

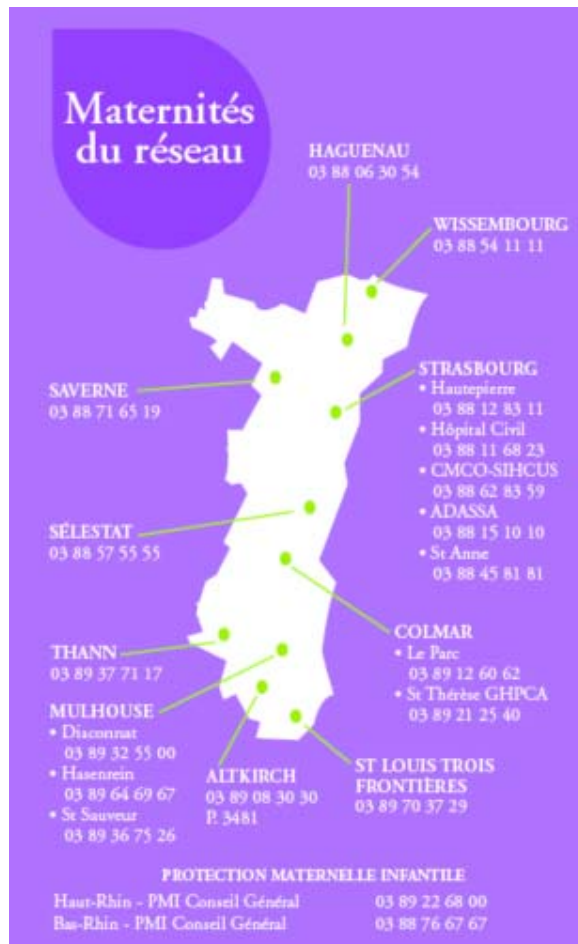
# Réunion Médecins DIM

## 26/11/2009

- Pr Bruno LANGER
- Coordinateur du réseau périnatal alsacien



# Réseau alsacien



22 140 naissances/an (2008)

Réseau : 3 types de maternité

1 objectif : connaître son activité pour pouvoir l'évaluer

# Historique



- Obtention d'un financement
- Choix du mode d'évaluation : 60<sup>aine</sup> d'indicateurs périnataux (validés sur le plan européen)
- Autorisation CNIL
- Mise en place dans les maternités du logiciel d'anonymisation modifié selon les exigences de la CNIL

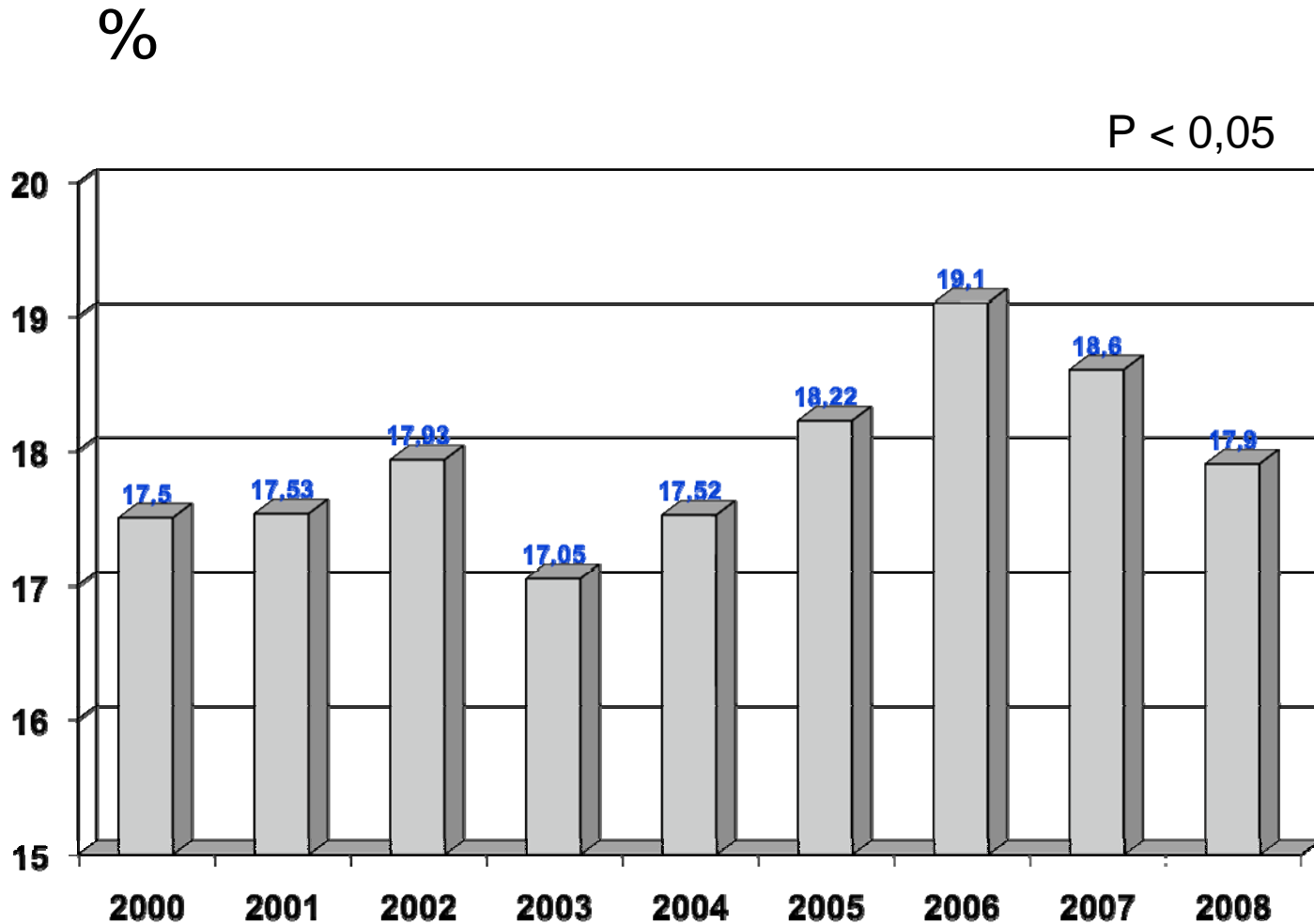
# Données périnatales disponibles en France

