

LES RAPPORTS DE L'ARS BRETAGNE

Indicateurs de suivi de l'activité périnatale en Bretagne en 2014

Edito

Ce premier rapport, fruit d'un travail collaboratif entre l'ARS Bretagne et les 4 réseaux bretons de périnatalité, s'inscrit dans le cadre de la politique régionale de santé périnatale. Cette collaboration a vocation à s'inscrire dans le temps et permettra ainsi de suivre régulièrement l'évolution des principaux indicateurs en santé périnatale.

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

L'étude de ces indicateurs, et leur comparaison avec des données nationales, fournit des informations sur la santé périnatale en Bretagne et permet aux professionnels de la périnatalité de réfléchir sur leurs pratiques professionnelles afin d'améliorer la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Les réseaux proposent des axes de travail pour améliorer et harmoniser ces pratiques professionnelles dans les maternités de la région, par exemple en participant :

- à des programmes de formation des professionnels dans le cadre de l'accompagnement des parents à l'allaitement maternel
- à l'élaboration d'outils, notamment des protocoles obstétricaux et pédiatriques et des référentiels de transfert maternel et néonatal
- à la diffusion aux professionnels des recommandations de bonnes pratiques en périnatalité
- à des démarches qualité au sein des établissements par des audits sur l'organisation et les équipements des salles de réanimation néonatale. Ces rencontres ont eu pour objectif d'harmoniser et de sécuriser les pratiques de prise en charge des nouveau-nés à la naissance.
- à des revues de morbidité inter-établissements afin d'échanger sur des cas réels et d'analyser les points positifs et ceux à améliorer. Une revue annuelle de morbidité régionale sera mise en place par les réseaux de santé périnatale en 2015.
- à des staffs médico-psycho-sociaux
- à des études et expérimentations au niveau national : étude 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 en France, étude JUMODA sur le choix du mode d'accouchement pour des jumeaux, l'expérimentation sur la pertinence des césariennes programmées à terme, etc.

Les 4 réseaux et l'ARS Bretagne organiseront au second semestre 2016 des temps d'échanges avec les professionnels des maternités et des membres de 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.

En parallèle de ce travail, chaque réseau continuera à colliger, dans son département, les données dans un bilan à destination des professionnels et des structures sanitaires, qui leur sera présenté annuellement et pourra donner lieu à des échanges sur les pratiques en périnatalité.

Sommaire

<i>Glossaire</i>	4
1. INTRODUCTION	5
2. METHODOLOGIE	6
2.1 Sources des données	6
2.2 Populations d'étude	7
2.3 Les indicateurs	8
2.4 Descriptifs.....	9
3. INDICATEURS DE SUIVI PORTANT SUR LES ACCOUCHEMENTS	11
3.1 Nombre d'accouchements.....	11
3.2 Âge maternel à l'accouchement.....	12
3.3 Modes d'accouchement et gestes liés à l'accouchement	13
3.4 Grossesses multiples	15
3.5 Indicateurs de santé maternelle	15
3.6 Transferts maternels	17
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.....	23
4.6 Mortalité du nouveau-né	24
4.7 Dépistage de la surdité chez le nouveau-né.....	27
ANNEXES	28

Glossaire

AG	Age Gestationnel
ARDPHE	Association Régionale de Dépistage et de Prévention des Handicaps de l'Enfant
AVB	Accouchements Voie Basse
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 2010	Enquête Nationale Périnatale réalisée en 2010 (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
HPP	Hémorragies du Post Partum
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
M(F)IU	Mort (Fœtale) In Utero
MPN	Mortalité Péri Natale
MTN	Mortinatalité
PAG	Petit Poids pour l'Age Gestationnel (nouvelle terminologie du RCIU)
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PN	Poids de Naissance
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 Anté Natal ou Transfert In Utero
TPN	Transfert Post Natal

1. Introduction

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

Un travail préalable a 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 a permis d'identifier quels indicateurs pourraient désormais être calculés à partir du PMSI. Le résultat de ce travail a fait l'objet d'un rapport publié sur le site de l'ARS¹. Dès 2016, l'allègement du recueil manuel pour les indicateurs jugés fiables dans le PMSI a pu être mis en place dans certaines maternités.

Les indicateurs présentés dans ce rapport sont ceux proposés et définis par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité². Quelques indicateurs complémentaires ont été ajoutés à la demande des Réseaux de Santé en Périnatalité bretons.

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.

¹ *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 4 réseaux départementaux de santé périnatale.

Cf. <http://www.ars.bretagne.sante.fr>

² <http://www.ffrsp.fr/data/mediashare/iw/ouignfs0bjj11amckv0kltstquo4sd-org.pdf>

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 Périnatale (RSP)

Les Réseaux de Santé Périnatale (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 périnatale 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 ville.

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 état de santé. Ils assurent la promotion le 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.

La majorité des réseaux en France sont des structures régionales. En Bretagne, il y a 4 réseaux, un par département. Les réseaux bretons ont pour perspective de mutualiser et de régionaliser leurs missions tout en conservant une coordination 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.

Pour certains indicateurs (taux de césarienne notamment), la valeur nationale est issue des tableaux disponibles sur Scan-santé (requête ATIH, source PMSI).

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. Un tableau récapitulatif des écarts constatés entre PMSI et recueil RSP est fourni en [annexe](#).

→ L'Enquête Nationale Périnatale (2010)

Les données de la dernière Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2010 coordonnée par l'équipe EPOPé de l'INSERM et réalisée en France métropolitaine et dans les DOM, sont fournies quand elles existent.

<http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>

→ 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).

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 du SNIIRAM 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.

Les données extraites du SNIRAM 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, passage en unité de réanimation ou de soins intensifs, transferts in utero ou post-partum, décès

→ Naissances

Les thématiques abordées concernant les naissances sont les suivantes :

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

→ Indicateurs complémentaires

A la demande des réseaux, un focus a été réalisé sur le dépistage de la surdité néonatale.

2.4 Descriptifs

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

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

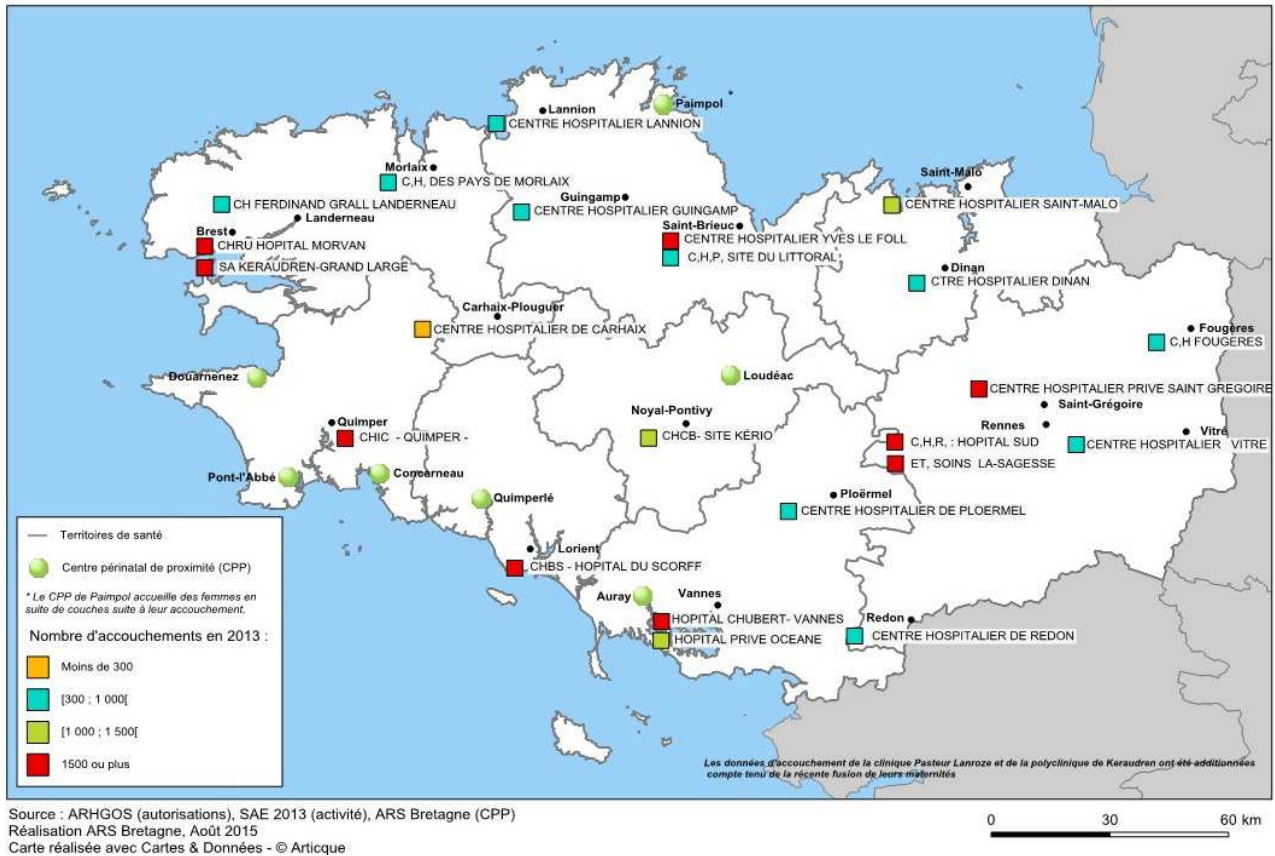
- le niveau 3 concerne les nouveau-nés pouvant nécessiter des soins de réanimation néonatale et de néonatalogie
- le niveau 2B prend en charge des nouveau-nés pouvant nécessiter des soins intensifs
- le niveau 2A concerne des nouveau-nés pouvant nécessiter des soins non intensifs
- le niveau 1 permet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

