

LES RAPPORTS DE L'ARS BRETAGNE

Indicateurs de suivi de l'activité périnatale en Bretagne en 2016

Édito

Ce rapport fait suite à un premier rapport d'activité portant sur l'année 2014¹, fruit d'un travail collaboratif entre l'ARS Bretagne et les quatre réseaux bretons de périnatalité. Il s'inscrit dans le cadre de la politique régionale de santé périnatale et constitue une formalisation du travail des réseaux de santé périnatale bretons en matière d'évaluation.

L'objectif est de fournir et de comparer les principaux indicateurs régionaux en santé périnatale en 2016, entre établissements et avec ceux issus de l'Enquête Nationale Périnatale réalisée en 2016². Les indicateurs retenus correspondent pour la plupart à ceux proposés par la fédération française des réseaux de santé périnatale (FFRSP), souvent en écho avec le projet EURO-PERISTAT, et repris par l'ATIH³. Leur étude concourt à la réflexion des professionnels de la périnatalité sur leurs pratiques professionnelles, afin d'améliorer la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Sur la base de ces informations et de la littérature scientifique, les réseaux bretons de périnatalité proposent aux professionnels des axes de travail pour améliorer et harmoniser ces pratiques professionnelles par exemple en accompagnant :

- l'élaboration d'outils, notamment des protocoles obstétricaux et pédiatriques, et des référentiels de transfert maternel et néonatal.
- la diffusion des recommandations de bonnes pratiques en périnatalité.
- des démarches qualité au sein des établissements par des audits sur l'organisation en réanimation néonatale et les équipements des salles. Ces rencontres ont pour objectif d'harmoniser et de sécuriser les pratiques de prise en charge des nouveau-nés à la naissance.
- des revues de morbi-mortalité inter-établissements afin d'échanger, à partir des situations réelles, pour analyser les points positifs et ceux à améliorer. Une revue de morbi-mortalité régionale a été mise en place par les réseaux de santé périnatale et sera reconduite régulièrement.
- des programmes de formation des professionnels, notamment dans le cadre de l'accompagnement des parents à l'allaitement maternel.

Ces indicateurs sont aussi utiles pour des études dont le périmètre est territorial, régional ou national. On peut notamment citer les PHRC nationaux, PENEW sur les facteurs environnementaux (collaboration du Registre des malformations congénitales de Bretagne avec l'unité Inserm 1085), HERA sur l'évaluation de l'impact des stratégies de prévention et de diagnostic précoce des hémorragies du post-partum au sein des réseaux de santé en périnatalité, ou bien encore JUMODA sur le choix du mode d'accouchement pour des jumeaux.

Les indicateurs présentés ont été calculés à partir de données issues du PMSI, ou collectés directement auprès des maternités et des services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les professionnels travaillent encore à simplifier et à harmoniser le codage et le recueil de ces indicateurs.

Les quatre réseaux et l'ARS Bretagne ont organisé, au second semestre 2016, des temps d'échanges avec les professionnels des maternités et les membres des départements d'information médicale pour les informer sur l'utilisation qui est faite des données issues du PMSI, et les sensibiliser à la fiabilisation de ces données. Ce travail demande à être poursuivi.

¹ <https://www.bretagne.ars.sante.fr/suivi-de-lactivite-des-maternites-bretonnes-en-2014>.

² Enquête Nationale Périnatale, rapport 2016, les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010, rapport rédigé par l'Inserm et la Drees, octobre 2017 : <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>.

³ https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/312/notice_indicateurs_de_sante_perinatale_1.pdf.

Sommaire

GLOSSAIRE.....	4
1. INTRODUCTION	5
2. MÉTHODOLOGIE	7
2.1 SOURCES DES DONNÉES	7
2.2 POPULATIONS D'ÉTUDE	8
2.3 LES INDICATEURS.....	9
2.4 DESCRIPTION DES ÉTABLISSEMENTS	9
3. INDICATEURS DE SUIVI PORTANT SUR LES ACCOUCHEMENTS.....	10
3.1 NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS.....	10
3.2 ÂGE MATERNEL À L'ACCOUCHEMENT.....	12
3.3 AUTRES CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES À L'ACCOUCHEMENT	13
3.4 MODES D'ACCOUCHEMENT ET GESTES LIÉS À L'ACCOUCHEMENT	13
3.5 GROSSESSES MULTIPLES.....	16
3.6 INDICATEURS DE SANTÉ MATERNELLE.....	17
3.7 TRANSFERTS MATERNELS	18
4. INDICATEURS DE SUIVI PORTANT SUR LES NAISSANCES.....	20
4.1 NOMBRE DE NAISSANCES	20
4.2 PRÉMATURITÉ	20
4.3 POIDS DES NOUVEAU-NÉS	22
4.4 HOSPITALISATION DES NOUVEAU-NÉS.....	23
4.5 ALLAITEMENT	24
4.6 MORTALITÉ DU NOUVEAU-NÉ	25
4.7 DÉPISTAGE DE LA SURDITÉ CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.....	28
5. CONCLUSION.....	29
ANNEXE : TABLEAU RECAPITULATIF.....	30

Glossaire

AG : Age Gestationnel
AMP : Assistance Médicale à la Procréation
ARDPHE : Association Régionale de Dépistage et de Prévention des Handicaps de l'Enfant
AVB : Accouchements Voie Basse
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGOF : Collège National de Gynécologues Obstétriciens Français
CH, CHU, CHRU : Centres Hospitaliers Universitaires, Régionaux Universitaires
ENP 2016 : Enquête Nationale Périnatale réalisée en 2016 (résultats en métropole – France)
EVBO : Extraction par Voie instrumentale Basse Opératoire, par forceps, spatules ou ventouses
FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
HERA : évaluation de l'impact des stratégies de prévention et de diagnostic précoce de l'hémorragie du post-partum au sein des réseaux de santé en périnatalité
HPP : Hémorragies du Post-Partum
IMG : Interruption Médicale de Grossesse
IVG : interruption Volontaire de Grossesse
JUMODA : étude prospective nationale comparative sur le mode d'accouchement des femmes enceintes de jumeaux
M (F) IU : Mort (Foetale) In Utero
MPN : Mortalité Péri Natale
MTN : Mortinatalité
PAG : Petit poids pour l'Age Gestationnel (nouvelle terminologie du RCIU)
PENEW : Environment Pregnancy and NEWborn malformations
PHRC : Projet Hospitalier de Recherche Clinique
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PN : Poids de Naissance
PRS : Projet Régional de Santé
RCIU : Retard de Croissance In Utero (ancienne terminologie du PAG)
RSP : Réseau de Santé en Périnatalité
SA : Semaines d'Aménorrhée (pour déterminer l'âge gestationnel)
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
TAN ou TIU : Transferts AntéNatal ou Transfert In Utero
TPN : Transfert Post Natal

1. Introduction

Ce rapport sur les indicateurs de Santé Périnatale a été élaboré en concertation par l'Agence Régionale de Santé Bretagne et par les coordinations des Réseaux de Santé en Périnatalité bretons.

Comme pour le rapport de 2014 sur les Indicateurs de suivi de l'activité périnatale en Bretagne, les indicateurs en 2016 sont issus des données fournies par l'ARS à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), et des données des réseaux à partir du recueil manuel des maternités.

Un travail préalable avait été réalisé pour définir les limites respectives des données issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et du recueil manuel effectué au sein des maternités par les réseaux.

La comparaison de ces recueils avait permis d'identifier quels indicateurs pourraient désormais être calculés à partir du PMSI. Le résultat de ce travail avait fait l'objet d'un rapport publié sur le site de l'ARS⁴. Dès 2016, l'allègement du recueil manuel pour les indicateurs jugés fiables dans le PMSI a pu être mis en place dans les maternités.

Les indicateurs présentés dans ce rapport sont ceux proposés et définis par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité⁵ et désormais accessibles sur ScanSanté⁶.

L'analyse de ces indicateurs devra permettre d'améliorer les pratiques des professionnels.

En parallèle, l'amélioration et l'harmonisation des règles de recueil de l'information devront être poursuivies, ce qui permettra d'alléger encore le travail de recueil manuel et d'analyser des indicateurs plus fiables et plus homogènes.

Pour rappel, l'offre en périnatalité est à ce jour graduée selon la prise en charge nécessaire pour le nouveau-né, en quatre types.

Gradation de l'offre en périnatalité : les types de maternités

Depuis les décrets de périnatalité n° 98-899 et 98-900 du 9 octobre de 1998, les maternités sont classées en trois types en fonction de l'offre de soins néonataux :

- le **type 3** prend en charge des nouveau-nés pouvant nécessiter des soins de réanimation néonatale et de néonatalogie
- le **type 2B** prend en charge des nouveau-nés pouvant nécessiter des soins intensifs
- le **type 2A** prend en charge des nouveau-nés pouvant nécessiter des soins non intensifs
- le **type 1** prend en charge des enfants bien portants ou peu malades ayant seulement besoin de soins de puériculture

cf. Figure 1 : carte page suivante pour visualiser la localisation des maternités bretonnes

⁴ Comparaison des données en périnatalité produites par les Réseaux de Santé Périnatale et de celles fournies par le PMSI, Enguerrand Lootvoet, Dr Olivier Joseph (ARS Bretagne) et les quatre réseaux départementaux de santé périnatale.

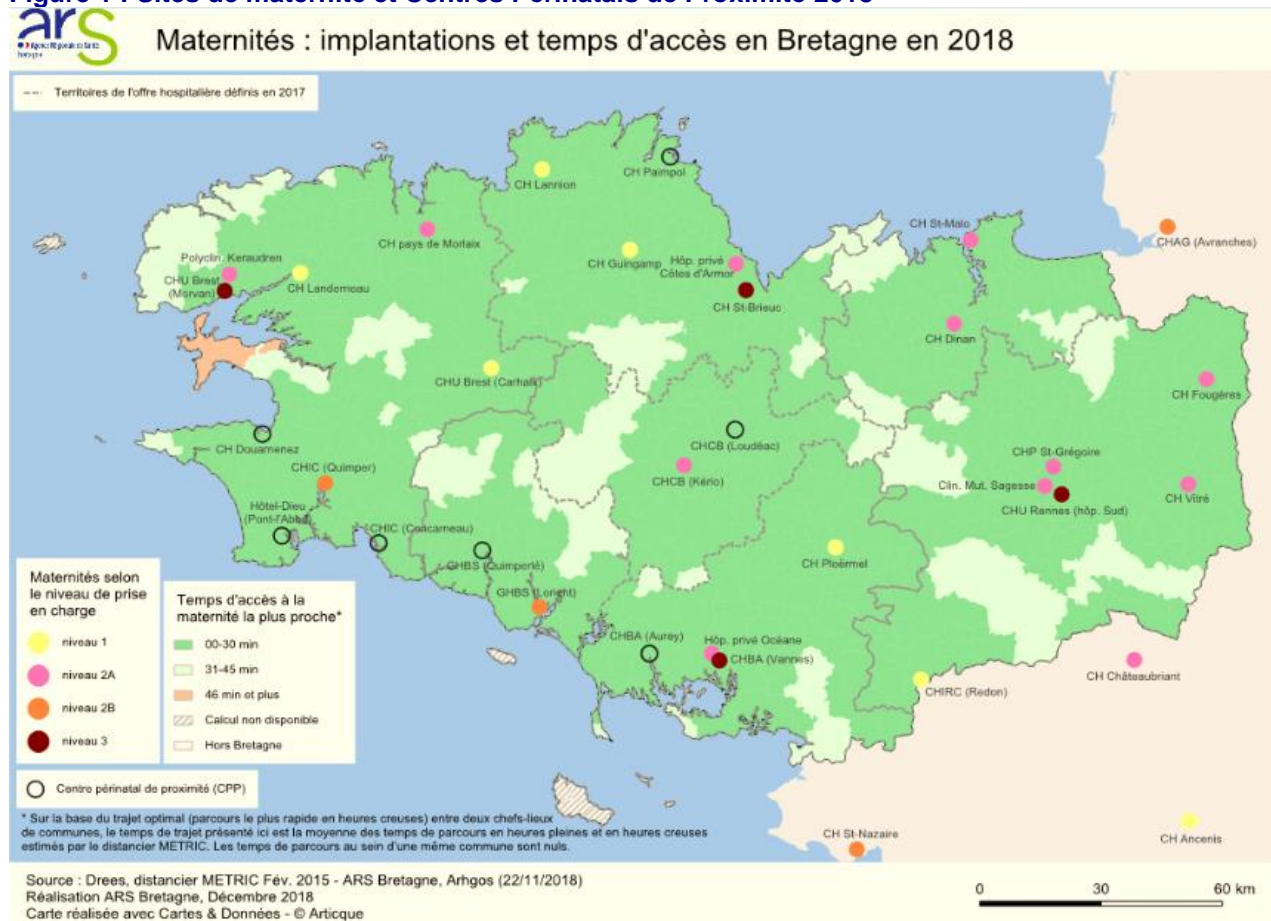
⁵ <http://www.ffrsp.fr/data/mediashare/iw/ouignfsObjj11amckv0ktlstquo4sd-org.pdf>.

