr ou www.esante-centre.fr/epidclic