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

Les données sont décrites par niveau de maternité.

Remarque : il n'y a que deux établissements de niveau 2B. Les données relatives à ce niveau peuvent donc ne pas être représentatives.

Figure 1 : Sites de maternité et centres périnataux de proximité



Une référence nationale issue de l'ENP 2010 ou du PMSI est fournie quand elle existe.

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

3. Indicateurs de suivi portant sur les accouchements

3.1 Nombre d'accouchements

Tableau 1 : Accouchements avec hospitalisation dans les maternités bretonnes en 2014

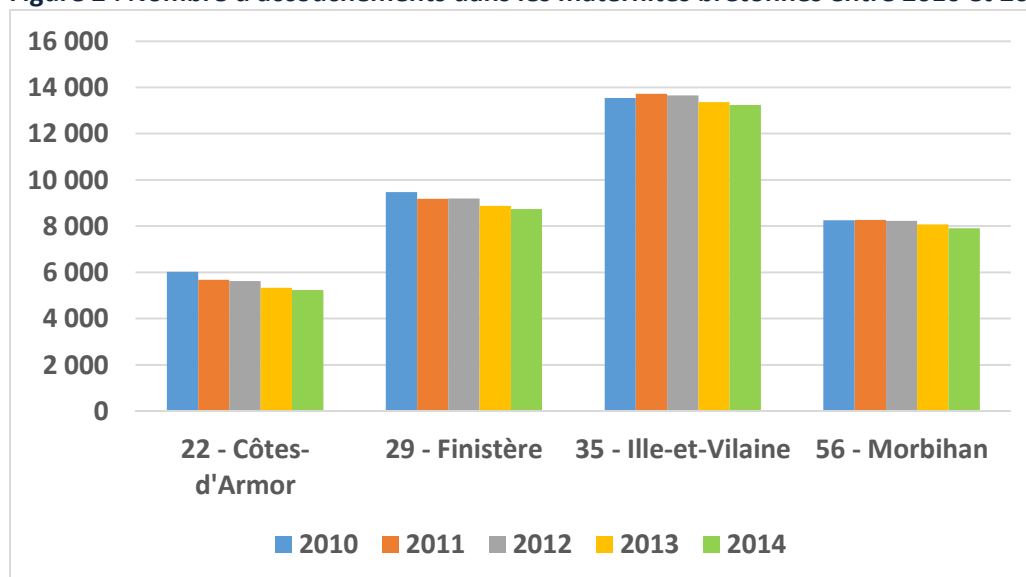
	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
Nombre d'accouchements					
Sur site	10 102	5 444	13 494	6 067	35 107
Inopinés*	39	15	33	22	109
TOTAL	10 141	5 459	13 527	6 089	35 216

Source : PMSI MCO 2014

* : Cet indicateur doit encore être fiabilisé

En 2014, 35 107 accouchements ont été pratiqués dans les maternités bretonnes et 109 femmes y ont été prises en charge sans y avoir accouché dans les suites immédiates de la délivrance.

Figure 2 : Nombre d'accouchements dans les maternités bretonnes entre 2010 et 2014



Source : PMSI MCO 2010-2014

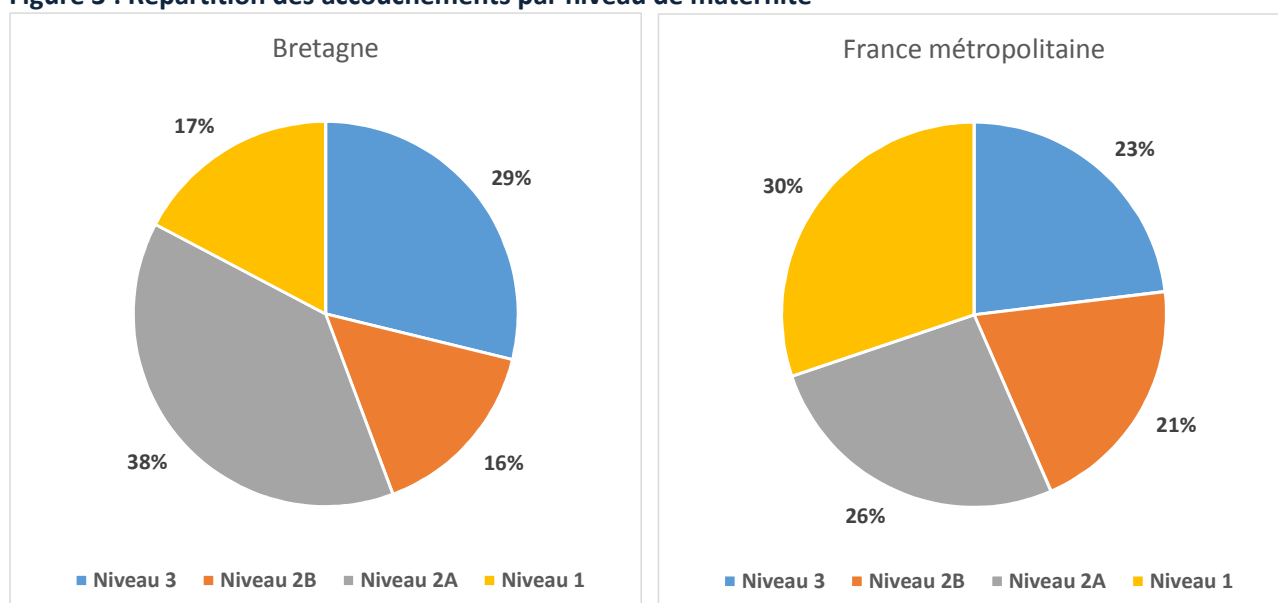
Entre 2010 et 2014, le nombre d'accouchements réalisés en Bretagne a diminué de 6 %. Cette diminution s'observe dans les maternités de niveau 3 (-4 %) mais surtout dans les maternités de niveau 1 (-23 %) du fait notamment de la fermeture de deux d'entre elles : celle de la clinique Saint-Michel Sainte-Anne à Quimper fin 2012 et celle de la clinique Pasteur-Lanrozé à Brest mi-2014. Ces fermetures participent à une concentration de l'offre dans les établissements publics qui réalisent près de 70,6 % des accouchements dans la région, contre 64,4 % en France métropolitaine.