- Enquêtes INSERM (Gérard Bréart) tous les 4-5 ans et basées sur un relevé de tous les accouchements > 22 SA durant une seule semaine dans l'année
- Relevés annuel de «données bloquées» par la DRASS
- Etudes EPIPAGE 1 (1997) et bientôt 2 (2011)

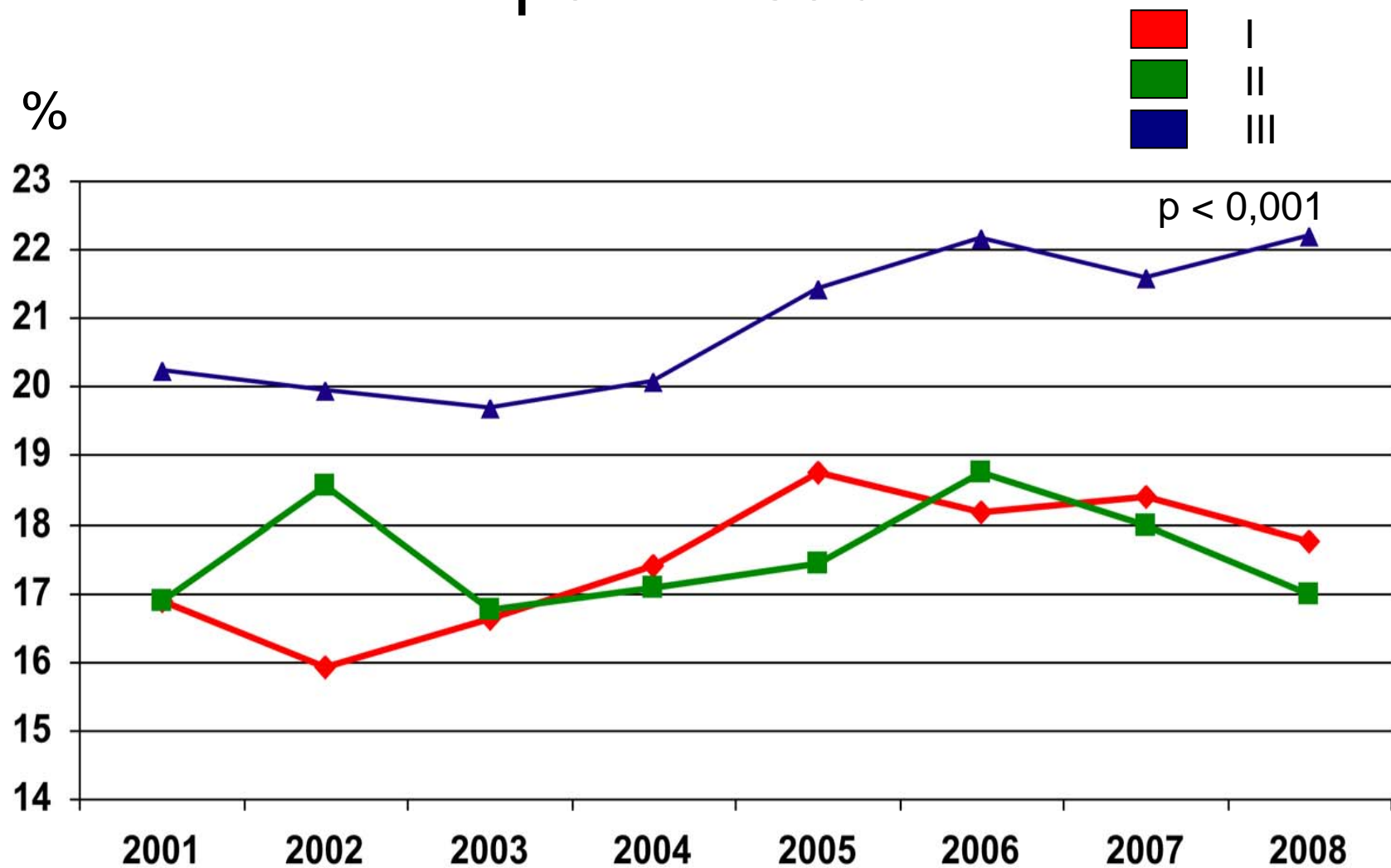