⁶ <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>.

Répartition des 23 maternités bretonnes par type :

Type et nombre de maternités		Noms des établissements
type 1	7 maternités	CH Guingamp, CH Lannion, CHRU site Carhaix, CH Landerneau, CH Redon, CH Plœrmel, clinique Océane
type 2A	10 maternités	CH Dinan, Hôpital Privé des Côtes d'Armor (HPCA), Polyclinique Keraudren, CH Morlaix, CH St Malo, CH Fougères, CH Vitré, CH St Grégoire, Clinique de La Sagesse, CHCB Pontivy
type 2B	2 maternités	CHIC Quimper, CHBS Lorient
type 3	4 maternités	CH St Brieuc, CHRU Brest, CHU Rennes, CHBA Vannes

Figure 1 : Sites de maternité et Centres Périnataux de Proximité 2018



Des filières physiologiques se développent :

- des salles « nature » dans le département du 22 au CH de St Brieuc et Lannion ainsi qu'à l'HPCA, dans le 29 à la Polyclinique Keraudren, dans le 35 au CH de St Malo, de Redon, et dans le 56 au CHCB de Pontivy et la clinique Océane,
- des espaces et pôles physiologiques au CHRU de Brest, au CHIC de Quimper, au CHU de Rennes et à la Clinique de la Sagesse,
- via des conventions de plateaux techniques passées entre établissements : CH de Lannion, CHRU de Brest et CHIC de Quimper ; CH de Fougères, Redon et Vitré ; CHBS de Lorient et bientôt CHBA de Vannes.

2. Méthodologie

2.1 Sources des données

→ Le recueil des Réseaux de Santé en Périnatalité (RSP)

Depuis plusieurs années, les RSP constituent, en lien avec les maternités, un recueil d'indicateurs très complet. Ils travaillent avec les établissements pour homogénéiser les définitions des indicateurs et fiabiliser la traçabilité des actes. Depuis la mise en place du recueil partagé avec l'ARS, un travail de fiabilisation du PMSI a également été engagé à l'échelle de la Bretagne.

Les Réseaux de Santé en Périnatalité (RSP)

Les Réseaux de Santé en Périnatalité (RSP) ont commencé à apparaître dans le paysage sanitaire français suite au plan de périnatalité de 1994. Leur mission était d'assurer la coordination des transferts in utero entre les établissements du territoire, autrement dit, d'assurer l'orientation des femmes vers les structures adaptées à leur état de santé et à celui de leur enfant.

En 2005, un nouveau plan de périnatalité, visant la modernisation et la sécurisation de l'environnement de la grossesse et de la naissance, a généralisé les réseaux de santé en périnatalité sur l'ensemble du territoire français. Les réseaux deviennent des structures de coordination indirecte des soins en périnatalité impliquant les professionnels de santé des établissements, de la PMI et de la ville⁷.

Les missions des RSP sont définies nationalement. Leur objectif est de réduire la mortalité et la morbidité périnatale et maternelle. Pour atteindre cet objectif, les réseaux coordonnent les professionnels et mettent en place des actions visant à accroître la sécurité périnatale en assurant l'orientation optimale des patientes et des nouveau-nés vers le niveau de soin que requiert leur niveau de santé. Ils assurent la promotion du rapprochement mère enfant chaque fois qu'il est compatible avec la sécurité. Ils coordonnent l'ensemble des soins médicaux et psycho-sociaux, et favorisent les actions de prévention, de dépistage, d'enseignement et de recherche en médecine périnatale.

Conformément au nouveau cahier des charges de 2015⁸, le suivi d'indicateurs traceurs doit permettre de fonder un diagnostic partagé entre l'ARS et les réseaux sur la situation périnatale au niveau régional et de mettre en évidence les spécificités, régionales et territoriales, sur lesquelles travailler.

La majorité des Réseaux de Santé en Périnatalité en France sont des structures régionales. En Bretagne, il y a actuellement quatre réseaux départementaux, mais ces réseaux bretons sont engagés dans une démarche de mutualisation et de régionalisation de leurs missions, tout en conservant une animation de proximité pour agir au plus près des professionnels, et de façon cohérente avec les problématiques locales.

→ Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Le PMSI désigne la base de données des séjours hospitaliers. L'activité d'obstétrique et de néonatalogie est décrite dans son volet MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Depuis 2015, sur la base de l'activité de 2014, l'ARS Bretagne extrait les données du PMSI, et calcule les indicateurs, qui peuvent l'être, à partir de cette source.

Dans le cadre de ce rapport, la source jugée la plus fiable dans le travail méthodologique évoqué supra a été utilisée pour fournir les indicateurs. Elle est précisée sous chaque tableau.

⁷ Cahier des charges 2006 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>.

⁸ Cahier des charges 2015 : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39846.pdf.

→ L'Enquête Nationale Périnatale (2016)

Les données de la dernière Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 coordonnée par l'équipe EPOPé de l'INSERM et réalisée en France métropolitaine et dans les DOM, sont fournies quand elles existent.

Cette Enquête Nationale Périnatale porte sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues sur une semaine dans l'ensemble des maternités françaises, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes. Le recueil comportait deux volets :

- un volet « naissance » : des données administratives et de santé sur la mère et l'enfant recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un entretien avec les femmes en suites de couches après leur accouchement,
- un volet « établissement » : des données sur les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins dans les services recueillies via un questionnaire établissement.

L'enquête réalisée en mars 2016 a permis un recueil sur 14 142 naissances auprès de 13 894 femmes, dont 13 384 naissances et 13 148 femmes en métropole.

Les données obtenues fournissent des estimations fiables des indicateurs et de leur évolution. La participation de quasiment toutes les maternités (99,2 %) ⁹ a permis d'obtenir un nombre de naissances très voisin de celui attendu selon les statistiques de l'Insee, et les caractéristiques des mères, des accouchements et des nouveau-nés sont similaires à celles connues grâce aux statistiques sur les séjours hospitaliers issues du PMSI.

→ Sources de données complémentaires

Le bilan du dépistage de la surdité du nouveau-né a été effectué à partir des données recueillies par l'Association Régionale de Dépistage et de Prévention des Handicaps de l'Enfant (ARDPHE). À compter de 2019, le bilan du dépistage sera effectué par le CRDN (Centre Régional de Dépistage Néonatal), qui a pris le relai de l'association au 1^{er} mars 2018.

2.2 Populations d'étude

L'analyse porte principalement sur deux populations : les accouchements et les naissances.

La définition conventionnelle d'un accouchement a été utilisée, à savoir :

- terme de 22 Semaines d'Aménorrhée (SA) ou plus et/ou poids du nouveau-né à la naissance supérieur à 500 grammes
- enfant né vivant ou non.

Ces critères s'appliquent également pour les naissances.

Les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) respectant ces critères sont comptabilisées.

En France, la très grande majorité des accouchements a lieu dans les maternités, au sein desquelles sont recueillies les données utilisées.

Les accouchements peuvent avoir lieu à domicile ou sur le trajet vers la maternité : ils sont alors dits inopinés. Dans ce cas, ils ne sont enregistrés dans le PMSI et par les RSP que lorsque la patiente est transférée en maternité, quel que soit le lieu de la délivrance.

Enfin, les accouchements peuvent avoir lieu au domicile par choix de la femme enceinte. Si aucun problème n'est rencontré, aucune hospitalisation n'a lieu et ces accouchements ne sont donc pas recensés dans ces recueils. Des données ont néanmoins été extraites des bases de l'Assurance Maladie (SNDS) afin d'évaluer la part qu'ils représentent. Ces accouchements ne rentrent pas dans la population d'analyse car les données les concernant sont très limitées. ¹⁰

⁹ Page 27 du rapport complet ENP 2016 : (517-4)/517.

¹⁰ Les données extraites du SNDS sont tous les actes sage-femme (code SF) de coefficient supérieur à 100. Il s'agit des actes facturés à l'Assurance Maladie par les sages-femmes les ayant réalisés.

2.3 Les indicateurs

Les indicateurs proposés par la FFRSP constituent l'essentiel des indicateurs analysés et sont répartis en fonction du fait qu'ils aient été calculés sur la base du nombre d'accouchements ou sur la base du nombre de naissances.

→ Accouchements

Les thématiques abordées concernant les accouchements sont les suivantes :

- Nombre d'accouchements (dont accouchements au domicile choisis)
- Âge maternel à l'accouchement
- Mode d'accouchement : taux de césariennes et d'extractions instrumentales, épisiotomie, déclenchement, analgésie
- Indicateurs de santé maternelle : hémorragies du post-partum, transferts in utero ou post-partum, décès

→ Naissances

Les thématiques abordées concernant les naissances sont les suivantes :

- Nombre de naissances total, mort-nés, Interruptions Médicales de Grossesse
- Naissances multiples
- Naissances par terme
- Poids des nouveau-nés
- Hospitalisation des nouveau-nés
- Mortalité périnatale : mortinatalité, mortalité néonatale précoce et tardive
- Allaitement

→ Indicateurs complémentaires

Un focus a été réalisé sur le dépistage de la surdité néonatale.

2.4 Description des établissements

Une référence nationale issue de l'ENP 2016 est fournie quand elle existe. Les données sont décrites par type de maternité.

Comme vu précédemment, il n'y a que deux établissements de type 2B. Aussi, les données relatives à ce niveau ne sont donc pas représentatives.

Enfin certains indicateurs sont présentés suivant le statut de l'établissement (public et privé PPHP/privé).

3. Indicateurs de suivi portant sur les accouchements

3.1 Nombre d'accouchements

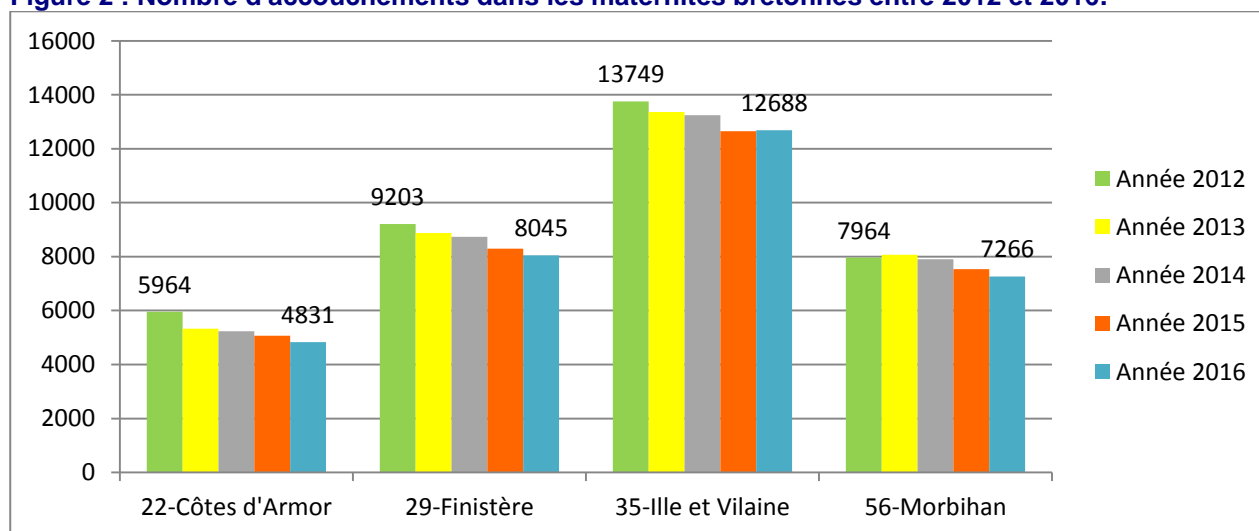
Tableau 1 : Accouchements avec hospitalisation dans les maternités bretonnes en 2016.