La réduction du nombre de maternités, notamment celles de niveau 1, est un phénomène que l'on observe en France depuis déjà plusieurs années. Ainsi, entre 2002 et 2012, une maternité sur cinq a fermé au niveau national³ (une sur sept en Bretagne).

³ Audrey Baillot, Franck Evain, 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », Études et résultats, n°814, Drees, octobre.

Les accouchements à domicile choisis 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 2010 et 2014, soit moins de trois accouchements sur mille.

Figure 3 : Répartition des accouchements par niveau de maternité



Sources : PMSI MCO 2014 et ENP 2010 France métropole

La part des accouchements en niveau 1 en 2014 en Bretagne est très inférieure à celle observée au niveau national en 2010 (17 % contre 30 %). Cependant, cette part a probablement diminué depuis 2010 car la tendance est à une concentration relativement rapide des maternités⁴.

3.2 Âge maternel à l'accouchement

Tableau 2 : Âge maternel à l'accouchement

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	10 102	5 444	13 494	6 067	35 107	
Age moyen ± écart-type	30,0 ± 5,3	30,2 ± 5,1	30,1 ± 4,9	29,9 ± 5,0	30,0 ± 5,0	29,7 ± 5,3
Age médian (Q1-Q3)*	30 (26-33)	30 (27-34)	30 (27-33)	30 (27-33)	30 (27-33)	
Mères < 18 ans (%)	51 (0,5 %)	22 (0,4 %)	30 (0,2 %)	27 (0,5%)	130 (0,4 %)	
Mères ≥ 35 ans (%)	1 964 (19 %)	1 053 (19 %)	2 467 (18 %)	1 095 (18 %)	6 535 (18,6 %)	19,2 %

Source : PMSI MCO 2014

* 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.

D'après les données INSEE et les données de l'état civil en 2014, l'âge moyen à l'accouchement en France est de 30,3 ans en 2014. La Bretagne se situe donc dans la moyenne nationale. Cet âge moyen était de 27,5 ans en 1985 et n'a cessé d'augmenter depuis 30 ans.

⁴ Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, Béatrice BLONDEL et Morgane KERMARREC, INSERM - U.953, données de l'enquête nationale périnatale 2010

130 mineures ont accouché en Bretagne en 2014, dont 11 femmes de moins de 15 ans et 119 de 15 à 17 ans.

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

→ Modes d'accouchement

Tableau 3 : Accouchements par césarienne

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France*
Nombre d'accouchements	10 102	5 444	13 494	6 067	35 107	
Dont césariennes	2 142 (21,2 %)	973 (17,9 %)	2 396 (18,1 %)	1 146 (18,2 %)	6 657 (19,0 %)	20,1 %
Dont césariennes programmées	674 (6,7 %)	328 (6,0 %)	882 (6,7 %)	457 (7,3 %)	2 341 (6,7 %)	6,8 %

Sources : PMSI MCO 2014

* Le taux de césariennes est calculé sur le nombre de naissances dans l'ENP 2010, et non sur le nombre d'accouchements. C'est pourquoi la source PMSI a été privilégiée.

Le taux de césariennes est de 19 % en Bretagne, soit un point de moins que le taux national de 2010.

Le taux de césariennes est en moyenne de 21,2 % dans les quatre maternités de niveau 3 contre environ 18 % dans les autres maternités. Il est de 19,3 % dans les établissements publics (17,8 % hors maternités de niveau 3) et de 18,1 % dans le privé.

La définition de césarienne programmée n'est pas homogène entre les établissements et prête à discussion dans le cas d'une femme accouchant en urgence alors qu'une date avait été planifiée ultérieurement. Rappelons ici que dans ce cas, c'est le caractère d'urgence qui prime, donc ces césariennes ne doivent pas être comptabilisées parmi les programmées.

Tableau 4 : Extractions par Voie Basse Opératoire (EVBO)

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	10 102	5 444	13 494	6 067	35 107	
Dont EVBO	1 127 (11,2 %)	661 (12,1 %)	1 664 (12,3 %)	736 (12,1 %)	4 188 (11,9 %)	12,1 %*

Sources : RSP et ENP 2010 France métropole

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

Suite à l'enquête périnatale de 2010, une étude⁵ a décrit comment la fréquence des interventions obstétricales varie en fonction de la taille et du statut des maternités, pour des grossesses à bas risque. Celle-ci n'a pas établi de lien entre la taille ou même le niveau de l'établissement et la fréquence de ces interventions mais elle a mis en évidence que la probabilité d'un accouchement par voie basse opératoire est multipliée par 1,5 dans les maternités privées pour ce type de grossesses. On retrouve cette majoration dans notre analyse : la part des accouchements avec EVBO est plus importante dans les établissements privés (14,6 % contre 10,8 % dans les publics).

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.

⁵ 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, Décembre

→ Gestes complémentaires

Tableau 5 : Déclenchement de l'accouchement

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	10 058	5 447	13 257	6 554	35 085	
Dont déclenchés	2 062 (20,5 %)	1 110 (20,4 %)	2 464 (18,6 %)	1 109 (17,5 %)	6 745 (19,2 %)	22,7 %

Sources : RSP et ENP 2010 France métropole

Le déclenchement est la mise en route artificielle du travail par une méthode médicamenteuse par voie parentérale ou locale. Dans l'enquête périnatale de 2010, les 2 méthodes étaient recensées. Les réseaux de santé périnatale bretons ne recensent auprès des maternités que les déclenchements médicamenteux par voie parentérale 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 niveau 3 et 2 (niveau de soins adapté à la prise en charge du nouveau-né).

Tableau 6 : Épisiotomie (lors d'accouchements par voie basse)

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
Nombre d'AVB	7 967	4 474	11 025	5 004	28 470
Avec épisiotomie	1 796 (22,5 %)	908 (20,3 %)	2 194 (19,9 %)	886 (17,7 %)	5 784 (20,3 %)

Source : PMSI MCO 2014

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

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.

Les recommandations nationales du CNGOF de 2005 préconisent des taux inférieurs à 30 %. Les données de l'ENP distinguent les accouchements de femmes primipares (qui accouchement pour la première fois) et multipares pour lesquels les taux sont très différents, respectivement 44,4 % et 14,2 %. Ces taux ont régulièrement baissé depuis 1998 ⁶ (respectivement 71,3 % et 36,2 %).

Tableau 7 : Anesthésie péridurale

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Nombre d'AVB	6 265	4 474	11 025	5 004	26 768*	
Avec anesthésie péridurale	5 010 (80,0 %)	3 834 (85,7 %)	9 248 (85,0 %)	4 058 (78,8 %)	22 150 (82,7 %)	77,8 %

Source : PMSI MCO 2014 et ENP 2010 France métropole

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 supérieur dans les établissements de la région par rapport au niveau national (82,7 % contre 77,8 %). Toutefois, il est possible que cet écart soit lié à un défaut de recueil au niveau national.

⁶ Blondel et al 1999 (données de l'ENP 1998)

D'après un rapport de l'INSERM de 2015⁷ 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. 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 ces projets de naissance.

3.4 Grossesses multiples

Tableau 8 : Accouchements multiples

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Nombre d'accouchements	10 102	5 444	13 494	6 067	35 107	
Gémellaires	275 (2,7 %)	75 (1,4 %)	193 (1,5 %)	45 (0,7 %)	588 (1,7 %)	1,5 %
Triples	11	0	2	0	13	
Multiples	286 (2,8 %)	75 (1,4 %)	195 (1,5 %)	45 (0,7 %)	601 (1,7 %)	

Source : PMSI MCO 2014 et ENP 2010 métropole

1,7 % des accouchements conduisent à des naissances multiples en Bretagne. 47,6 % de ces accouchements multiples ont été réalisés dans une maternité de niveau 3. Les accouchements triples restent exceptionnels, représentant 1 à 2 cas pour mille accouchements.