**2**

**EXAMPLES**

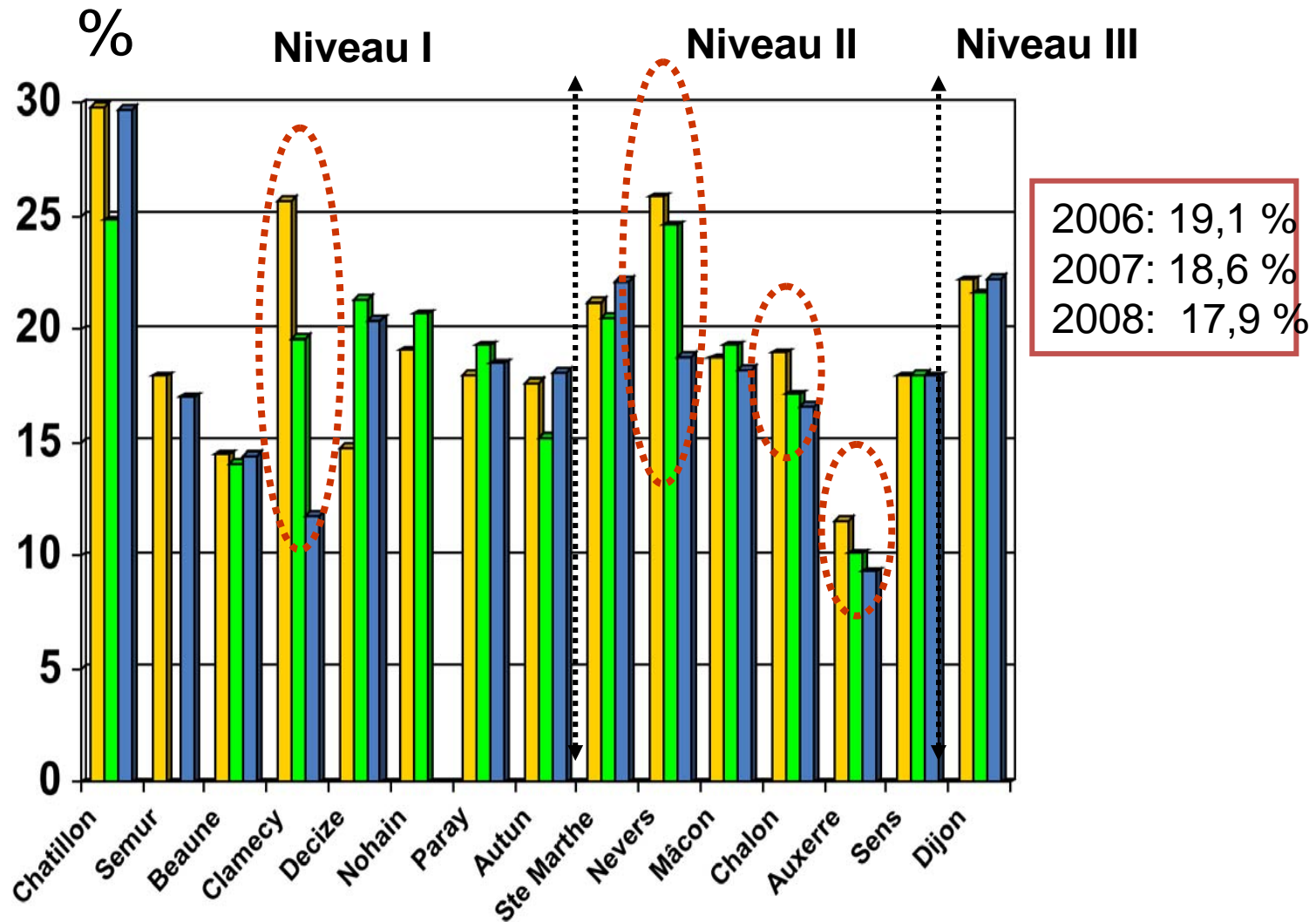
# Taux de Césarienne en Bourgogne



# Taux de Césarienne en Bourgogne - par niveau -

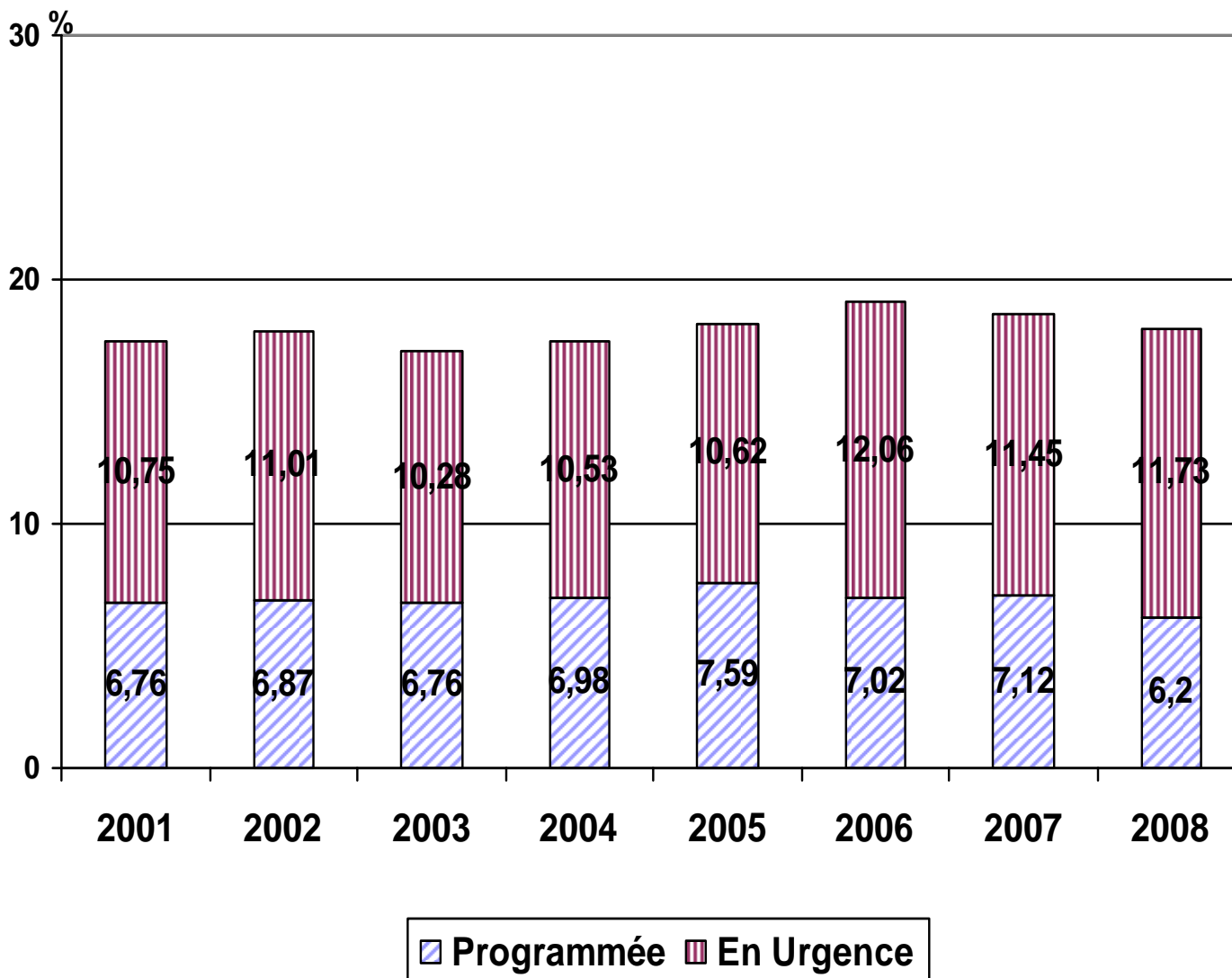


# Taux de Césarienne de 2006 à 2008 en Bourgogne et par établissement



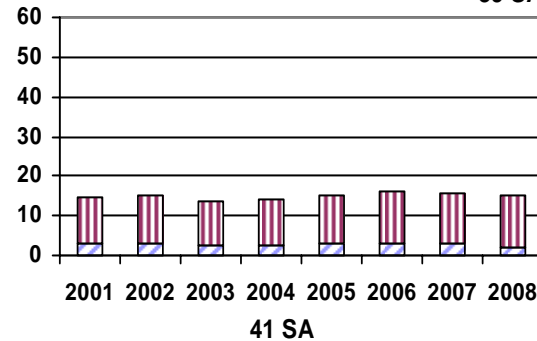