Nombre d'accouchements	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne
Sur site	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829
Répartition (%)	(29,5)	(15,4)	(41,9)	(13,3)	
Inopinés*	46	30	39	11	126
TOTAL	9 726	5 070	13 783	4 376	32 955

Source : PMSI MCO 2016

* : Cet indicateur doit encore être fiabilisé.

Figure 2 : Nombre d'accouchements dans les maternités bretonnes entre 2012 et 2016.



Sources : RSP 2012 et PMSI MCO 2013-2016.

En 2016, le nombre de femmes qui accouchent en Bretagne diminue de 6,5 % par rapport à 2014. Cette diminution est moins marquée dans les maternités de niveau 3 (- 4,1 % rapport à 2014). Elle est surtout importante dans les maternités de type 1 (- 28 % par rapport à 2014).

A contrario, on note une activité stable en maternité de type 2A (+ 0,02 %) par rapport à 2014.

D'une part, ceci est expliqué par la fermeture d'une maternité de type 1 : la maternité de la clinique Pasteur-Lanroze à Brest a fermé fin juin 2014. Son activité a été absorbée par les autres maternités brestoises (type 3 et 2A).

D'autre part, une maternité a changé de type : le CH de Vitré (35), maternité de type 1, est devenu maternité de type 2A en 2016.

La réduction du nombre de maternités, notamment celles de type 1, est un phénomène que l'on observe en France depuis déjà plusieurs années. Ainsi, entre 2002 et 2012, une maternité sur cinq avait fermé au niveau national¹¹ (une sur sept en Bretagne).

La part des accouchements en type 1 en 2016 en Bretagne est très inférieure à celle observée au niveau national en 2016 (13 % contre 21,7 %). Cette part continue de diminuer et la tendance est à une concentration relativement rapide des maternités déjà constatée dans l'ENP en 2010¹².

¹¹ Audrey Baillot, Franck Evain, 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », Études et résultats, n°814, Drees, octobre.

¹² Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, Béatrice BLONDEL et Morgane KERMARREC, INSERM – U.953, données de l'enquête nationale périnatale 2010.

À noter : il n’y a pas de distinction, dans l’ENP 2016, entre les niveaux 2A et 2B, la Bretagne est donc, pour les niveaux 2A et 2B confondus, à 57 % d’accouchements en type 2, versus 49,6 % pour la France.

Les fermetures de maternité, comme celle de la clinique Pasteur-Lanroze, participent également à une concentration de l’offre dans les établissements publics : ceux-ci réalisent plus de 70,3 % des accouchements dans la région Bretagne en 2016, et, si l’on compte la clinique de la Sagesse (ESPIC : Établissement de santé privé d’intérêt collectif) d’Ille et Vilaine parmi les établissements publics, à l’instar du parti pris de l’enquête nationale périnatale de 2016, ce chiffre passe à 80,3 %.

En France, la part des accouchements en établissements publics et ESPIC est de 76,9 % dans l’ENP 2016.

Figure 3 : Répartition des accouchements par type de maternité en 2016

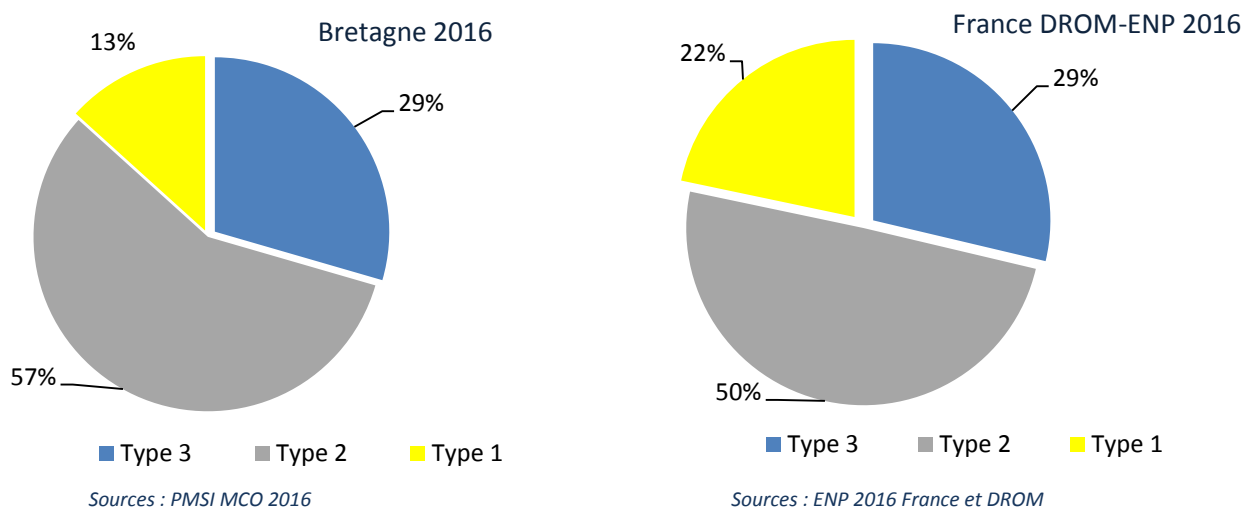


Tableau 2 : Accouchements inopinés en Bretagne

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d’accouchements inopinés en Bretagne	127	114	109	122	126

Source : RSP 2012-2013 et PMSI MCO 2014-2016

Le nombre de femmes prises en charge en maternité sans y avoir accouché, dans les suites immédiates de la délivrance après accouchement inopiné à domicile ou sur le trajet, est à peu près constant, mais constitue une donnée très suivie¹³. Cela représente environ 0,4 % des accouchements en 2016.

Les accouchements à domicile choisis, et n’ayant pas nécessité d’hospitalisation, ne sont pas pris en compte ici. Cependant, d’après les données de l’Assurance Maladie, moins de 100 femmes par an auraient fait ce choix entre 2014 et 2016, soit moins de 3 pour 1 000 accouchements.

¹³ Accidental out-of-hospital deliveries : a case-control study. L. Renesme, R. Garlandézec, F. Anouilh, F. Bertschy, M. Carpentier, J. Sizun, Acta Paediatrica, Wiley, 2013, 102 (4), pp.e174-7. <10.1111/apa.12156.

3.2 Âge maternel à l'accouchement

Les caractéristiques importantes du contexte de la grossesse ont tendance à évoluer de manière défavorable. Le report des naissances à des âges maternels plus élevés, observé depuis plusieurs décennies, se poursuit, alors que l'on sait que les risques pour la mère et l'enfant augmentent de manière sensible avec l'âge des femmes.

Tableau 3 : Âge maternel à l'accouchement

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Age moyen ± écart-type	30,1 ± 5,3	30,2 ± 5,1	30,3 ± 4,8	30,0 ± 5,0	30,2 ± 5,0	30,5
Age médian (Q1-Q3)*	30 (27-34)	30 (27-34)	30 (27-34)	30 (27-33)	30 (27-34)	

Source : PMSI MCO 2016-INSEE 2016

* Q1 correspond au 1er quartile, c'est-à-dire à la plus petite valeur telle qu'au moins 25 % des âges observés soient inférieurs ou égaux à cette valeur. De la même manière, Q3 correspond au 3^{ème} quartile : 75 % des âges enregistrés sont inférieurs à cette valeur.

L'âge maternel moyen en Bretagne se situe légèrement en deçà de la moyenne nationale, ce qui n'était pas le cas en 2014 (30,0 ± 5,0 en Bretagne en 2014 versus 29,7 ± 5,3 en France).

D'après les données Insee et les données de l'état civil en 2016, l'âge moyen à l'accouchement en France est de 30,5 ans en 2016. Cet âge moyen était de 27,5 ans en 1985 et n'a cessé d'augmenter depuis 30 ans.

Le nombre de femmes mineures ayant accouché en Bretagne est constant sur la période 2014-2016 et représente 0,3 % des parturientes.

90 mineures ont accouché en Bretagne en 2016, dont 2 mineures de moins de 15 ans (<0,01 %) et 88 de 15 à 17 ans (0,27 %). Par comparaison, en France, les taux sont respectivement de 0,03 % (<15 ans) et 0,57 % (15-17 ans).

Tableau 4 : Mineures ayant accouché en Bretagne

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne
Mères <18 ans (%)	39 (0,4)	15 (0,3)	25 (0,2)	11 (0,3)	90 (0,3)

Sources : PMSI MCO 2016-ENP 2016

Le nombre de femmes accouchant à plus de 35 ans augmente, en Bretagne comme en France. Entre 2010 et 2016, la part des accouchements chez les femmes âgées de 35 ans ou plus a augmenté, passant de 19,0 % à 21,3 % en France en 2016, pour une valeur de 20,1 % en Bretagne en 2016.

Tableau 5 : Femmes d'âge supérieur à 35 ans ayant accouché en Bretagne

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Mères ≥35 ans (%)	2 041 (21,1)	1 042 (20,7)	2 679 (19,5)	834 (19,1)	6 596 (20,1)	(21,3)

Source : PMSI MCO 2016 - ENP 2016

3.3 Autres caractéristiques maternelles à l'accouchement

L'Enquête nationale périnatale 2016 relevait deux autres caractéristiques préoccupantes, qui n'ont pas fait l'objet d'extraction du PMSI.

L'augmentation du surpoids et de l'obésité : selon l'ENP 2016, 20 % des femmes sont en surpoids et près de 12 % sont obèses, contre respectivement 17 % et 10 % en 2010.

Selon l'enquête ObepiRoche¹⁴ qui avait été menée en 2012, la Bretagne comme l'Ouest de la France se situait parmi les régions les moins touchées.

Toutefois, en 2016 et selon l'ENP, la part des femmes ayant un IMC ≥ 30 est de 11,8 % en métropole, pour 11,9 % en Bretagne.

Selon l'ENP de 2016, 30 % des femmes interrogées ont déclaré avoir fumé juste avant leur grossesse et cette prévalence n'a pas diminué depuis 2010, alors que la tendance était à la baisse depuis 2003. Globalement, cette consommation de tabac est voisine de celle observée en population chez les femmes âgées de 15 à 75 ans, d'après les données du Baromètre Santé 2016 (Pasquereau et al., 2017). Au total, en 2016, 16,6 % des femmes fumaient au moins une cigarette par jour au 3^{ème} trimestre de leur grossesse.

Les études publiées en 2014 sur la consommation de tabac chez les Français¹⁵ plaçaient la Bretagne dans les régions de moyenne haute (29,1 % en Bretagne pour 30,9 % dans le Nord et 25 % en Pays de Loire).

Selon l'ENP 2016, 16,6 % des femmes en métropole consommaient du tabac au 3^{ème} trimestre de la grossesse, pour 24 % en Bretagne.

3.4 Modes d'accouchement et gestes liés à l'accouchement

→ Modes d'accouchement

Tableau 6 : Accouchements par césarienne

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France*
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Dont Césariennes	2 115	887	2 558	802	6 362	
(%)	(21,8)	(17,6)	(18,7)	(18,4)	(19,4)	(20,4)
Dont Césariennes programmées	533	280	929	298	2 040	
(%)	(5,5)	(5,6)	(6,8)	(6,8)	(6,2)	(6,5)

Sources : PMSI MCO 2016 (ScanSanté)

* Le taux de césariennes est calculé sur le nombre de naissances dans l'ENP 2016, et non sur le nombre d'accouchements. C'est pourquoi la source PMSI a été privilégiée.

Le taux de césarienne national³ (20,1 %) reste stable depuis 2010, ce qui suggère une attitude générale tendant à limiter la réalisation de cette intervention.

Le taux de césariennes est de 19,4 % en Bretagne en 2016, soit un peu en deçà du taux national qui est de 20,1 %³. Il est en moyenne de 21,8 % dans les quatre maternités de type 3 en 2016 contre environ 18,4 % dans les autres maternités. En 2016, il est de 20,9 % dans les établissements publics (18,8 % hors maternités de type 3) et de 17,7 % dans le privé.

La fréquence des césariennes programmées est de 6,5 % en France³. Le taux breton est légèrement inférieur (6,2 %).

¹⁴ Enquête ObepiRoche : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf.