3.5 Indicateurs de santé maternelle

→ Déchirures périnéales

Définition des déchirures périnéales

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

La **déchirure du 4ème degré** correspond à une déchirure périnéale complète compliquée : avec une lésion sphinctérienne à laquelle se rajoute une rupture de la paroi ano-rectale antérieure.

Tableau 9 : Déchirures périnéales (lors d'accouchements par voie basse)

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Nombre d'AVB	7 967	4 474	11 025	5 004	28 470	
Déchirures de degré 3 ou 4	129 (1,6 %)	42 (0,9 %)	109 (1,0 %)	35 (0,7 %)	315 (1,1 %)	0,8 %

Sources : PMSI MCO 2014 et ENP 2010 métropole

Le taux de déchirure périnéale complète et/ou compliquée est plus élevé que celui de l'ENP de 2010. Ceci pourrait être lié au taux d'épisiotomie plus bas en Bretagne qu'au niveau national.

⁷ 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

→ 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 par voie basse ou supérieure à 1000 mL en cas de césarienne.

Une **HPP sévère** est définie comme une HPP ayant nécessité recours à un acte (au moins) parmi transfusion, embolisation, ligature vasculaire, hystérectomie. Le tamponnement utérin n'est pas considéré comme un critère de gravité.

Fin 2014, le CNGOF (Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français) a revu sa définition de l'HPP. Selon ces nouvelles recommandations applicables à partir de 2015, le seuil utilisé pour définir une HPP est de 500 mL de sang quelle que soit le mode d'accouchement et celui de l'HPP sévère est de 1000 mL. Quant au seuil d'intervention clinique (dont l'atteinte correspond à la définition d'HPP sévère dans le présent rapport), il dépend à la fois du saignement mais également du contexte clinique.

Tableau 10 : Hémorragies du Post-Partum (HPP)

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
Nombre d'accouchements	10 102	5 444	13 494	6 067	35 107
Avec HPP	635 (6,3 %)	245 (4,5 %)	470 (3,5 %)	207 (3,4 %)	1 557 (4,4 %)
Dont AVB	7 967	4 474	10 879	5 150	28 470
Avec HPP	505 (6,3 %)	197 (4,4 %)	399 (3,6 %)	186 (3,7 %)	1 287 (4,5 %)
Dont césarienne	2 142	973	2 396	1 146	6 657
Avec HPP	130 (6,1 %)	49 (5,0 %)	71 (2,9 %)	21 (2,0 %)	271 (4,1 %)

Source : PMSI MCO 2014

D'après les données de l'ENP 2010, des ocytociques sont administrés de manière préventive chez 83 % des femmes afin de réduire le risque d'hémorragie du post-partum, ce qui montre que les recommandations du CNGOF de 2004 sont maintenant largement appliquées.

Tableau 11 : HPP prises en charge par un acte médical (dites sévères)

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
Nombre d'accouchements	10 102	5 444	13 494	6 067	35 107
Avec acte pour PEC d'HPP*	123	13	20	2	158
Dont transfusions	104	8	13	1	126
Dont embolisations	41	4	1	0	46
Dont chirurgies	19	5	11	1	36

Source : PMSI MCO 2014

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

En 2014, 0,6 % des accouchements bretons ont été compliqués d'une HPP sévère, c'est-à-dire 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 des quatre maternités de niveau 3, ce qui explique la part importante des actes réalisés dans ces établissements.

→ Prise en charge en réanimation et décès maternels

D'après les données des RSP, 96 femmes (soit 2,7 femmes pour mille) ont été transférées vers un service de réanimation lors du séjour de leur accouchement, soit en interne, soit dans le service de réanimation d'un autre établissement. A titre comparatif, l'ENP 2010 France métropole donne un taux de 0,5% des mères hospitalisées en réanimation ou soins intensifs plus de 24h 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 fortuite ».

Les données du PMSI ne concernent que les morts maternelles survenues en établissement de santé.

En 2014, deux décès maternels ont été recensés en Bretagne.

3.6 Transferts maternels

→ Période anténatale

Tableau 12 : Transferts In Utero ou Anténatals (TIU / TAN) entre établissements

Adresseur	Etablissement receveur					Total
	Niveau 3	Niveau 2A	Niveau 2B	Niveau 1	Hors Réseau	
Niveau 1	173		7		1	181
Niveau 2A	172	2	17		2	193
Niveau 2B	54				2	56
Niveau 3	ND	10	4			14
« Hors réseau »	19					19
Sans information	8					8
Total	426	12	28	0	5	471

Source : RSP (fiches de transferts établis par les établissements) 2014

471 transferts anténatals (i.e. transfert d'une femme pendant sa grossesse vers un autre établissement) ont été enregistrés par les RSP en 2014, ce qui représente 1,3 % des accouchements. On constate que :

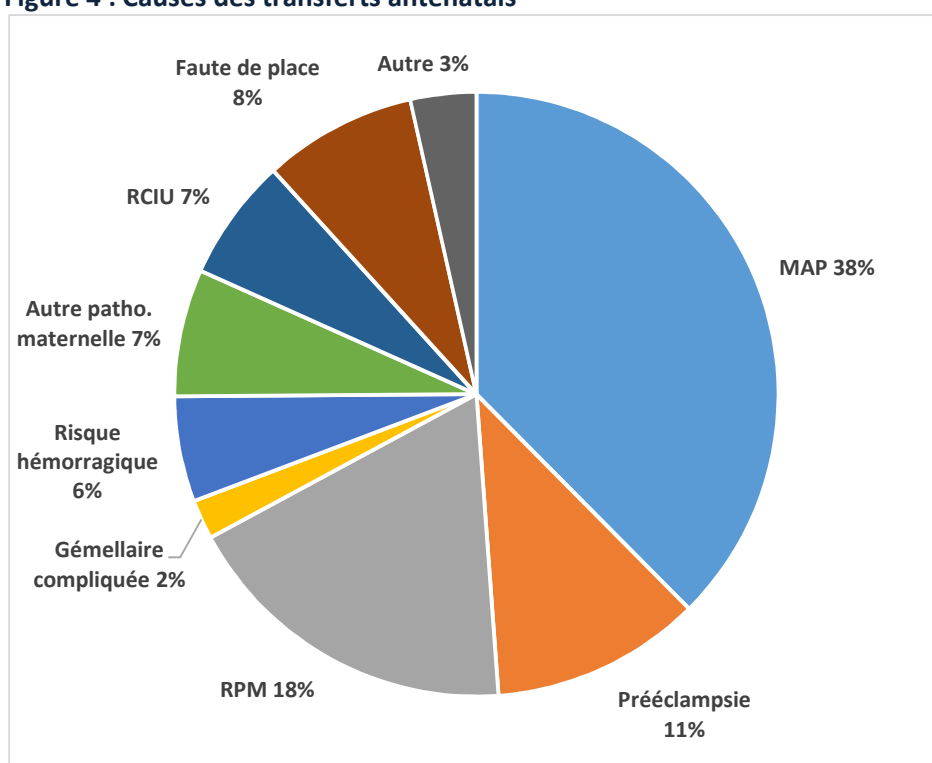
- 90 % de ces transferts ont été réalisés en direction d'un niveau 3, dont 41 % en provenance d'un niveau 1, 40 % en provenance d'un niveau 2A et 13 % en provenance d'un niveau 2B. Les transferts anténatals entre les niveaux 3 ne sont pas recensés.
- sur 12 transferts anténatals observés vers un niveau 2B, 10 proviennent d'un des 2 niveaux 3 du réseau auquel ces niveaux 2B appartiennent.
- sur les 28 transferts anténatals observés vers un niveau 2A, 7 proviennent d'un niveau 1, 17 viennent d'un autre niveau 2A, dont 16 en provenance d'un même établissement et 4 viennent d'un niveau 3 traduisant probablement pour ces deux dernières catégories, une régulation due à des manques de place.