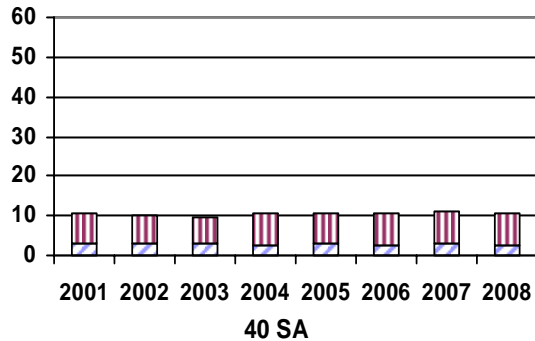
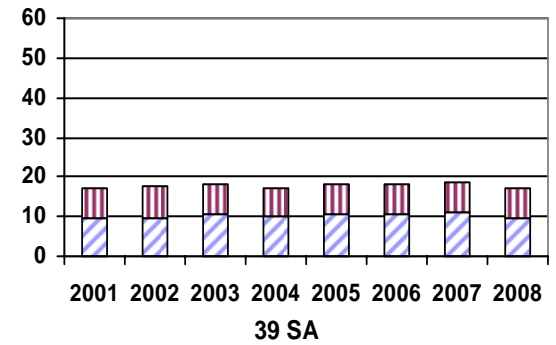
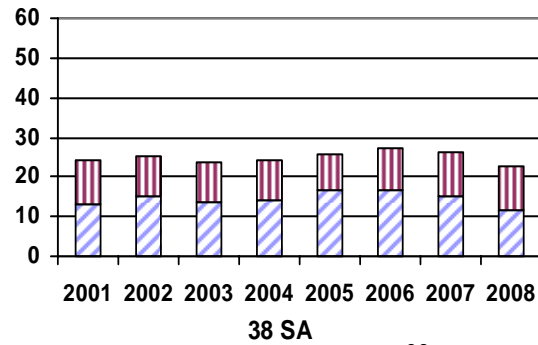
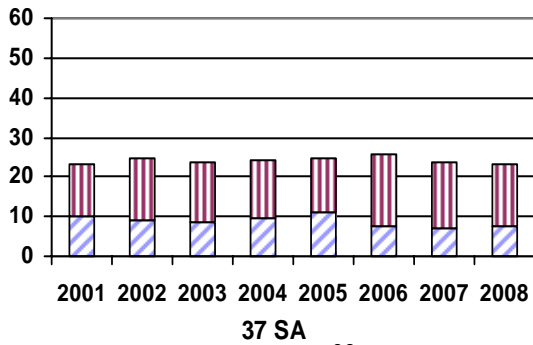
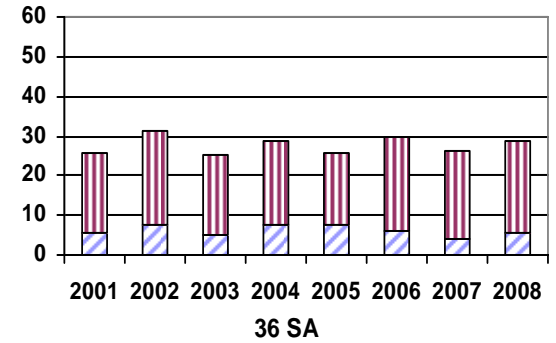
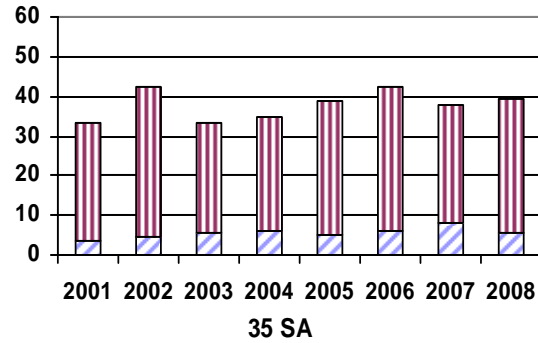
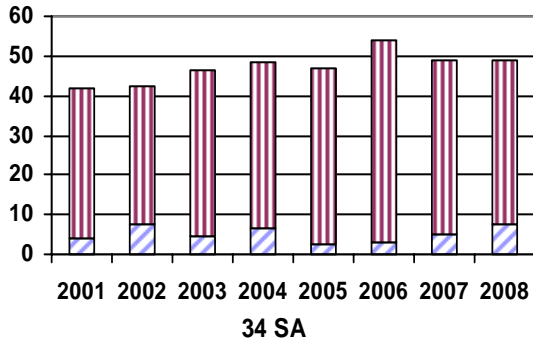