¹⁵ Comparaison régionale du tabagisme et de l'usage de cigarette électronique en France en 2014 – BEH 30/31 octobre 2016 : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10532.

Tableau 7 : Extractions par Voie Basse Opératoire (EVBO)

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	9 693	5 031	13 680	4 365	32 778	
Dont EVBO	1 287	618	1 663	550	4 118	
(%)	(13,3)	(12,3)	(12,2)	(12,6)	(12,6)	(12,2)

Sources : données établissement 2016

* Le taux d'EVBO est calculé sur le nombre de naissances dans l'ENP 2010 et 2016, et non sur le nombre d'accouchements.

Certains établissements ne renseignent pas cet acte de façon systématique, ce qui peut conduire à sous-estimer le taux d'EVBO.

Le taux breton d'extraction par voie basse opératoire (spatules, forceps ou ventouses) a connu une légère augmentation entre 2014 et 2016, passant de 11,9 % à 12,6 %, venant ainsi dépasser le taux national de l'ENP en 2016 (12,2 %), taux national qui n'a pour sa part augmenté que de 0,1 point entre 2010 et 2016 (12,1 % à 12,2 %).

Suite à l'enquête périnatale de 2010, une étude¹⁶ avait décrit comment la fréquence des interventions obstétricales variait en fonction de la taille et du statut des maternités, pour des grossesses à bas risque. Celle-ci n'avait pas établi de lien entre la taille ou même le type de l'établissement et la fréquence de ces interventions mais elle avait mis en évidence que la probabilité d'un accouchement par voie basse opératoire était multipliée par 1,5 dans les maternités privées pour ce type de grossesses. Aussi, des recommandations nationales du CNGOF en 2008 ont préconisé des mesures à prendre pendant le travail pour réduire le nombre d'accouchements par voie basse opératoires.

En Bretagne d'après les chiffres issus des données établissements 2016, la proportion d'accouchements par voie basse opératoire est de 13,8 % dans les maternités privées tandis qu'elle est de 12,0 % dans les maternités publiques.

Dans ce contexte, il serait intéressant de proposer cet indicateur dans les CPOM avec les établissements identifiés et d'évaluer l'impact d'actions mises en place dans certains établissements pour faire diminuer ce taux.

→ Gestes complémentaires

Tableau 8 : Déclenchement de l'accouchement

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	9 693	5 031	13 689	4 365	34 562	
Déclenchés	2 113	1 124	2 544	766	6 547	
(%)	(21,7)	(22,2)	(18,5)	(17,5)	(19,9)	(22,0)

Sources : RSP 2016 et ENP 2016

Le déclenchement est la mise en route artificielle du travail par une méthode médicamenteuse, par voie parentérale ou locale. Dans l'enquête périnatale de 2016, constat était fait d'une diminution globale de l'usage de l'ocytocine (conformément aux préconisations¹⁷) de 64,1 % en 2010 à 52,5 % en 2016.

Les réseaux de santé périnatale bretons ne recensent auprès des maternités que les déclenchements médicamenteux par voie parentérale et non pas locale, ce qui peut expliquer que le taux régional est inférieur au taux national

Les indications médicales de mise en route du travail, qui peuvent être maternelles et/ou fœtales, sont plus fréquentes dans les maternités de type 3 et 2B et, dans une moindre mesure, de type 2A.

¹⁶ Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010, Bénédicte Coulm, Béatrice Blondel avec la collaboration d'Annick Vilain et de Sylvie Rey, 2014, Études et Résultats, n°897, Drees.

¹⁷ Recommandations pour l'usage de l'Ocytocine CNSF : 2017 : http://www.sfmu.org/upload/consensus/rpc_oxycytocine2017.pdf.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408816301456>.

Tableau 9 : Épisiotomie lors d'Accouchements par Voie Basse (AVB)

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre d'AVB	7 571	4 155	10 425	2 678	24 829	
Épisiotomies (%)	1 539 (20,3)	730 (17,6)	1 727 (16,6)	483 (18,0)	4 479 (18,0)	(20,1)

Source : PMSI MCO 2016-ENP 2016

Certains établissements ne renseignent pas cet acte dans le PMSI de façon systématique, ce qui peut conduire à sous-estimer le taux d'épisiotomie. En effet, cet acte n'est pas valorisé financièrement dans le forfait accouchement. Nous avons exclu les données de ces établissements pour cet item.

Les données de l'ENP 2016 distinguent les accouchements de femmes primipares (qui accouchent pour la première fois), et femmes multipares, pour lesquels les taux sont très différents, respectivement de 34,9 % et 9,8 %, pour un taux global de 20,1 %.

La diminution de la fréquence des épisiotomies se poursuit, en France, comme en Bretagne, où ce taux est passé de 20,3 % en 2014 à 18,0 % en 2016.

Cette évolution fait suite à un consensus international sur l'absence de bénéfice d'une épisiotomie systématique dans la prévention des troubles périnéo-sphinctériens, et de la volonté des professionnels de répondre aux demandes des femmes (CNGOF, 2006).

→ Déchirures périnéales

La diminution de fréquence des épisiotomies ne s'accompagne pas, selon l'ENP 2016², d'une augmentation de la fréquence des lésions périnéales sévères (périnée complet ou complet compliqué).

En Bretagne, on constate de même que la fréquence des déchirures périnéales est stable, voire en légère diminution entre 2014 et 2016.

Définition des déchirures périnéales

Selon la classification anglo-saxonne, la déchirure du 3^{ème} degré correspond à une déchirure périnéale complète c'est-à-dire avec une atteinte du sphincter externe de l'anus.

La déchirure du 4^{ème} degré correspond à une déchirure périnéale complète compliquée, autrement dit avec une lésion sphinctérienne à laquelle se rajoute une rupture de la paroi ano-rectale antérieure.

Le taux de déchirure périnéale complète et/ou compliquée en Bretagne reste légèrement plus élevé (1 %) que celui observé au niveau national (0,8 %). Ceci pourrait être lié au taux d'épisiotomie plus bas en Bretagne qu'au niveau national, mais peut aussi résulter du manque d'uniformité des diagnostics¹⁸, qui se répercute dans le PMSI.

Tableau 10 : Déchirures périnéales (lors d'accouchements par voie basse)

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre d'AVB	7 571	4 155	11 190	3 564	26 480	
Déchirures de degré 3 ou 4 (%)	101 (1,3)	64 (1,5)	78 (0,7)	25 (0,7)	268 (1,0)	(0,8)

Source : PMSI MCO 2016

¹⁸ Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) : Prévention, identification et réparation – Directive clinique de la SOGC-N° 330, décembre 2015.

→ Anesthésies péridurales

Tableau 11 : Anesthésie péridurale

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre d'AVB	6 011	4 155	11 190	3 564	24 920	
Avec anesthésie péridurale	5 066	3 589	9 480	2 629	20 764	
(%)	(84,3)	(86,4)	(84,7)	(73,8)	(83,3)	(81,4)

Source : PMSI MCO 2016 et ENP 2016 France

Un établissement ne recueille pas cette information dans le PMSI ; il a été exclu des calculs pour cet indicateur.

La mise à disposition et l'organisation des ressources en médecin anesthésiste semble conforme aux recommandations nationales de la SFAR (réactualisées en 2016) dans la majorité des établissements de la région. L'accès à l'anesthésie péridurale semble légèrement supérieur dans les établissements de la région par rapport au niveau national (83,3 % contre 81,4 %).

D'après un rapport de l'INSERM de 2015¹⁹ rédigé sur la base des données de l'ENP 2010, 26 % des femmes avaient déclaré pendant leur grossesse ne pas vouloir de péridurale lors de l'accouchement. Toutefois, on ne constate pas de baisse significative du taux de péridurale malgré le développement des espaces physiologiques et des salles nature.

Dans les maternités de la région, des alternatives à l'anesthésie péridurale se développent : les femmes qui le souhaitent peuvent bénéficier d'autres méthodes d'accompagnement et de soutien à l'accouchement dans des salles « nature », des espaces physiologiques, ou sur les plateaux techniques, et avec des équipes qui prennent en compte les projets de naissance.

Cette évolution a pour vocation de répondre aux souhaits des femmes et aux préconisations des professionnels^{20 21}.

3.5 Grossesses multiples

Tableau 12 : Accouchements multiples

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Gémellaires	287	82	177	27	573	
(%)	(3,0)	(1,6)	(1,3)	(0,6)	(1,75)	(1,8)
Triplés	9				9	
(%)	(0,1)				(0,03)	
Multiples	296	82	177	27	582	
(%)	(3,1)	(1,6)	(1,3)	(0,6)	(1,8)	

Sources : PMSI MCO 2016 et ENP 2016

Dans l'ENP 2016 est indiqué le nombre de naissances triples et non le nombre d'accouchements avec triplés

1,8 % des accouchements conduisent à des naissances de multiples en Bretagne. Ce taux est le même que dans l'ENP 2016 (1,8 %).

Les accouchements triples restent exceptionnels, représentant 2 à 3 cas pour dix mille accouchements. 50,9 % de ces accouchements multiples ont été réalisés dans une maternité de type 3.

¹⁹ L. Kpéa et coll. Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use : Results from a National Survey in France. Anesth Analg, édition en ligne du 17 juin.

²⁰ Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités – CIANE, CNGOF, CNSF, SFN, Ministère travail emploi, santé – 2012.

²¹ Recommandations pour la pratique clinique : [Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales –HAS Décembre 2017.](#)

3.6 Indicateurs de santé maternelle

→ Hémorragies du post-partum (HPP)

Définition des hémorragies du post-partum (HPP)

Une HPP est définie par une perte de sang supérieure à 500 ml pour un accouchement.

Une HPP sévère est définie par une perte de sang supérieure à 1 000 ml pour un accouchement, elle peut avoir nécessité le recours à un acte (ou plusieurs) dont une transfusion, embolisation, ligature vasculaire, hystérectomie, pose d'un ballonnet de Bakri.

Dans le PMSI, les hémorragies sont identifiées sur la base du diagnostic O72 « Hémorragie du Post-Partum », dont le codage est à l'appréciation de l'établissement.

Tableau 13 : Hémorragies du Post-Partum (HPP)

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829
Avec HPP	595	300	524	149	1 568
(%)	(6,1)	(6,0)	(3,8)	(3,4)	(4,8)
Dont AVB	7 571	4 155	11 190	3 564	26 480
Avec HPP	447	256	445	127	1 275
(%)	(5,9)	(6,2)	(4,0)	(3,6)	(4,8)
Dont Césarienne	2 114	887	2 556	801	6 358
Avec HPP	148	44	79	22	293
(%)	(7)	(5,0)	(3,1)	(2,7)	(4,6)

Source : PMSI MCO 2016

Données France non disponibles

Les taux d'HPP issues des données PMSI en Bretagne ont légèrement augmenté, passant de 4,4 % en 2014 à 4,8 % en 2016, ce qui témoigne fort probablement, non pas d'une augmentation réelle des hémorragies, mais d'une augmentation du diagnostic et de la prise en charge précoce des hémorragies. Selon le CNGOF²², dans les études en population, l'incidence de l'HPP est autour de 5 % des accouchements lorsque la mesure des pertes sanguines est imprécise, et autour de 10 % lorsque les pertes sanguines sont quantifiées. Toujours selon le CNGOF, l'incidence de l'HPP sévère est autour de 2 %.

La part des femmes ayant bénéficié d'une administration prophylactique d'ocytocine en prévention d'une hémorragie du post-partum (HPP) a augmenté, passant de 83,3 % en 2010 à 92,7 % en 2016 d'après l'ENP³. Ces résultats montrent que les recommandations pour la pratique clinique de 2004 (CNGOF), mises à jour en 2014, sont appliquées (Sentilhes et al., 2014).

Tableau 14 : HPP graves accompagnées d'un acte médical

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829
Avec acte pour PEC d'HPP*	98	15	22	9	173
Dont transfusions	82	8	18	8	116
Dont embolisations	32	5	1	1	39
Dont chirurgies	3	7	6	2	18

Source : PMSI MCO 2016 et ENP 2016

* Cette ligne n'est pas la somme des suivantes car plusieurs gestes peuvent avoir été réalisés pour un même accouchement.