- Les 5 établissements hors réseau vers lesquels des parturientes ont été transférées ne sont connus que pour les CHU de Nantes (2) et le CH de Laval (1).

Les transferts des parturientes directement des services d'urgences vers un service obstétrical ne sont pas tracés. Compte tenu de la logique départementale des réseaux, les transferts étiquetés hors réseaux correspondent soit à des transferts venant ou en direction d'un autre réseau breton, ou hors région, sans que le nom de l'établissement soit mentionné. Compte tenu de ces incertitudes, l'interprétation des données doit en être prudente.

Le graphique suivant donne la répartition des principales causes de transfert anténatal. Les 3 motifs principaux sont la menace d'accouchement prématuré (MAP), la rupture prématurée des membranes (RPM) et la pré-éclampsie. Dans la grille de recueil des réseaux, seule la cause principale de transfert est renseignée.

Figure 4 : Causes des transferts anténatals



Source : RSP 2014, Données recensées sur 94 % des transferts

Seule la cause principale de transfert est prise en compte

MAP : menace d'accouchement prématuré

RPM : rupture prématurée des membranes

RCIU : retard de croissance in utero

→ Période postnatale

Tableau 13 : Transfert de la mère en post-partum

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
Nombre d'accouchements	10 102	5 444	13 494	6 067	35 107
Transferts du post-partum (TPP)	13 (0,1 %)	24 (0,4 %)	100 (0,7 %)	120 (2,0 %)	257 (0,7 %)

Source : PMSI MCO 2014

Les transferts du post-partum concernent les femmes transférées vers un autre établissement pour des suites de couches pathologiques ou pour un rapprochement mère-enfant.

4. Indicateurs de suivi portant sur les naissances

4.1 Nombre de naissances

Tableau 14 : Nombre de naissances

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
Nombre de naissances	10 482	5 495	13 727	6 119	35 823
Dont vivantes	10 340	5 456	13 633	6 097	35 526
Dont mort-nés	142	39	94	22	297

Source : PMSI MCO 2014

4.2 Prématurité

Selon l'Inserm, un nouveau-né est considéré comme prématuré si il est né avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). On distingue 3 catégories :

- 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 15 : Répartition des naissances selon l'âge gestationnel

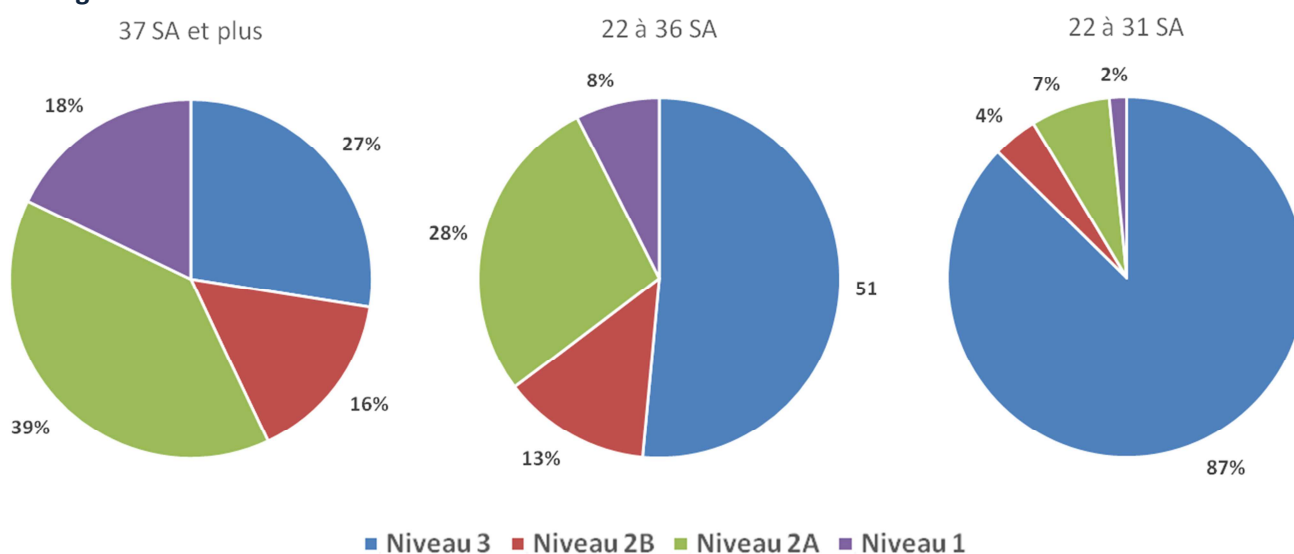
	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Nombre de naissances total	10 482	5 495	13 727	6 119	35 823	
AG [22;24 SA]	63 (0,6 %)	20 (0,4 %)	36 (0,3 %)	7 (0,1 %)	126 (0,4 %)	0,7 %*
AG [25;27 SA]	85 (0,8 %)	7 (0,1 %)	22 (0,2 %)	6 (0,1 %)	120 (0,3 %)	
AG [28;31 SA]	234 (2,2 %)	16 (0,3 %)	28 (0,2 %)	5 (0,1 %)	283 (0,8 %)	0,8 %
AG [32;36 SA]	982 (9,4 %)	310 (5,6 %)	661 (4,8 %)	178 (2,9 %)	2131 (5,9 %)	5,9 %
AG ≥ 37 SA	9 118 (87,0 %)	5 141 (93,6 %)	12 980 (94,6 %)	5 923 (96,8 %)	33 162 (92,6 %)	92,6 %
Nombre de naissances vivantes	10 340	5 456	13 633	6 097	35 526	
AG [22;24 SA]	15 (0,1 %)	3 (0,1 %)	3 (0,0 %)	2 (0,0 %)	23 (0,1 %)	0,2 %*
AG [25;27 SA]	59 (0,6 %)	1 (0,0 %)	6 (0,0 %)	2 (0,0 %)	68 (0,2 %)	
AG [28;31 SA]	205 (2,0 %)	9 (0,2 %)	14 (0,1 %)	1 (0,0 %)	229 (0,6 %)	0,6 %
AG [32;36 SA]	956 (9,2 %)	305 (5,6 %)	643 (4,7 %)	175 (2,9 %)	2 079 (5,9 %)	5,7 %
AG ≥ 37 SA	9 105 (88,1 %)	5 138 (94,2 %)	12 967 (95,1 %)	5 917 (97,0 %)	33 127 (93,2 %)	93,5 %
Nombre de naissances vivantes multiples	361	75	306	65	807	
AG [22;24 SA]	2 (0,6 %)	2 (2,7 %)			4 (0,5 %)	
AG [25;27 SA]	7 (1,9 %)		2 (0,7 %)		9 (1,1 %)	
AG [28;31 SA]	33 (9,1 %)				33 (4,1 %)	
AG [32;36 SA]	142 (39,3 %)	8 (10,7 %)	102 (33,3 %)	24 (36,9 %)	276 (34,2 %)	
AG ≥ 37 SA	177 (49,0 %)	65 (86,7 %)	202 (66,0 %)	41 (63,1 %)	485 (60,1 %)	ND

Sources : PMSI MCO 2014 et ENP 2010 France métropole

* Cumul des naissances entre 22 et 27 SA

La répartition des naissances par termes est très proche en Bretagne et en France. Le taux de prématurité lors de naissances multiples est environ six fois plus élevé que pour les naissances uniques.

Figure 5 : Répartition des naissances vivantes par niveau de maternité, selon le degré de prématurité, en Bretagne



Source : PMSI MCO 2014

La part des grands prématurés (avant 32 SA) nés vivants dans une maternité de niveau inférieur à 3 est un indicateur reconnu pour évaluer l'organisation de la filière de soins, bien que la prématurité ne soit pas le seul critère d'orientation à prendre en compte. On parle ainsi de nouveau-né « Out-Born » pour un enfant né vivant et grand prématuré dans une maternité d'un niveau inférieur à celui attendu compte tenu des facteurs de risques observés.