# Evolution des taux de Césariennes Programmées et en Urgence en Bourgogne

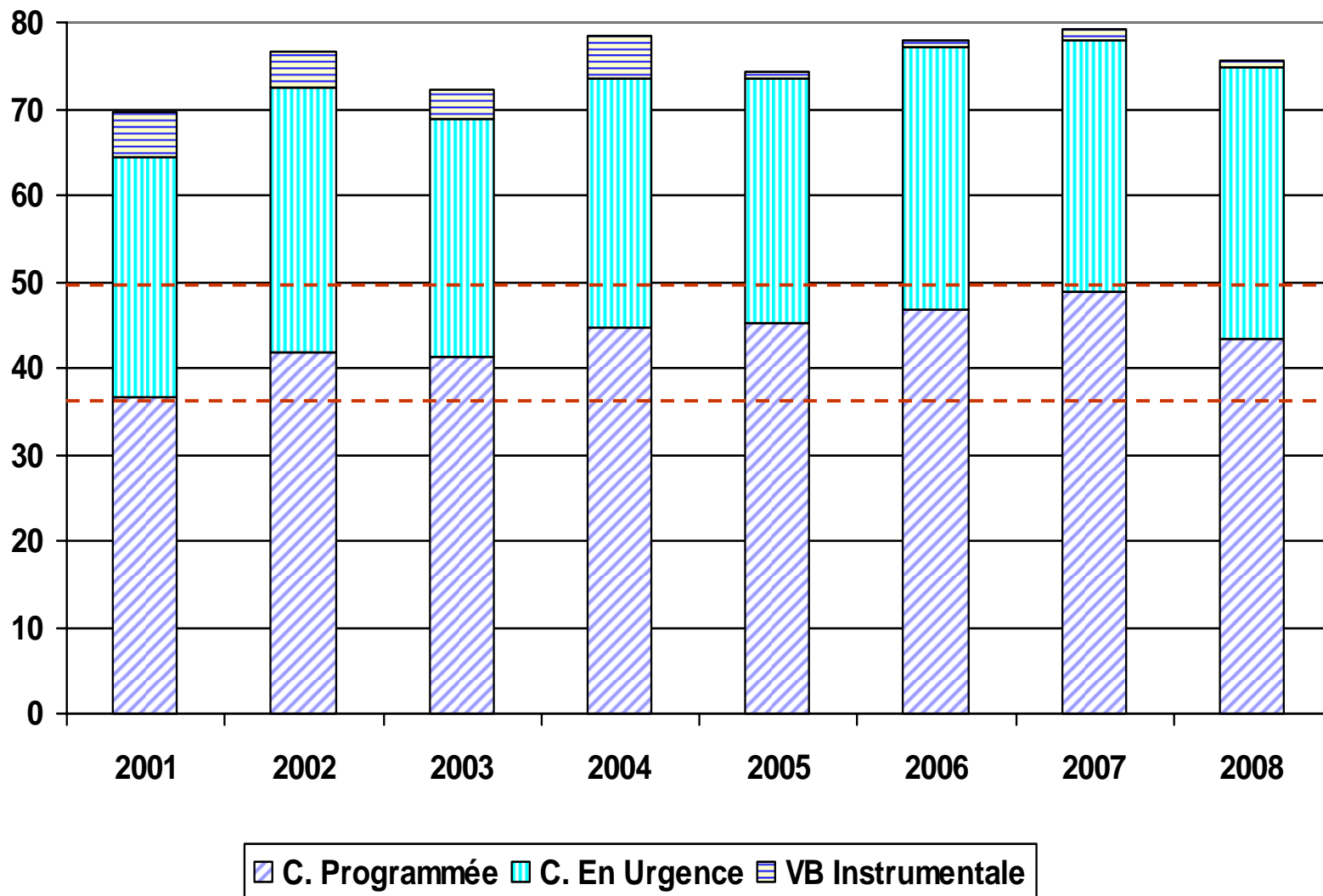


# Evolution des Césariennes Programmées et Urgentes

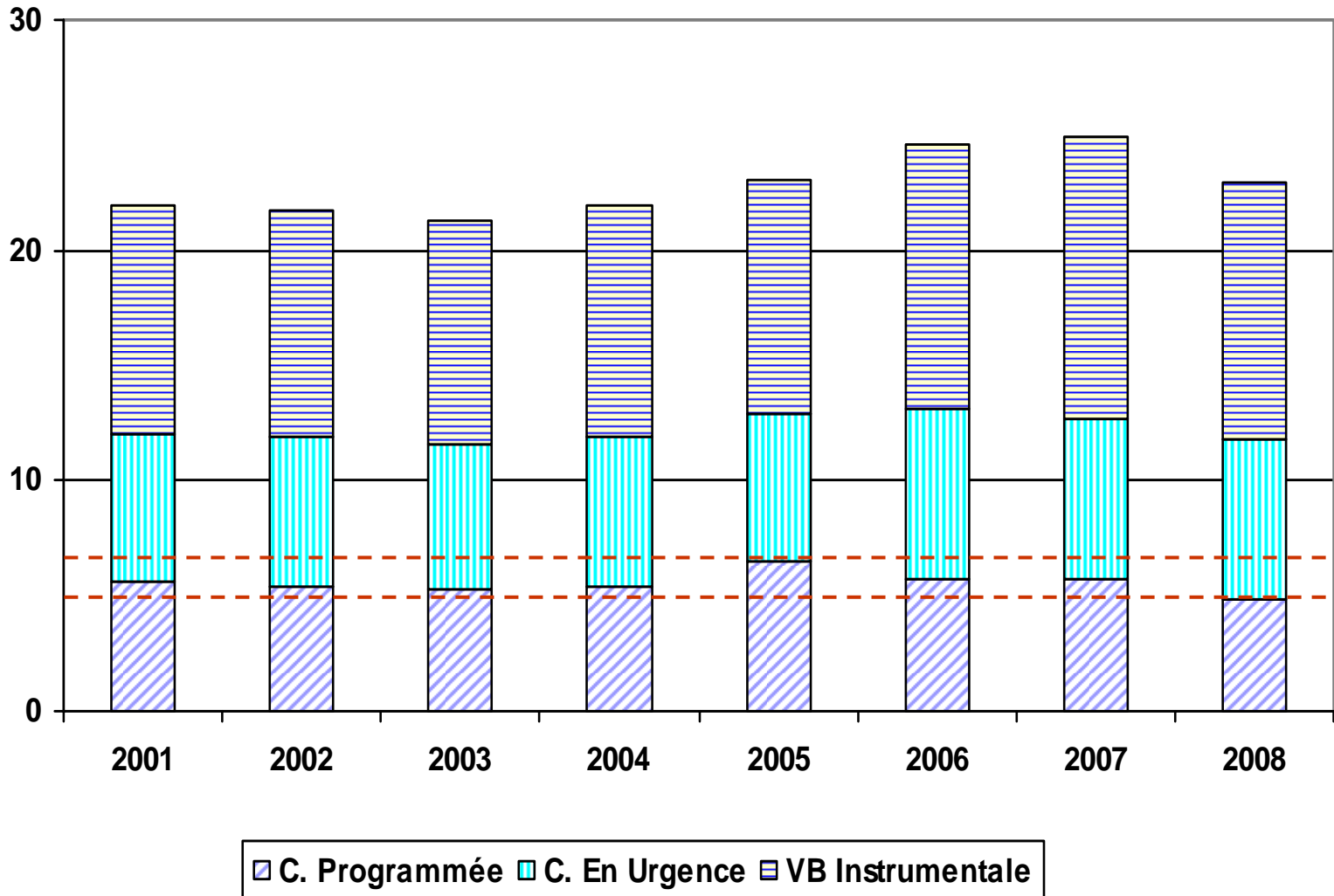
## Selon le Terme de 2001 à 2008



# VOIE DE NAISSANCE SUR SIEGE A TERME (37 – 41 SA)



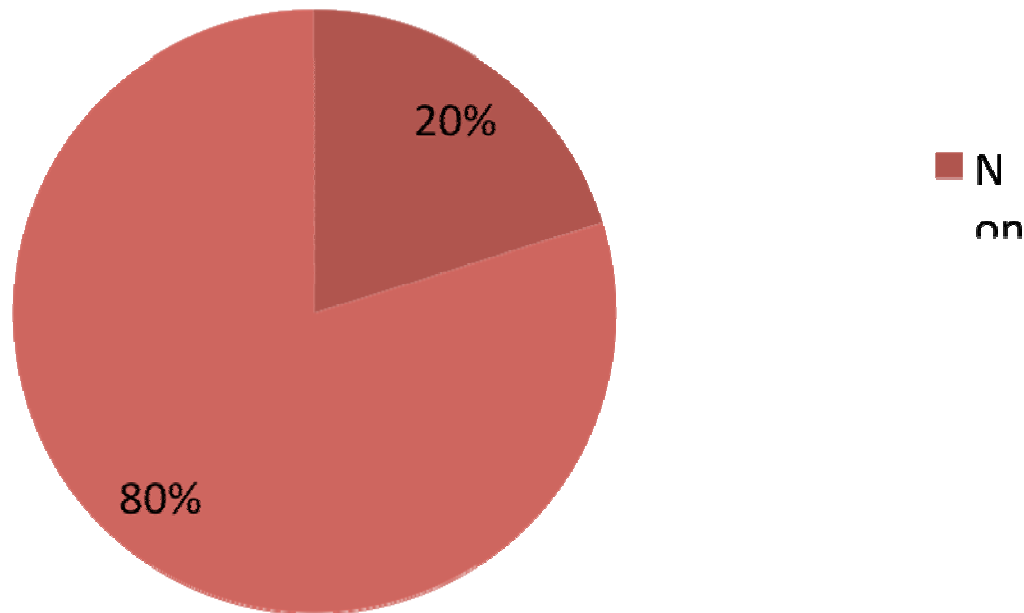
# EVOLUTION DES MODES D'ACCOUCHEMENTS DANS LES GROSSESSES A BAS RISQUE



# Corticothérapie anténatale: Etude de 818 grands prématurés sur 3 régions

---

REFERENTIELS : 85 à 90 %



# Facteur de risque de non accès à la corticothérapie

## Caractéristiques néonatales (3 régions)

	n (818)	Cort (-)	OR	IC 95%
<b>Age gestationnel</b>				
24-26 SA	133	<b>31%</b>	<b>2.5</b>	<b>1.4-4.3</b>
27-28 SA	188	<b>18%</b>	1.2	0.7-2.1
29-30 SA	292	<b>20%</b>	1.4	0.8-2.3