²² [Recommandations pour la pratique clinique Les hémorragies du post-partum-CNGOF 2014.](#)

En 2016, au moins 0,5 % des accouchements bretons auraient été compliqués d'une HPP grave dont la prise en charge a nécessité un acte médical : transfusion dans la majorité des cas et/ou embolisation et/ou chirurgie. Certains de ces gestes (embolisation notamment) ont pu nécessiter un transfert de la mère vers une maternité de type 3, ce qui explique la part importante des actes réalisés dans ces établissements. Le taux d'HPP sévère ($\geq 1\ 000$ ml) est de 1,8 % en France selon l'ENP 2016. Il n'y a pas de recueil de l'HPP sévère possible via le PMSI. L'ENP 2016 ne donne pas de taux d'HPP (≥ 500 ml), ni de précisions sur les actes médicaux associés aux prises en charge de l'HPP.

→ Prise en charge en réanimation et décès maternels

L'ENP 2016 France métropole donne un taux de 0,5 % des mères hospitalisées en réanimation ou soins intensifs plus de 24 h après l'accouchement.

D'après la Classification Internationale des Maladies (CIM), la mort maternelle est « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuit* ».

Les données du PMSI ne concernent que les morts maternelles survenues en établissement de santé et reliées au séjour maternité (donc, par exemple, n'y figurent pas les décès survenus dans d'autres établissements (après transfert), à domicile, etc.).

En 2016, deux décès maternels ont été recensés par les réseaux en Bretagne, ce qui correspond à un taux de 6 pour 100 000 naissances vivantes. Il n'y a pas de données comparatives dans l'ENP 2016. Dans le dernier rapport du CNEMM, de 2010-2012²³ : le taux est de 10,3 pour 100 000 naissances vivantes, stable par rapport à la période précédente 2007-2009, et dans la moyenne des pays européens.

3.7 Transferts maternels

→ Période anténatale

Tableau 15 : Transferts In Utero ou Transferts anténataux (TIU/TAN) entre établissements

2016 Établissement adresseur	Établissement receveur					Total
	Type 3	Type 2A	Type 2B	Type 1	Hors Réseau	
Type 1	111	4			5	120
Type 2A	144	5			8	157
Type 2B	57				5	62
Type 3					4	4
« Hors réseau »	5				7	12
Sans information	3					3
Total	320	9	0	0	29	358

Source : RSP 2016

358 transferts anténatals (i.e. transfert d'une femme pendant sa grossesse vers un autre établissement) ont été enregistrés par les RSP en 2016, ce qui représente 1,06 % des accouchements. À titre comparatif, dans l'ENP 2016, 1,7 % des femmes ont eu un transfert anténatal.

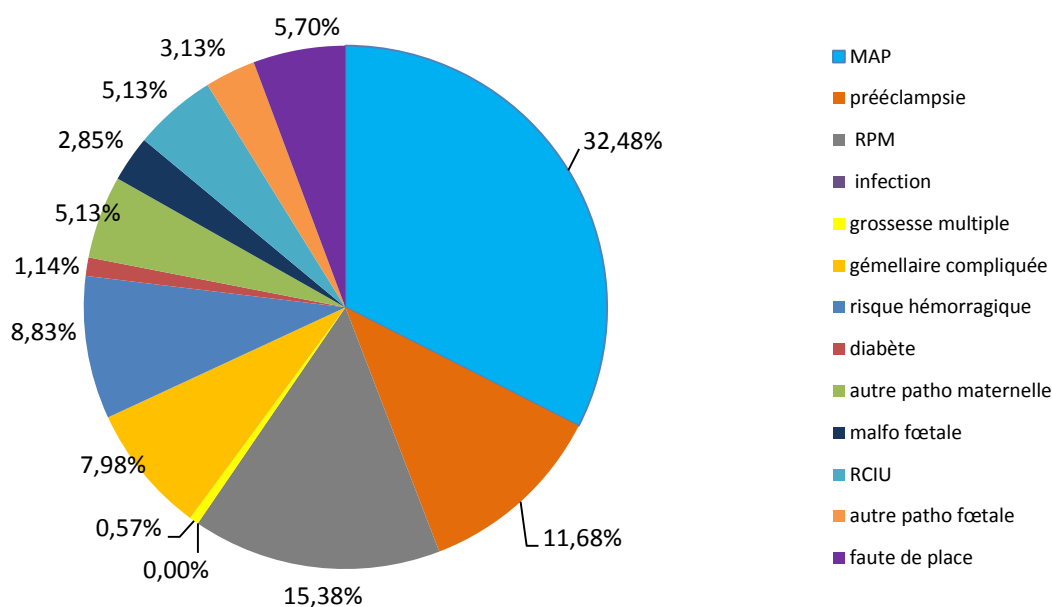
²³ Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir – 5^{ème} rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012 – septembre 2017 – INSERM – Santé Publique France.

En Bretagne, on constate que :

- 89,3 % de ces transferts ont été réalisés en direction d'un type 3 dans le même département, et 5,6 % en direction d'un type 3 en Bretagne.
- Sur ces 89,3 % de transferts vers un type 3 : 35 % venaient d'un type 1, 45 % d'un type 2A et 18 % en provenance d'un type 2B. Il y a eu 20 transferts anténataux entre type 3 de Bretagne et au moins 5 transferts hors Bretagne (Nantes et Necker).
- sur les 9 transferts anténataux observés vers un type 2A, 4 proviennent d'un type 1, 5 viennent d'un autre type 2A ; et de plus, un transfert venait d'un type 3 vers un type 2A hors réseau, (CH Laval) traduisant probablement pour ces deux dernières catégories, une régulation due à des manques de place.

Le graphique suivant donne la répartition des principales causes de transfert anténatal (données recensées sur 98 % des transferts). Dans le recueil des réseaux, seule la cause principale de transfert est renseignée. Les trois motifs principaux sont la menace d'accouchement prématuré (MAP), la rupture prématurée des membranes (RPM) et la pré-éclampsie (motifs principaux également retrouvés en 2014).

Figure 4 : Causes des transferts anténataux



Source : RSP 2016

→ Période postnatale

Tableau 16 : Transfert de la mère en post-partum

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829
Transferts du post-partum	37	28	89	112	266
(%)	(0,4)	(0,6)	(0,6)	(2,6)	(0,8)

Source : PMSI MCO 2016

Les transferts du post-partum (TPP) concernent les femmes transférées vers un autre établissement pour des suites de couches pathologiques, ou pour un rapprochement mère-enfant. 0,8 % des femmes ont été transférées en post-partum.

4. Indicateurs de suivi portant sur les naissances

4.1 Nombre de naissances

Tableau 17 : Nombre de naissances

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne
Nombre de naissances	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420
Dont vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175
Dont mort-nés	110	37	81	17	245

Source : PMSI MCO 2016 (Données du séjour du nouveau-né)

4.2 Prématurité

Selon l'Inserm, un nouveau-né est considéré comme prématuré s'il est né avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). On distingue trois degrés de prématurité :

- la prématurité moyenne entre 32 SA et 36 SA
- la grande prématurité entre la 28 SA et 31 SA
- la très grande prématurité ou prématurité extrême pour une naissance avant 28 SA

Tableau 18 : Répartition des naissances selon l'âge gestationnel

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre de naissances total	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	
AG [22;24 SA] (%)	56 (0,6)	15 (0,3)	30 (0,2)	9 (0,2)	110 (0,3)	
AG [25;27 SA] (%)	87 (0,9)	14 (0,3)	14 (0,1)	2 (0,0)	117 (0,4)	
AG [28;31 SA] (%)	222 (2,2)	19 (0,4)	26 (0,2)	4 (0,1)	271 (0,8)	
AG [32;36 SA] (%)	880 (8,8)	281 (5,5)	672 (4,8)	124 (2,8)	1 957 (5,9)	
AG <37 SA (%)					2 455 (7,3)	
AG ≥37 SA (%)	8 755 (87,6)	4 815 (93,6)	13 144 (94,7)	4 251 (96,8)	30 965 (92,7)	
Nombre de naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
AG [22;24 SA] (%)	23 (0,2)	5 (0,1)	3 (0,0)	2 (0,0)	33 (0,1)	(0,4)*
AG [25;27 SA] (%)	70 (0,7)	4 (0,1)	2 (0,0)	1 (0,0)	77 (0,2)	
AG [28;31 SA] (%)	205 (2,1)	16 (0,3)	11 (0,1)	2 (0,0)	234 (0,7)	(0,8)
AG [32;36 SA] (%)	857 (8,7)	272 (5,3)	656 (4,8)	122 (2,8)	1 907 (5,7)	(6,3)
AG <37 SA (%)					2 251 (6,8)	(7,5)
AG ≥37 SA (%)	8 735 (88,3)	4 810 (94,2)	13 133 (95,1)	4 246 (97,1)	30 924 (93,2)	(92,5)
Nombre de naissances vivantes multiples	489	155	314	51	1 009	
AG [22;24 SA] (%)	6 (1,2)	2 (1,3)	1 (0,3)		9 (0,9)	
AG [25;27 SA] (%)	22 (4,5)	2 (1,3)			24 (2,4)	
AG [28;31 SA] (%)	65 (13,3)	4 (2,6)	3 (1,0)		72 (7,1)	
AG [32;36 SA] (%)	219 (44,8)	76 (49,0)	124 (39,5)	19 (37,3)	438 (43,4)	
AG <37 SA (%)					543 (53,8)	(47,5)
AG ≥37 SA (%)	177 (36,2)	71 (45,8)	186 (59,2)	32 (62,7)	466 (46,2)	

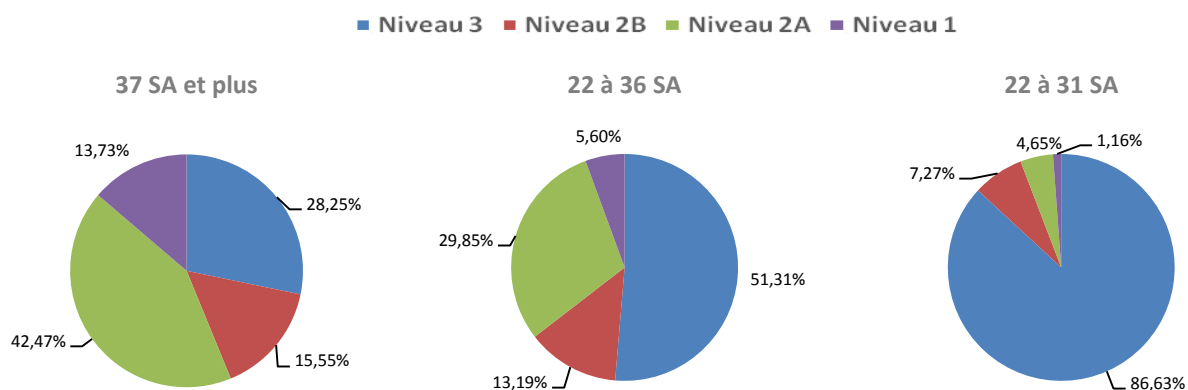
Sources : PMSI MCO 2016 et ENP 2016 France métropole

* Cumul des naissances entre 22 et 27 SA

Le taux de prématurité en Bretagne en 2016, calculé sur les naissances vivantes, est de 1 % pour la grande prématurité (<32 SA) et de 6,8 % pour la prématurité totale (<37 SA). Il reste en deçà du taux en France métropolitaine, qui est de 1,2 % pour les enfants de moins de 32 SA et 7,5 % pour les moins de 37 SA.

Le taux de prématurité des naissances multiples (53,8 %) est dix fois plus élevé que celui des naissances uniques (5,3 %).

Figure 5 : Répartition des naissances vivantes par type de maternité, selon le degré de prématurité



Source : PMSI MCO 2016

On parle de nouveau-né « outborn » pour un enfant né vivant et grand prématuré dans une maternité d'un type inférieur à celui attendu, compte tenu des facteurs de risques observés. La part des grands prématurés (avant 32 SA) nés vivants dans une maternité de type inférieur à 3 est un indicateur reconnu pour évaluer l'organisation de la filière de soins. Toutefois d'autres critères sont à prendre en compte motivant les transferts, comme le retard de croissance, des pathologies associées,...).

Si l'on s'en tient à la prématurité, le taux d'« outborn » bretons s'élève à 13,3 % en 2016, pour un taux de 13 % en 2014.

Dans certaines situations, les naissances outborn sont inévitables, soit en raison de contre-indications au transfert in utero²⁴, soit en l'absence d'indication médicale à la réanimation néonatale.