Suivant cette définition, le taux de « Out-Born » bretons s'élève à 13 % en 2014.

4.3 Poids des nouveau-nés

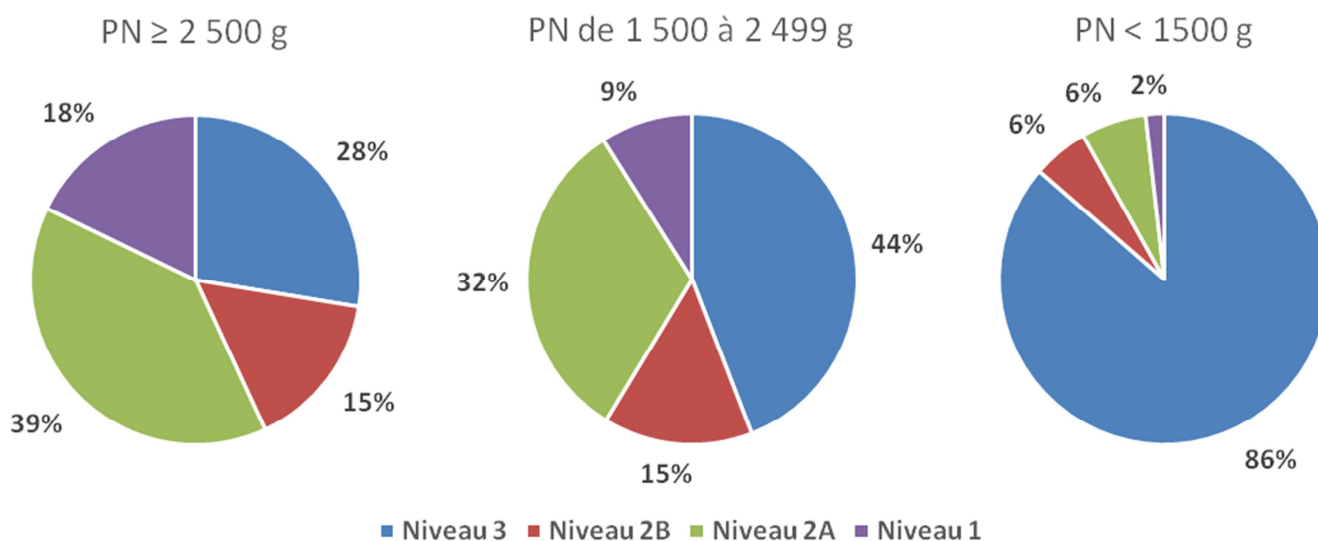
Le poids à la naissance est un autre marqueur de vulnérabilité du nouveau-né, très corrélé à l'âge gestationnel.

Tableau 16 : Poids des nouveau-nés à la naissance

Poids de naissance (PN)	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Nombre de naissances total	10 482	5 495	13 727	6 119	35 823	
PN < 1500 g	388 (3,7 %)	49 (0,9 %)	79 (0,6 %)	19 (0,3 %)	535 (1,5 %)	1,4 %
PN 1 500-2 499 g	949 (9,1 %)	310 (5,6 %)	698 (5,1 %)	192 (3,1 %)	2149 (6,0 %)	5,8 %
PN ≥ 2 500 g	9 145 (87,2 %)	5 136 (93,5 %)	12 950 (94,3 %)	5 908 (96,6 %)	33 139 (92,5 %)	92,8 %
Nombre de naissances vivantes	10 340	5 456	13 633	6 097	35 526	
PN < 1500 g	284 (2,7 %)	18 (0,3 %)	21 (0,2 %)	6 (0,1 %)	329 (0,9 %)	0,8 %
PN 1 500-2 499 g	927 (9,0 %)	307 (5,6 %)	677 (5,0 %)	190 (3,1 %)	2 101 (5,9 %)	5,6 %
PN ≥ 2 500 g	9 129 (88,3 %)	5 131 (94,0 %)	12 935 (94,9 %)	5 901 (96,8 %)	33 096 (93,2 %)	93,6 %

Sources : PMSI MCO 2014 et ENP 2010 France métropole

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



Source : PMSI MCO 2014

Plus le poids de l'enfant est faible, plus il y a de chances qu'il soit pris en charge dans une maternité de niveau élevé. Ainsi, seuls 14 % des enfants dont le poids est inférieur à 1500 g sont nés dans une maternité de niveau inférieur à 3.

Le poids du nouveau-né est fortement corrélé à l'âge gestationnel.

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 niveau 1 ne disposent pas de service de néonatalogie.

Tableau 17: Hospitalisation des nouveau-nés

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
Nombre de naissances vivantes	10 340	5 456	13 633	6 097	35 526
Nombre de NN hospitalisés*	1 564 (15,1 %)	637 (11,7 %)	2 063 (15,1 %)	179 (2,9 %)	4 443 (12,5%)
Dont mutations internes	1 556 (15,0 %)	637 (11,7 %)	1 997 (14,6 %)	-	4 198 (11,8 %)
Dont transfert vers un autre établissement	143 (1,4 %)	38 (0,7 %)	182 (1,3 %)	179 (2,9 %)	534 (1,5 %)

Source : PMSI MCO 2014

Un enfant peut être muté vers un service de néonatalogie en interne, puis transféré vers un autre établissement. C'est pourquoi cette ligne n'est pas la somme des 2 suivantes.

En moyenne, 12,5 % des nouveau-nés bretons sont hospitalisés au cours du séjour de leur naissance, la plupart du temps au sein du même établissement. Cependant, ce taux est la résultante de pratiques très diverses, avec des taux variant du simple au quadruple entre les maternités.

On notera que 1,4 % des nouveau-nés qui ont vu le jour dans un établissement de niveau 3 ont été transférés vers un autre établissement. 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.

4.5 Allaitement

Tableau 18 : Allaitement

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Taux d'allaitement à la naissance (%)	66,7	56,1	57,6	58,0	58,8	68,7
Taux d'allaitement à la sortie (%)	64,3	55,1	52,7	52,2	53,6	ND

Source : RSP. Deux établissements ne recueillent pas d'information liée à l'allaitement. De plus, un établissement ne recueille pas les allaitements à la sortie. Les taux corrigés sont calculés sur les établissements répondants.

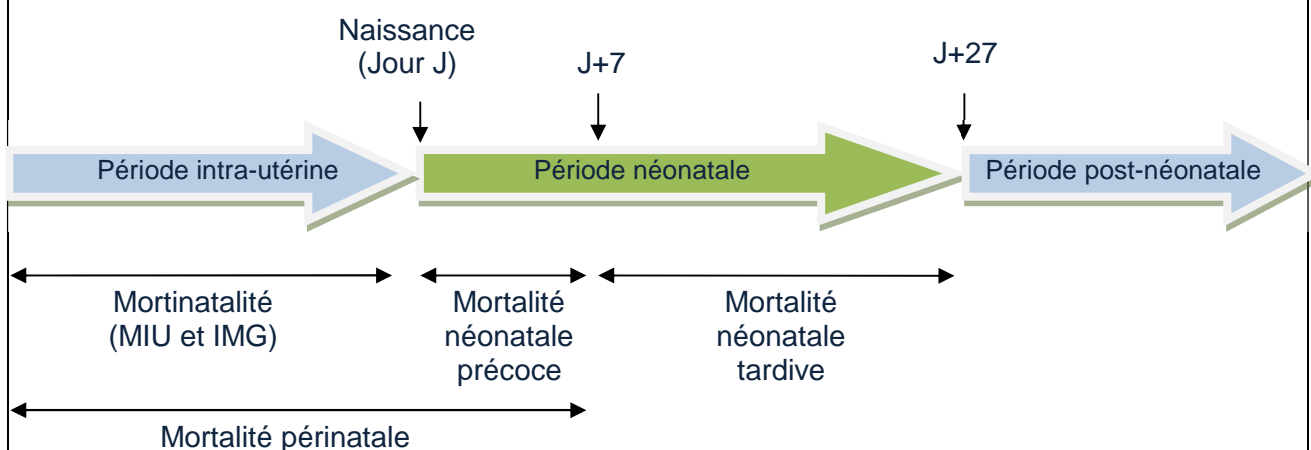
Suite à de nombreuses actions menées dans la région bretonne : formations, labellisation IHAB⁸... autour de la promotion et de l'accompagnement à l'allaitement maternel, les taux d'initiation ont progressé depuis une dizaine d'années. Ils restent cependant inférieurs de 10 points au taux national.