31-32 SA	205	<b>15%</b>	1.0	-
(n)				
<b>RCIU (25<sup>ème</sup> perc. Hadlock)</b>				
Hypotrophe	201	<b>16%</b>	<b>1.0</b>	-
Non Hypotrophe	616	<b>26%</b>	<b>1.7</b>	<b>1.1-2.6</b>
(n)				

# Facteur de risque de non accès à la corticothérapie:

## Environnement socio-familial (3 régions)

	n (818)	Cort (-)	OR	IC 95%
<b>Age maternel</b>				
15-24 ans	185	28%	2.0	1.3-2.9
25-34 ans	484	17%	1.0	-
35-45 ans	147	22%	1.4	0.9-2.2
<b>Pays</b>				
Europe	736	18%	1.0	-
Hors Europe	40	30%	1.9	0.94-3.8
<b>Tabac</b>				
Non fumeuse	606	18%	1.0	-
Fumeuse	208	26%	1.7	1.2-2.4
<b>Profession maternelle</b>				
Cadre et P. Libérale	197	15%	1.0	-
Employée	271	17%	1.1	0.7-1.8
Ouvrière	51	22%	1.5	0.7-3.2
Sans profession	269	25%	1.8	1.1-2.8

# Facteur de risque de non accès à la corticothérapie

## Mécanisme prématurité [Classification Exclusive Epipage 2004]

	n (818)	Cort (-)	OR	IC 95%
<b>Mécanisme prématurité</b>				
<b>Multiples</b>	<b>250</b>	<b>22%</b>	<b>2.3</b>	<b>1.3-4.0</b>
HTA	<b>165</b>	<b>11%</b>	1.0	-
<b>Hémorragie</b>	<b>61</b>	<b>25%</b>	<b>2.7</b>	<b>1.3-5.7</b>
RPM	<b>146</b>	<b>11%</b>	1.0	0.5-2.1
<b>Travail spontané</b>	<b>159</b>	<b>32%</b>	<b>3.9</b>	<b>2.1-7.0</b>



# Facteur de risque de non accès à la corticothérapie Prise en charge prénatale (3 régions)

	n (818)	Cort (-)	OR	IC 95%
<b>Niveau maternité de naissance</b>				
1-2a	69	61%	12.0	6.0-23
2b	103	60%	12.0	7.3-18
3	644	9%	1.0	-
(n)				
<b>Mode d'accouchement</b>				
Voie Basse	385	26%	2.9	1.9-4.3
Césarienne pdt W	107	26%	2.9	1.6-5.0
Césarienne avt W	326	11%	1.0	-
(n)				