4.3 Poids des nouveau-nés

Le poids à la naissance est un marqueur de vulnérabilité du nouveau-né, fortement corrélé à l'âge gestationnel, mais il peut parfois témoigner d'anomalies de croissance en cas de discordance.

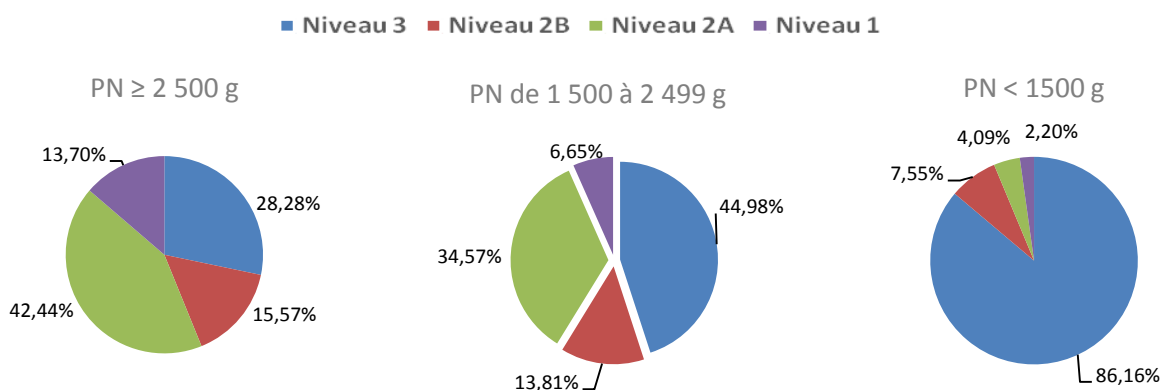
Tableau 19 : Poids des nouveau-nés à la naissance

Poids de naissance (PN) 2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre de naissances total	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	
PN <1 500 g	342	48	64	16	470	
(%)	(3,4)	(0,9)	(0,5)	(0,4)	(1,4)	
PN de 1 500 à 2 499 g	900	273	687	130	1 990	
(%)	(9,0)	(5,3)	(4,9)	(3,0)	(6,0)	
PN ≥ 2 500 g	8 758	4 823	13 135	4 244	30 960	
(%)	(87,6)	(93,8)	(94,6)	(96,7)	(92,6)	
Nombre de naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	13 158
PN <1 500 g	7	24	13	7	318	140
(%)	(0,2)	(0,5)	(0,1)	(0,2)	(1,0)	(1,1)
PN de 1 500 à 2 499 g	129	268	671	129	1 941	840
(%)	(2,9)	(5,2)	(4,9)	(2,9)	(5,9)	(6,4)
PN ≥ 2 500 g	4 237	4 815	13 121	4 237	30 916	12 178
(%)	(96,9)	(94,3)	(95,0)	(96,9)	(93,2)	(92,5)

Sources : PMSI MCO 2016 et ENP 2016 France métropole

²⁴ Recommandations HAS : Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé – Novembre 2012.

Figure 6 : Répartition des naissances vivantes par type de maternité, selon le poids, en Bretagne



Source : PMSI MCO 2016

Plus le poids de l'enfant est faible, plus il y a de chances qu'il soit pris en charge dans une maternité de type élevé. Ainsi, seuls 13,8 % des enfants dont le poids est inférieur à 1 500 g sont nés dans une maternité de type inférieur à 3, ce qui démontre que les prises en charge des enfants de petit poids pour l'âge gestationnel répondent aux recommandations du CNGOF²⁵.

4.4 Hospitalisation des nouveau-nés

On parle d'hospitalisation du nouveau-né quand celui-ci est transféré de la salle de naissance ou du service de suite de couches vers un service de néonatalogie (voire de réanimation néonatale), soit :

- au sein de l'établissement de naissance : on parle de mutation interne
- dans un autre établissement : on parle de transfert vers un autre établissement

Par définition, les établissements de type 1 ne disposent pas de service de néonatalogie.

Tableau 20 : Hospitalisation des nouveau-nés

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Nombre de naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
Nombre de NN hospitalisés*	1 523	596	2 069	136	4 324	
(%)	(15,4)	(11,7)	(15,0)	(3,1)	(13,0)	(9,9)
Dont Transferts internes	1 506	596	2 016	-	4 118	
(%)	(15,2)	(11,7)	(14,6)	-	(12,4)	
Dont Transfert vers un autre établissement	200	45	158	136	539	
(%)	(2,0)	(0,9)	(1,1)	(3,1)	(1,6)	

Source : PMSI MCO 2016 et ENP 2016

Un enfant peut être muté vers un service de néonatalogie en interne, puis transféré vers un autre établissement. C'est pourquoi la ligne des NN hospitalisés* n'est pas la somme des deux suivantes, ni le taux la somme des deux suivants.

En 2016, 13,0 % des nouveau-nés bretons sont hospitalisés au cours du séjour de leur naissance : 87,5 % des naissances au sein du même établissement et 12,4 % des nouveau-nés transférés hors établissement.

Ce taux est la résultante de pratiques de codage très diverses (par ex : pour la prise en charge d'un ictère du NN), avec des taux de transferts internes variant du simple au quadruple selon les maternités.

En 2016, le taux de nouveau-nés transférés en France est de 9,9 %, dont 83,6 % des transferts en interne et 16,4 % hors établissement. La part plus importante d'enfants hospitalisés en Bretagne est à rapprocher de la répartition des maternités par type. En effet, les maternités de type 1 ne peuvent coder des prises en charge d'hospitalisation néonatale.

On notera que 2 % des nouveau-nés, qui ont vu le jour dans un établissement de type 3, ont été transférés vers un autre établissement en 2016. Ces transferts peuvent être liés à un manque de place en maternité ou en néonatalogie, ou correspondre à une volonté de rapprochement du domicile familial.

²⁵ Vol 42 – N° 8 – décembre 2013 P. 710-1051 Retard de croissance intra utérin – RPC CNGOF.

4.5 Allaitement

Tableau 21 : Allaitement

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Taux d'allaitement à la naissance en %	51,5	56,3	49,4	55,5	52,1	66,7
Taux d'allaitement à la sortie en %	50,0	56,3	48,8	54,9	51,7	ND

Source : RSP 2016 et ENP 2016

Quelques établissements ne recueillent pas d'information liée à l'allaitement, ou ne recueillent pas la suppression de la lactation (sevrage). Les taux ont été calculés à partir des données des établissements les ayant fournis aux RSP, soit 18/23 en 2016.

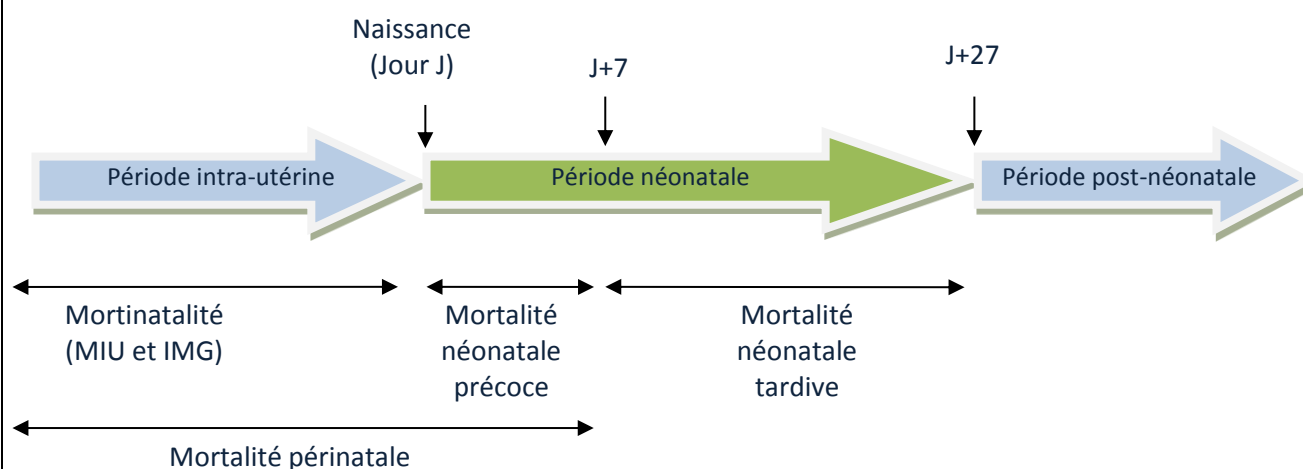
Suite à de nombreuses actions menées dans la région bretonne : formations, labellisation IHAB²⁶, autour de la promotion et de l'accompagnement à l'allaitement maternel, les taux d'initiation ont progressé depuis une vingtaine d'années. Ils restent toujours encore inférieurs au taux national et l'écart entre le taux en Bretagne et le taux en France métropolitaine reste important.

²⁶ Initiative Hôpital Ami des Bébé.

4.6 Mortalité du nouveau-né

Rappels méthodologiques sur les indicateurs de mortalité du nouveau-né :

- **Mortinatalité** : nombre d'enfants nés sans vie à un terme de 22 SA ou plus et/ou pesant 500 grammes ou plus. La mortinatalité inclut :
 - la mortalité in utero spontanée
 - les interruptions médicales de grossesse (IMG), pour des nouveau-nés vérifiant ces critères.
- **Mortalité néonatale précoce** : nombre d'enfants nés vivants et décédés dans les sept premiers jours de vie (jusqu'à J+6 donc).
- **Mortalité périnatale** : c'est la somme de la mortinatalité et de la mortalité néonatale précoce.
- **Mortalité néonatale tardive** : nombre d'enfants nés vivants et décédés entre le 8^{ème} et le 27^{ème} jour de vie (entre J+7 et J+27 inclus).



Le PMSI est la source réglementaire²⁷ pour l'évaluation de la mortinatalité en France ; ses données sont utilisées pour les comparaisons européennes.

De plus le PMSI permet d'évaluer la mortalité néonatale hospitalière : les éventuels décès à domicile ne sont pas comptabilisés. Le nouveau-né peut-être décédé dans l'établissement dans lequel il est né ou bien dans un autre établissement dans lequel il aurait été transféré à sa naissance sans rupture de prise en charge hospitalière.

Dénominateur pour les taux de mortalité :

La mortinatalité ainsi que la mortalité périnatale sont rapportés au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou non).

Les taux de mortalité néonatale, précoce et tardive, sont rapportés au nombre de naissances vivantes.

²⁷ Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 et instruction DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BECS/2011/403 du 26 octobre 2011.

Tableau 22 : Mortinatalité totale

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Naissances Totales	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	13 384
Mortinatalité (‰)	115 (11,5)	39 (7,6)	84 (6,1)	17 (3,9)	255 (7,6)	137 (10,2)
Dont IMG (≥22 SA) (‰)	67 (6,7)	20 (3,89)	39 (2,8)	3 (0,7)	129 (3,9)	58 (4,3)
Dont MFIU (‰)	48 (4,8)	19 (9,69)	45 (3,2)	14 (3,2)	126 (3,8)	79 (5,9)
Mortinatalité, selon le terme						
AG <22 SA						
AG [22;24 SA] (‰)	33 (30,0)	10 (27,0)	27 (33,3)	7 (41,2)	77 (31,4)	
AG [25;27 SA] (‰)	17 (15,5)	10 (27,0)	12 (14,8)	1 (5,9)	40 (16,3)	
AG [28;31 SA] (‰)	17 (15,5)	3 (8,1)	15 (18,5)	2 (11,8)	37 (15,1)	
AG [32;36 SA] (‰)	23 (20,9)	9 (24,3)	16 (19,8)	2 (11,8)	50 (20,4)	
AG ≥ 37 SA (‰)	20 (18,2)	5 (13,5)	11 (13,6)	5 (29,4)	41 (16,7)	
Mortinatalité, selon la multiplicité						
Singletons (‰)	92 (0,1)	35 (0,7)	80 (0,6)	15 (0,34)	222 (0,7)	ND
Jumeaux (et plus) (‰)	19 (6,4)	3 (3,6)	3 (1,7)	2 (7,4)	27 (4,6)	ND

Source : PMSI MCO 2016 (Données du séjour de la mère), et ENP 2016 (France métropolitaine).

Le dénominateur des % est le nombre de naissances totales de la classe considérée dans les établissements du type considéré.