⁸ 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 réglementaire 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.

Tableau 19: Mortinatalité totale

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Naissances Totales	10 482	5 495	13 727	6 119	35 830	
Mortinatalité	142 (13,5 ‰)	38 (6,9 ‰)	95 (6,9 ‰)	23 (3,8 ‰)	298 (8,3 ‰)	8,4 ‰
Dont IMG (≥22 SA)	77 (7,3 ‰)	24 (4,4 ‰)	41 (3,0 ‰)	3 (0,5 ‰)	145 (4,0 ‰)	3,6 ‰
Dont MFIU	65 (6,2 ‰)	14 (2,5 ‰)	54 (3,9 ‰)	20 (3,3 ‰)	153 (4,3 ‰)	4,8 ‰
Mortinatalité, selon le terme						
AG < 22 SA		1 (100 %)			1 (100 %)	
AG [22;24 SA]	48 (76,2 %)	17 (85,0 %)	33 (91,7 %)	5 (71,4 %)	103 (81,7 %)	78 %
AG [25;27 SA]	26 (30,6 %)	6 (85,7 %)	16 (72,7 %)	4 (66,7 %)	52 (43,3 %)	42,9 %
AG [28;31 SA]	29 (12,4 %)	7 (43,8 %)	14 (50,0 %)	4 (80,0 %)	54 (19,1 %)	18,0 %
AG [32;36 SA]	26 (2,6 %)	5 (1,6 %)	18 (2,7 %)	3 (1,7 %)	52 (2,4 %)	2,9 %
AG ≥ 37 SA	13 (0,1 %)	3 (0,1 %)	13 (0,1 %)	6 (0,1 %)	35 (0,1 %)	0,1 %
Mortinatalité, selon la multiplicité						
Singletons	125 (1,3 %)	37 (0,7 %)	87 (0,7 %)	23 (0,4 %)	272 (0,8 %)	ND
Jumeaux (et plus)	17 (2,9 %)	1 (0,7 %)	8 (2,0 %)	0 (0 %)	26 (2,1 %)	ND

Source : PMSI MCO 2014 (Données du séjour de la mère), y compris données nationales

Note : le dénominateur des % est le nombre de naissances totales de la classe considérée dans les établissements du niveau considéré.

Les IMG constituent 48 % de la mortinatalité. 53% des IMG sont réalisées dans les niveaux 3, établissements de référence et siège des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) en Bretagne.

91 % des mort-nés étaient issus d'une grossesse unique, 8 % d'une grossesse gémellaire et un d'une grossesse triple.

La mortinatalité, qu'elle soit spontanée (mort fœtale in utero) ou provoquée (interruption médicale), est plus importante dans les établissements des niveaux supérieurs, ce qui traduit l'expertise de ces établissements, non seulement pour la prise en charge du nouveau-né, mais aussi de la mère.

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 mortalité. 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 19 : Répartition des IMG selon le terme

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
IMG < 22 SA	83	34	76	18	211
IMG ≥ 22 SA dont :	76	23	40	4	143
AG [22 à 24 SA]	25	11	15	3	54
AG [25 à 27 SA]	19	3	12	1	35
AG [28 à 31 SA]	14	5	7	0	26
AG [32 à 36 SA]	15	4	6	0	25
AG > 36 SA	3	0	0	0	3
Nombre d'IMG total	159	57	116	22	354

Source : RSP

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

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Naissances vivantes	10 340	5 456	13 633	6 097	35 526	
Mortalité néonatale précoce hospitalière	47 (4,5 ‰)	6 (1,1 ‰)	4 (0,3 ‰)	3 (0,5 ‰)	60 (1,7 ‰)	1,4 ‰
Mortalité néonatale précoce (J0-J+6) hospitalière, selon le terme						
AG < 22 SA	-	-	-	-	-	
AG [22;24 SA]	13 (86,7 %)	3 (100 %)	2 (66,7 %)	2 (100 %)	20 (87,0 %)	66,6 %
AG [25;27 SA]	9 (15,3 %)				9 (13,2 %)	11,4 %
AG [28;31 SA]	8 (3,9 %)				8 (3,5 %)	2,4 %
AG [32;36 SA]	8 (0,8 %)	3 (1,0 %)			11 (0,5 %)	0,3 %
AG ≥ 37 SA	9 (0,1 %)		2 (0,0 %)	1 (0,0 %)	12 (0,0 %)	0,0 %

Source : PMSI MCO 2014, y compris données nationales

Note : le dénominateur des % est le nombre de naissances vivantes de la classe considérée dans les établissements du niveau considéré.

1,7 nouveau-nés sur mille sont décédés lors de leur première semaine de vie en Bretagne en 2014 dont plus des trois quarts dans une maternité de niveau 3.

Tableau 21 : Mortalité périnatale

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

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne	France
Naissances totales	10 482	5 495	13 727	6 119	35 830	
Mortalité périnatale	189 (18,0 ‰)	44 (8,0 ‰)	99 (7,2 ‰)	26 (4,2 ‰)	358 (10 ‰)	9,6 ‰
Dont						
Mortinatalité	142	38	95	23	298	
Mortalité néonatale précoce hospitalière	47	6	4	3	60	

Source : PMSI MCO 2014, y compris données nationales

La mortalité périnatale en Bretagne s'élevait à 0,1 ‰ en 2014. 52 % des enfants concernés étaient nés dans des établissements de niveau 3.

Tableau 22 : Mortalité néonatale tardive hospitalière (J+7 à J+27)

	Niveau 3	Niveau 2B	Niveau 2A	Niveau 1	Bretagne
Naissances vivantes	10 340	5 456	13 633	6 097	35 526
Mortalité néonatale tardive hospitalière	13 (1,4 ‰)				13 (0,4 ‰)

Source : PMSI MCO 2014

4.7 Dépistage de la surdité chez le nouveau-né

Tableau 23 : Dépistage de la surdité chez le nouveau-né

Département	Nombre de tests à réaliser	Tests réalisés	Suspects unilatéraux	Suspects bilatéraux	Enfants suspects : Total
22 - Côtes d'Armor	4 296	4 281	49 (1,1 %)	37 (0,9 %)	86 (2,0 %)
29 - Finistère	7 454	7 388	34 (0,5 %)	66 (0,9 %)	100 (1,4 %)
35 - Ille-et-Vilaine	10 905	9 807	165 (1,7 %)	104 (1,1 %)	269 (2,7 %)
56 - Morbihan	6 397	6 216	55 (0,9 %)	54 (0,9 %)	109 (1,8 %)
TOTAL	29 052	27 692	303 (1,1 %)	261 (0,9 %)	564 (2,0 %)

Source : Bilan ARDPHE

Remarque : le codage de ce dépistage dans le PMSI a fait l'objet d'une notice par l'ATIH⁹ mais le recueil était encore très partiel en 2014.

Depuis juin 2014, le dépistage de la surdité chez le nouveau-né doit être systématique. Le lancement de ce programme en cours d'année explique pourquoi le nombre de « tests à réaliser » est inférieur au nombre de naissances.

Selon les données de l'ARDPHE, la part des nouveau-nés en ayant bénéficié en Bretagne en 2014 est de 95,3 %, dont 77 % en oto-émissions acoustiques automatisés (OEAA) et 23 % en potentiels évoqués auditifs automatisés.

La suspicion d'un trouble de l'audition a été identifiée chez 2 % des enfants testés. Chez ceux-ci, des examens complémentaires ont dû être réalisés afin d'établir un diagnostic.