Les IMG constituent 50 % de la mortinatalité. 52 % des IMG sont réalisées dans les types 3, établissements de référence et siège des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) en Bretagne pour trois des quatre types 3.

89 % des mort-nés étaient issus d'une grossesse unique, 11 % d'une grossesse gémellaire. Le taux de mortinatalité des grossesses multiples rapporté à la population des nouveau-nés multiples (4,6 %) est supérieur de plus de six fois à celui des grossesses de singletons (0,7 %).

La mortinatalité, qu'elle soit spontanée (mort fœtale in utero) ou provoquée (interruption médicale de grossesse), est plus importante dans les établissements de types 2 et 3, qui accueillent une part plus importante des grossesses à haut risque.

Focus sur les IMG

Les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) sont considérées comme des accouchements lorsqu'elles ont lieu à partir de 22 SA et sont alors comptabilisées dans la mortinatalité. Avant ce terme, elles ne rentrent donc pas dans le champ de ce rapport. Toutefois, toutes les IMG, sont dénombrées par les RSP, quel que soit leur terme. Le tableau ci-dessous fournit l'intégralité de ces données.

Les démarches qualité de dépistage fœtal prénatal, et la mise en place des CPDPN en France depuis 20 ans, ont permis la mise en place de diagnostics plus précoces des malformations et/ou des pathologies fœtales, conduisant ainsi à une diminution de l'âge gestationnel de réalisation des IMG.

Tableau 23 : Répartition des IMG selon le terme

2016	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
IMG < 22 SA	70	27	68	8	173
IMG ≥ 22 SA dont :	64	20	39	10	133
AG [22 à 24 SA]	28	7	12	7	54
AG [25 à 27 SA]	11	4	12	0	27
AG [28 à 31 SA]	10	3	9	1	23
AG [32 à 36 SA]	12	6	6	0	24
AG >36 SA	3	0	0	2	5
Nombre d'IMG total	134	47	107	18	306

Source : RSP 2016

Le nombre d'IMG à partir de 22 SA diffère (légèrement) du tableau précédent car la source est différente.

Le taux d'IMG ne doit pas être rapporté au nombre de naissances puisque les IMG <22 SA ne sont pas comptabilisées dans ces naissances.

Tableau 24 : Mortalité néonatale précoce hospitalière (J0 à J+6)

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
Mortalité néonatale précoce hospitalière (‰)	44 (4,5)	7 (1,4)	5 (0,4)	4 (0,9)	60 (1,8)	(1,8)
Mortalité néonatale précoce (J0 à J+6) hospitalière, selon le terme						
AG < 22 SA						
AG [22;24 SA]	17	5	3	2	27	
AG [25;27 SA]	8	0	0	0	8	
AG [28;31 SA]	4	0	0	0	4	
AG [32;36 SA]	4	1	0	0	5	
AG ≥37 SA	11	1	2	2	16	

Source : PMSI MCO 2016 (hospitalière), y compris données nationales et INSEE 2016 (tous lieux).

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308?sommaire=3552423#Figure2>

Le dénominateur des % est le nombre de naissances vivantes de la classe considérée dans les établissements du type considéré.

1,8 nouveau-nés sur mille sont décédés lors de leur première semaine de vie en Bretagne en 2016 dont près des trois quarts (73,3 %) dans une maternité de type 3.

Tableau 25 : Mortalité périnatale

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Naissances totales	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	
Mortalité périnatale (‰)	159 (16,0)	46 (9,0)	89 (6,1)	21 (4,8)	315 (9,4)	(10,2*)
Dont						
Mortinatalité (‰)	115 (11,5)	39 (7,6)	84 (6,1)	17 (3,9)	255 (7,6)	(10,1)
Mortalité néonatale précoce hospitalière (‰)	44 (4,5)	7 (1,4)	5 (0,4)	4 (0,9)	60 (1,8)	(1,8*)

La mortalité périnatale est la somme de la mortinatalité et de la mortalité néonatale précoce

Source : PMSI MCO 2016 (hospitalières) ENP 2016 et DREES* 2016²⁸

La mortalité périnatale en Bretagne s'élevait à 9,4 ‰ en 2016. 50,4 % des enfants concernés étaient nés dans des établissements de type 3.

Le taux de mortinatalité de l'ENP 2016 est de 10,2 ‰, le taux de mortalité néonatale précoce issu des tableaux de la DREES est de 1,83 ‰ (taux non disponible dans l'ENP 2016).

Si l'on s'autorise à additionner des taux issus de deux sources différentes (ENP 2016 et DREES), le taux de mortalité périnatale calculé serait de 12 ‰.

²⁸ Drees : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>.

Tableau 26 : Mortalité néonatale tardive hospitalière (J+7 à J+27) et néonatale globale

2016	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
Mortalité néonatale tardive hospitalière (‰)	59 (6,0)	7 (1,4)	5 (0,4)	4 (1,0)	75 (2,3)	(2,62)
Mortalité néonatale hospitalière (‰)	103 (10,5)	14 (2,8)	10 (0,8)	8 (1,9)	135 (4,1)	(4,45)

Source : PMSI MCO 2016 (hospitalière) et INSEE 2016 (totale)

Selon l'Insee²⁹, 49 % des décès au cours de la première année de vie ont lieu la première semaine et 21 % au cours du premier mois.

4.7 Dépistage de la surdité chez le nouveau-né

Tableau 27 : Dépistage de la surdité chez le nouveau-né

2016-Département	Nombre de tests à réaliser	Tests réalisés	Suspects unilatéraux	Suspects bilatéraux	Enfants suspects : Total
22 – Côtes d'Armor (%)	4 864	4 855	155 (3,2)	36 (0,7)	191 (3,9)
29 – Finistère (%)	8 150	8 145	432 (5,3)	144 (1,8)	576 (7,1)
35 – Ille-et-Vilaine (%)	12 759	12 711	314 (2,5)	114 (0,9)	428 (3,4)
56 – Morbihan (%)	7 327	7 320	192 (2,6)	42 (0,6)	234 (3,2)
TOTAL (%)	33 100	33 031	1 093 (3,3)	336 (1)	1 429 (4,3)

Source : Bilan ARDPHE 2016

Depuis juin 2014, le dépistage de la surdité chez le nouveau-né doit être systématique.

Le codage de ce dépistage dans le PMSI a fait l'objet d'une notice par l'ATIH³⁰ mais le recueil était encore très partiel en 2014.

C'est donc l'Association Régionale pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant dans la Région Bretagne (ARDPHE) qui transmet les données.

Selon les données de l'ARDPHE, la part des nouveau-nés en ayant bénéficié en Bretagne est respectivement de 99,8 % (2016), soit une amélioration du taux de réalisation du test par rapport au lancement où il était de 95,3 % (2014).

Les décès néonataux précoces (avant 7 jours de vie), en sus des refus des parents, peuvent expliquer la différence qui réside entre la part des tests réalisés et le nombre de naissances.

La suspicion d'un trouble de l'audition a été identifiée chez 4,3 % des enfants testés dès 2016. Chez ceux-ci, des examens complémentaires ont dû être réalisés afin d'établir un diagnostic.

Le diagnostic de Surdité Permanente Bilatérale Néonatale (SPBN) a été posé chez 21 enfants en 2016.

D'après un rapport de l'Inserm datant de 2017, en France, chaque année, près d'un millier de nouveau-nés (0,25 %) sont affectés de surdité.

Dans 40 % des cas, le trouble est sévère et profond, avec de lourdes conséquences sur l'acquisition du langage oral et sur le développement socio-affectif de l'enfant. Trois quarts des ces surdités sont d'origine génétique (liées à une anomalie de l'oreille), les autres étant acquises au cours de la grossesse ou pendant la période périnatale.

Le taux de Surdité Permanente Bilatérale Néonatale dépistée est de 0,0646 % (2016).

²⁹ Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308>.

³⁰ http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2238/notice_technique_pmsi_2014_cim-mf.pdf.

5. Conclusion

Plusieurs pistes d'amélioration s'offrent aux professionnels des réseaux de santé en Périnatalité de Bretagne, et la constitution d'un groupe de travail sur l'évaluation au sein du futur réseau régional est une réelle opportunité pour fiabiliser encore plus les données, exploiter au mieux ces indicateurs, et pouvoir faciliter leur production en routine en remplacement des données établissements.

Le travail de fond, sur la qualité des indicateurs recueillis via le PMSI, doit se poursuivre en lien avec les référents des maternités, cadres de services et équipes DIM-TIM.

Les enjeux sont multiples, mais deux indicateurs méritent une attention particulière.

Tout d'abord le taux de césarienne selon la classification de la grille de Robson, à l'instar de ce qui a été proposé par la FFRSP, permet d'évaluer les pratiques au sein de maternités de même type, et in fine d'améliorer la pertinence des indications de césarienne³¹. Par ailleurs, des actions de sensibilisation et de formation seront à mener auprès des équipes soignantes afin qu'elles améliorent les mesures des pertes sanguines ainsi que leur traçabilité, et prendre ainsi en charge plus précocement les HPP (cf. campagnes HAS³²).

En outre, des propositions seront faites aux professionnels et travaillées avec eux pour répondre à l'augmentation des taux d'obésité chez les femmes enceintes (Bretagne dans la moyenne nationale à 12 % en 2016 vs 10 % en 2010), et à la consommation de tabac au 3^{ème} trimestre de grossesse, très élevée en Bretagne (24 % vs 16,6 % en 2016).

Enfin dans le cadre du futur réseau régional, de nouveaux indicateurs pourront être proposés, par exemple pour suivre le développement des filières physiologiques ou l'utilisation de l'ocytocine. L'évaluation des transferts devra quant à elle être réalisée sur toute la région.

³¹ La classification Robson : un outil très utile pour évaluer les pratiques de césarienne : <http://www.epopé-inserm.fr/la-classification-robson-un-outil-tres-utile-pour-evaluer-les-pratiques-de-cesarienne-668>.

³² Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prévention et prise en charge initiale des HPP : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/fiche_descriptive_pphpp_vf.pdf.

ANNEXE : TABLEAU RECAPITULATIF

	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Indicateurs de suivi portant sur les accouchements						
Nombre d'accouchements avec hospitalisation dans les maternités bretonnes en 2016						
Sur site	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Répartition en %	29,5	15,4	41,9	13,3		
Inopinés	46	30	39	11	126	
TOTAL	9 726	5 070	13 783	4 376	32 955	
Âge maternel à l'accouchement en 2016						
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Age moyen	30,1	30,2	30,3	30,0	30,2	30,5
± écart-type	± 5,3	± 5,1	± 4,8	± 5,0	± 5,0	
Age médian (Q1-Q3) ³³	30 (27-34)	30 (27-34)	30 (27-34)	30 (27-33)	30 (27-34)	
Mineures ayant accouché en Bretagne en 2016						
Mères <18 ans (%)	39 (0,4)	15 (0,3)	25 (0,2)	11 (0,3)	90 (0,3)	
Femmes d'âge supérieur à 35 ans ayant accouché en Bretagne en 2016						
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Mères ≥35 ans (%)	2 041 (21,1)	1 042 (20,7)	2 679 (19,5)	834 (19,1)	6 596 (20,1)	(21,3)
Accouchements par césarienne en 2016³⁴						
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Césariennes (%)	2 115 (21,8)	887 (17,6)	2 558 (18,7)	802 (18,4)	6 362 (19,4)	(20,4)
Césariennes programmées (%)	533 (5,5)	280 (5,6)	929 (6,8)	298 (6,8)	2 040 (6,2)	(6,5)
Extractions par Voie Basse Opératoire (EVBO) en 2016³⁵						
Nombre d'accouchements	9 693	5 031	13 689	4 365	32 778	
Dont EVBO (%)	1 287 (13,3)	618 (12,3)	1 663 (12,2)	550 (12,6)	4 118 (12,6)	(12,2)
Déclenchement de l'accouchement en 2016						
Nombre d'accouchements	9 693	5 031	13 689	4 365	34 562	
Déclenchés (%)	2 113 (21,7)	1 124 (22,2)	2 544 (18,5)	766 (17,5)	6 547 (19,9)	(22,0)
Épisiotomie lors d'Accouchements par Voie Basse (AVB) en 2016						
Nombre d'AVB	7 571	4 155	10 425	2 678	24 829	
Épisiotomies (%)	1 539 (20,3)	730 (17,6)	1 727 (16,6)	483 (18,0)	4 479 (18,0)	(20,1)
Déchirures périnéales (lors d'accouchements par voie basse) en 2016						
Nombre d'AVB	7 571	4 155	11 190	3 564	26 480	
Déchirures de degré 3 ou 4 (%)	101 (1,3)	64 (1,5)	78 (0,7)	25 (0,7)	268 (1,0)	(0,8)
Anesthésie péridurale en 2016						
Nombre d'AVB	6 011	4 155	11 190	3 564	24 920	
Avec anesthésie péridurale (%)	5 066 (84,3)	3 589 (86,4)	9 480 (84,7)	2 629 (73,8)	20 764 (83,3)	(81,4)

³³ Q1 correspond au 1er quartile, c'est-à-dire à la plus petite valeur telle qu'au moins 25 % des âges observés soient inférieurs ou égaux à cette valeur. De la même manière, Q3 correspond au 3ème quartile : 75 % des âges enregistrés sont inférieurs à cette valeur.

³⁴ Le taux de césariennes est calculé sur le nombre de naissances dans l'ENP 2016, et non sur le nombre d'accouchements. C'est pourquoi la source PMSI a été privilégiée.

³⁵ Le taux d'EVBO est calculé sur le nombre de naissances dans l'ENP 2010 et 2016, et non sur le nombre d'accouchements. Certains établissements ne renseignent pas cet acte de façon systématique, ce qui peut conduire à sous-estimer le taux d'EVBO.

	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Accouchements multiples en 2016						
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Gémellaires	287	82	177	27	573	
(%)	(3,0)	(1,6)	(1,3)	(0,6)	(1,75)	(1,8)
Triplés	9				9	
(%)	(0,1)				(0,03)	
Multiples	296	82	177	27	582	
(%)	(3,1)	(1,6)	(1,3)	(0,6)	(1,8)	
Hémorragies du Post-Partum (HPP) en 2016						
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Avec HPP	595	300	524	149	1 568	
(%)	(6,1)	(6,0)	(3,8)	(3,4)	(4,8)	
Dont AVB	7 571	4 155	11 190	3 564	26 480	
Avec HPP	447	256	445	127	1 275	
(%)	(5,9)	(6,2)	(4,0)	(3,6)	(4,8)	
Dont Césarienne	2 114	887	2 556	801	6 358	
Avec HPP	148	44	79	22	293	
(%)	(7,0)	(5,0)	(3,1)	(2,7)	(4,6)	
HPP graves accompagnées d'un acte médical en 2016						
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Avec acte pour PEC d'HPP ³⁶	98	15	22	9	173	
Transfusions	82	8	18	8	116	
Embolisations	32	5	1	1	39	
Chirurgies	3	7	6	2	18	
Transfert de la mère en post-partum en 2016						
Nombre d'accouchements	9 680	5 040	13 744	4 365	32 829	
Transferts du post-partum	37	28	89	112	266	
(%)	(0,4)	(0,6)	(0,6)	(2,6)	(0,8)	
Indicateurs de suivi portant sur les naissances						
Nombre de naissances en 2016						
Nombre de naissances	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	
Dont vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
Dont mort-nés	110	37	81	17	245	
Répartition des naissances selon l'âge gestationnel en 2016						
Nb de naissances total	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	
AG [22;24 SA]	56	15	30	9	110	
(%)	(0,6)	(0,3)	(0,2)	(0,2)	(0,3)	
AG [25;27 SA]	87	14	14	2	117	
(%)	(0,9)	(0,3)	(0,1)	(0,0)	(0,4)	
AG [28;31 SA]	222	19	26	4	271	
(%)	(2,2)	(0,4)	(0,2)	(0,1)	(0,8)	
AG [32;36 SA]	880	281	672	124	1 957	
(%)	(8,8)	(5,5)	(4,8)	(2,8)	(5,9)	
AG <37 SA					2 455	
(%)					(7,3)	
AG ≥37 SA	8 755	4 815	13 144	4 251	30 965	
(%)	(87,6)	(93,6)	(94,7)	(96,8)	(92,7)	
Nb de naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
AG [22;24 SA]	23	5	3	2	33	
(%)	(0,2)	(0,1)	(0,0)	(0,0)	(0,1)	(0,4) ³⁷
AG [25;27 SA]	70	4	2	1	77	
(%)	(0,7)	(0,1)	(0,0)	(0,0)	(0,2)	
AG [28;31 SA]	205	16	11	2	234	
(%)	(2,1)	(0,3)	(0,1)	(0,0)	(0,7)	(0,8)
AG [32;36 SA]	857	272	656	122	1 907	
(%)	(8,7)	(5,3)	(4,8)	(2,8)	(5,7)	(6,3)
AG <37 SA					2 251	
(%)					(6,8)	(7,5)

³⁶ Cette ligne n'est pas la somme des suivantes car plusieurs gestes peuvent avoir été réalisés pour un même accouchement.

³⁷ Cumul des naissances entre 22 et 27 SA.

	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
AG ≥37 SA (%)	8 735 (88,3)	4 810 (94,2)	13 133 (95,1)	4 246 (97,1)	30 924 (93,2)	(92,5)
Nombre de naissances vivantes multiples	489	155	314	51	1 009	
AG [22;24 SA] (%)	6 (1,2)	2 (1,3)	1 (0,3)		9 (0,9)	
AG [25;27 SA] (%)	22 (4,5)	2 (1,3)			24 (2,4)	
AG [28;31 SA] (%)	65 (13,3)	4 (2,6)	3 (1,0)		72 (7,1)	
AG [32;36 SA] (%)	219 (44,8)	76 (49,0)	124 (39,5)	19 (37,3)	438 (43,4)	
AG <37 SA (%)					543 (53,8)	(47,5)
AG ≥37 SA (%)	177 (36,2)	71 (45,8)	186 (59,2)	32 (62,7)	466 (46,2)	
Poids des nouveau-nés à la naissance en 2016						
Nombre de naissances total	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	
PN <1 500 g (%)	342 (3,4)	48 (0,9)	64 (0,5)	16 (0,4)	470 (1,4)	
PN de 1 500 à 2 499 g (%)	900 (9,0)	273 (5,3)	687 (4,9)	130 (3,0)	1 990 (6,0)	
PN ≥2 500 g (%)	8 758 (87,6)	4 823 (93,8)	13 135 (94,6)	4 244 (96,7)	30 960 (92,6)	
Nombre de naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	13 158
PN <1 500 g (%)	7 (0,2)	24 (0,5)	13 (0,1)	7 (0,2)	318 (1,0)	140 (1,1)
PN de 1 500 à 2 499 g (%)	129 (2,9)	268 (5,2)	671 (4,9)	129 (2,9)	1 941 (5,9)	840 (6,4)
PN ≥2 500 g (%)	4 237 (96,9)	4 815 (94,3)	13 121 (95,0)	4 237 (96,9)	30 916 (93,2)	12 178 (92,5)
Hospitalisation des nouveau-nés en 2016						
Nombre de naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
Nombre de NN hospitalisés ³⁸ (%)	1 523 (15,4)	596 (11,7)	2 069 (15,0)	136 (3,1)	4 324 (13,0)	(9,9)
Dont Transferts internes (%)	1 506 (15,2)	596 (11,7)	2 016 (14,6)	-	4 118 (12,4)	
Dont Transfert vers un autre établissement (%)	200 (2,0)	45 (0,9)	158 (1,1)	136 (3,1)	539 (1,6)	
Allaitement en 2016						
Taux d'allaitement à la naissance %	51,5	56,3	49,4	55,5	52,1	66,7
Taux d'allaitement à la sortie en %	50,0	56,3	48,8	54,9	51,7	ND
Indicateurs de suivi portant sur la mortalité néonatale						
Mortinatalité totale en 2016						
Naissances totales	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	13 384
Mortinatalité (‰)	115 (11,5)	39 (7,6)	84 (6,1)	17 (3,9)	255 (7,6)	137 (10,2)
Dont IMG (≥22 SA) (‰)	67 (6,7)	20 (3,89)	39 (2,8)	3 (0,7)	129 (3,9)	58 (4,3)
Dont MFIU (‰)	48 (4,8)	19 (9,69)	45 (3,2)	14 (3,2)	126 (3,8)	79 (5,9)

³⁸ Un enfant peut être muté vers un service de néonatalogie en interne, puis transféré vers un autre établissement. C'est pourquoi la ligne des NN hospitalisés n'est pas la somme des deux suivantes.

	Type 3	Type 2B	Type 2A	Type 1	Bretagne	France
Mortinatalité, selon le terme						
AG <22 SA						
AG [22;24 SA] (‰)	33 (30,0)	10 (27,0)	27 (33,3)	7 (41,2)	77 (31,4)	
AG [25;27 SA] (‰)	17 (15,5)	10 (27,0)	12 (14,8)	1 (5,9)	40 (16,3)	
AG [28;31 SA] (‰)	17 (15,5)	3 (8,1)	15 (18,5)	2 (11,8)	37 (15,1)	
AG [32;36 SA] (‰)	23 (20,9)	9 (24,3)	16 (19,8)	2 (11,8)	50 (20,4)	
AG ≥37 SA (‰)	20 (18,2)	5 (13,5)	11 (13,6)	5 (29,4)	41 (16,7)	
Mortinatalité, selon la multiplicité						
Singletons (‰)	92 (0,1)	35 (0,7)	80 (0,6)	15 (0,34)	222 (0,7)	ND
Jumeaux et plus (‰)	19 (6,4)	3 (3,6)	3 (1,7)	2 (7,4)	27 (4,6)	ND
Répartition des IMG selon le terme en 2016						
IMG <22 SA	70	27	68	8	173	
IMG ≥22 SA	64	20	39	10	133	
AG [22 à 24 SA]	28	7	12	7	54	
AG [25 à 27 SA]	11	4	12	0	27	
AG [28 à 31 SA]	10	3	9	1	23	
AG [32 à 36 SA]	12	6	6	0	24	
AG >36 SA	3	0	0	2	5	
Nombre d'IMG total	134	47	107	18	306	
Mortalité néonatale précoce hospitalière (J0 à J+6) en 2016						
Naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
Mortalité néonatale précoce hospitalière (‰)	44 (4,5)	7 (1,4)	5 (0,4)	4 (0,9)	60 (1,8)	(1,8)
Mortalité néonatale précoce (J0-J+6) hospitalière, selon le terme						
AG <22 SA						
AG [22;24 SA]	17	5	3	2	27	
AG [25;27 SA]	8	0	0	0	8	
AG [28;31 SA]	4	0	0	0	4	
AG [32;36 SA]	4	1	0	0	5	
AG ≥37 SA	11	1	2	2	16	
Mortalité périnatale en 2016						
Naissances totales	10 000	5 144	13 886	4 390	33 420	
Mortalité périnatale (‰)	159 (16,0)	46 (9,0)	89 (6,1)	21 (4,8)	315 (9,4)	(10,2)
Dont Mortinatalité (‰)	115 (11,5)	39 (7,6)	84 (6,1)	17 (3,9)	255 (7,6)	(10,1)
Mortalité néonatale précoce hospitalière (‰)	44 (4,5)	7 (1,4)	5 (0,4)	4 (0,9)	60 (1,8)	(1,8)
Mortalité néonatale tardive hospitalière (J+7 à J+27) et néonatale globale en 2016						
Naissances vivantes	9 890	5 107	13 805	4 373	33 175	
Mortalité néonatale tardive hospitalière (‰)	59 (6,0)	7 (1,4)	5 (0,4)	4 (1,0)	75 (2,3)	(2,62)
Mortalité néonatale hospitalière (‰)	103 (10,5)	14 (2,8)	10 (0,8)	8 (1,9)	135 (4,1)	(4,45)

Source : données Bretagne PMSI MCO 2016, données France ENP 2016 (sauf mention contraire).

Directeur de la publication : **Stéphane Mulliez**
Directeur de la rédaction : **Hervé Goby**
Auteurs : Enguerrand Lootvoet, Carole Dagonne et les
réseaux de santé périnatale bretons

Conception graphique : **ARS Bretagne**
ISSN : 2426-7082
Dépot légal : à parution

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

www.ars.bretagne.sante.fr



www.facebook.com/arsbretagne

septembre 2019