⁹ NOTICE TECHNIQUE n°CIM-MF-1213-3-2013 du 13 décembre 2013, ATIH

Cf. www.atih.sante.fr

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des écarts observés entre le recueil des RSP et le PMSI

Indicateur	Sourc e PMSI *	Écarts observés	Commentaires / Hypothèses concernant les écarts observés	Fiabilité PMSI
Nombre d'accouchements sur site	Mère	Négligeables		
Nombre d'accouchements hors site avec passage en Ets	Mère	Faible au global, mais en fait fortes disparités au niveau établissement	Codage du Z39.00 à généraliser pour améliorer le recueil PMSI.	
Nombre de naissances	NN	Négligeables		
1. Accouchements multiples				
Taux d'accouchements multiples / Nombre d'enfants issus de grossesses multiples	Mère	Non calculé par les RSP, qui recensent les NN vivants issus de grossesse multiple	Méthode (=utilisation des informations du RSA de la mère) recommandée par la FFRSP Les données semblent cohérentes (à confirmer sur les naissances vivantes)	
	NN	Recueil PMSI non fiable Défaut d'exhaustivité de 20 % par rapport au RSP	Nécessite le codage du Z38, qui est facultatif quand le DP est un problème santé du NN. → Utiliser la méthode FFRSP (ligne ci-dessus) pour une estimation fiable par le PMSI	N/A
2. Age maternel				
Age maternel	Mère	Non transmis par les RSP	Donnée importée de la carte vitale, donc fiable	
3. Prématurité				
Part des NN par classe d'AG	NN	Données globalement cohérentes Quelques écarts dans certains établissements		
4. Faible poids de naissance				
Part des NN par classe de poids de naissance	NN	Non transmis par les RSP	Donnée saisie, ne nécessitant pas d'interprétation particulière, donc bonne fiabilité a priori	
5. Mortinatalité				

Indicateur	Sourc e PMSI *	Écarts observés	Commentaires / Hypothèses concernant les écarts observés	Fiabilité PMSI
Taux de mortinatalité global	NN	Écarts faibles, y compris au niveau établissement		
Taux de mortinatalité par IMG	NN	Écarts importants	Dans le PMSI, les IMG sont distinguées des morts fœtales spontanées par l'ajout du diagnostic P96.4. Ce code est omis par certains établissements.	
6. Mortalité néonatale hospitalière				
Taux de mortalité néonatale précoce (0-6 jours), y compris après transfert du NN	NN	Données figurant dans les rapports d'activité de certains RSP Exhaustivité PMSI supérieure ou égale (mais pas de détail au niveau établissement)		
Taux de mortalité néonatale tardive (7-27 jours), y compris après transfert du NN	NN	Fiabilité comparable au taux de mortalité néonatale précoce car même mode de calcul		
Mortalité en salle de naissance	-	Non calculable dans le PMSI	Information utile pour les revues de mortalité néonatale, mais taux peu pertinent en soi	
7. Mortalité périnatale				
Taux de mortalité périnatale	NN	« Somme » du nombre de mort-nés et du nombre de décès dans les 7 premiers jours		
8. Mode d'accouchement				
Taux d'accouchement par voie basse (AVB)	Mère	Écarts négligeables		
Part des AVB instrumentaux	Mère	Défaut d'exhaustivité du PMSI de l'ordre de 10 %	Codage des gestes complémentaires incomplet dans le PMSI	
Taux de césarienne	Mère	Écarts négligeables		
Part des césariennes programmées	Mère	10 % de moins dans le PMSI en 2014	La notion de « césarienne programmée » a été rediscutée et semble plus fiable dans le PMSI. Un retour aux établissements est nécessaire pour homogénéiser le recueil.	
9. Conformité du lieu de naissance				

Indicateur	Sourc e PMSI *	Écarts observés	Commentaires / Hypothèses concernant les écarts observés	Fiabilité PMSI
Part des NN <32 SA en maternité de niveau 3	NN	Non estimé RSP	Fiable puisque repose sur l'âge gestationnel	
Part des NN <1 500 g en maternité de niveau 3	NN	Non estimé RSP	Fiable puisque repose sur le poids	
10. Hémorragies du post-partum (HPP)				
Nombre d'HPP	Mère	Défaut d'exhaustivité du recueil des RSP : 15 à 20 %	Codage à homogénéiser au niveau des établissements	
Nombre d'HPP sévères (ayant nécessité transfusion / embolisation / chirurgie)	Mère	Codage des transfusions incomplet OK pour les embolisations / chirurgie	Données très différentes entre PMSI et RSP Codage de l'HPP à homogénéiser	
11. Transferts de la mère				
Nombre de femmes transférées in utero	Mère	Défaut d'exhaustivité du PMSI : 15 à 20 %	Écarts probablement liés aux patientes non hospitalisées, transférées directement depuis les urgences vers un autre établissement (cas non considéré comme un transfert dans le PMSI)	
Nombre de femmes transférées en post-partum	Mère	Non transmis par les RSP, fiabilité non connue		Inconnu
12. Transferts néonataux				
Nombre de NN transférés vers un autre établissement	NN	Recueil RSP incomplet (30 %)		
Nombre de NN transférés en interne en néonatalogie	NN	Recueil RSP incomplet (25 %)	Écarts liés à l'absence de données pour un établissement et à la possibilité pour un NN de rester près de sa mère tout en bénéficiant des services de l'unité de néonatalogie	
13. Présentation du NN				
Taux d'accouchement par présentation céphalique / en siège	Mère	Non transmis RSP	Dans le PMSI, cette information est renseignée pour 99,5 % des AVB (mais pour seulement 20 % des césariennes)	
14. Déchirures périnéales				
Taux de déchirures périnéales de degré 3 et 4	Mère	Non recueilli par les RSP		Inconnu

Indicateur	Sourc e PMSI *	Écarts observés	Commentaires / Hypothèses concernant les écarts observés	Fiabilité PMSI
15. Allaitement				
Taux d'initiation de l'allaitement maternel	Mère	Écarts importants Aucun recueil exhaustif	Codage via un diagnostic facultatif dans le PMSI, pas toujours implémenté dans les SI des hôpitaux	
Taux d'arrêt de l'allaitement maternel en maternité	Mère	PMSI inexploitable, données RSP très lacunaires	Codage de l'arrêt sans codage de l'initiation → Difficile à analyser	
16. Décès Maternel				
Nombre de décès maternels	Mère	1 RSP / 4 PMSI sur 2 ans	Probablement 2 erreurs dans le PMSI et 1 séjour non comptabilisé car la mère, atteinte d'un cancer, est décédée dans un autre service que la maternité et que le RSP n'en a pas été informé	
17. Déclenchement de l'accouchement				
Taux de déclenchement	-	Donnée non renseignée dans le PMSI		
18. Épisiotomie				
Taux d'AVB avec épisiotomie	Mère	Non transmis RSP	Codage de l'acte correspondant incomplet	
19. Dépistage de la surdité chez le nouveau-né				
Taux d'enfants dépistés	NN	Recueil PMSI initié en 2014, à fiabiliser. Non recueilli par les RSP		

* suivant le cas, l'information est recherchée dans les RSA de la mère ou de l'enfant. Certains indicateurs peuvent être calculés avec les 2 approches

Légende pour la fiabilité PMSI

PMSI exploitable	PMSI exploitable si du	PMSI inexploitable en l'état	Données non recueillies dans le PMSI	Double recueil à pérenniser
Basculement du recueil vers le PMSI possible	Double recueil à poursuivre temporairement	Recueil RSP à pérenniser	Recueil RSP à pérenniser	

Directeur de la publication : **Olivier de Cadeville**
Directeur de la rédaction : **Hervé Goby**
Auteurs : **Enguerrand Lootvoet** (Direction de
la stratégie régionale en santé)
Dr Olivier Joseph (Direction de la santé publique)
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

janvier 2017