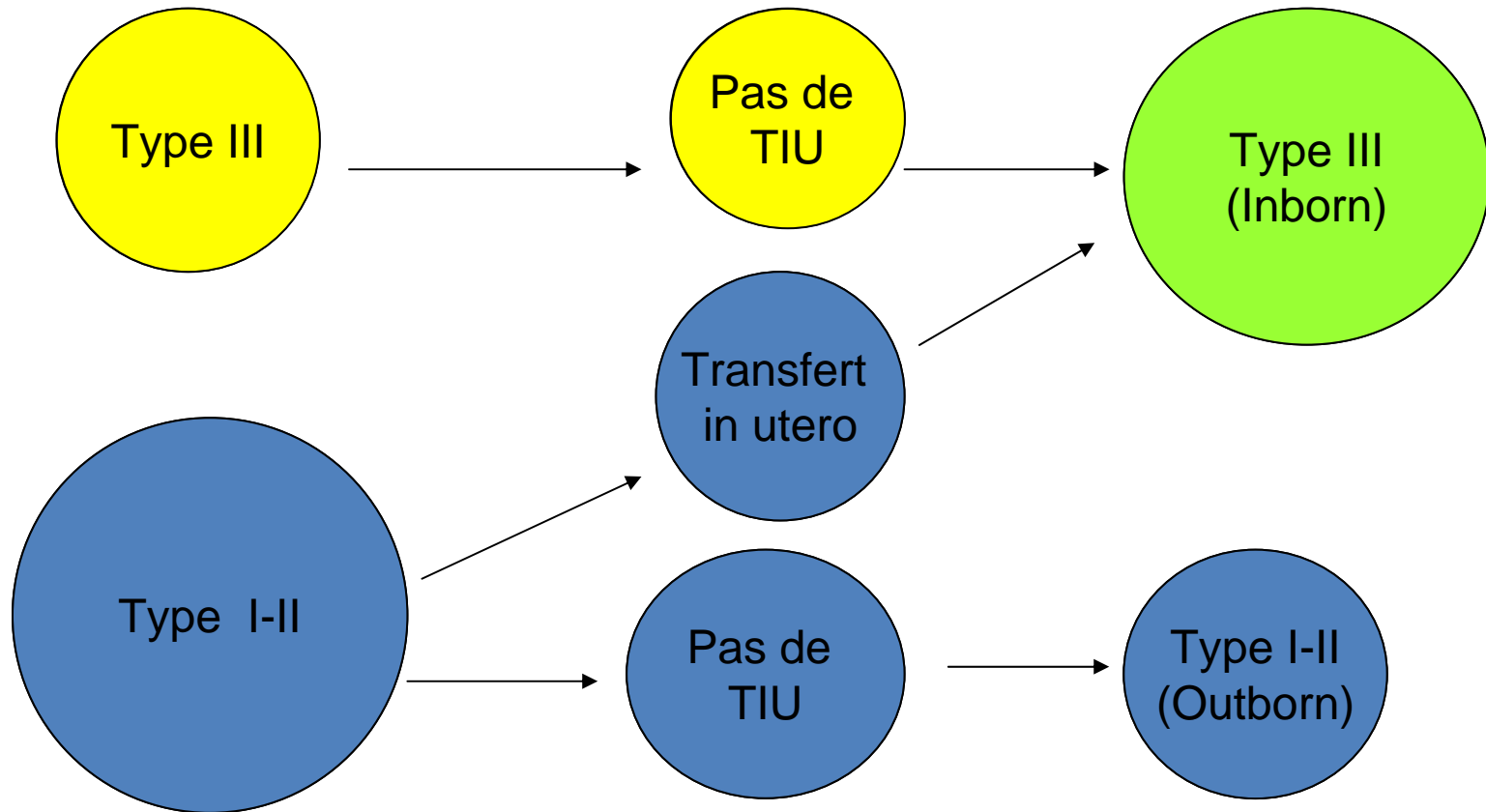
**INTERPRETATION N°1: LES MATERNITES N1 ET N2 TRAVAILLENT MOINS BIEN**

Suivi de la grossesse  
(Maternité d'origine)

Transfert  
In Utero

Naissance  
(Maternité de naissance)

---



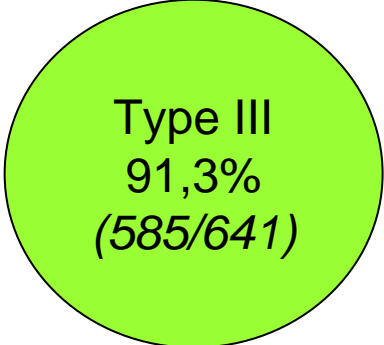
# Maternité de naissance

---

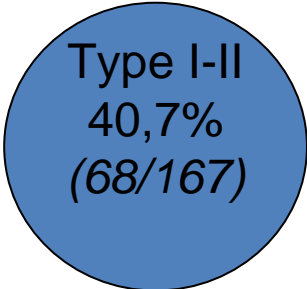
Le taux de corticothérapie  
des enfants nés inborn (type III)

est bien supérieur à celui

des enfants nés outborn (type I-II)



Type III  
91,3%  
(585/641)



Type I-II  
40,7%  
(68/167)

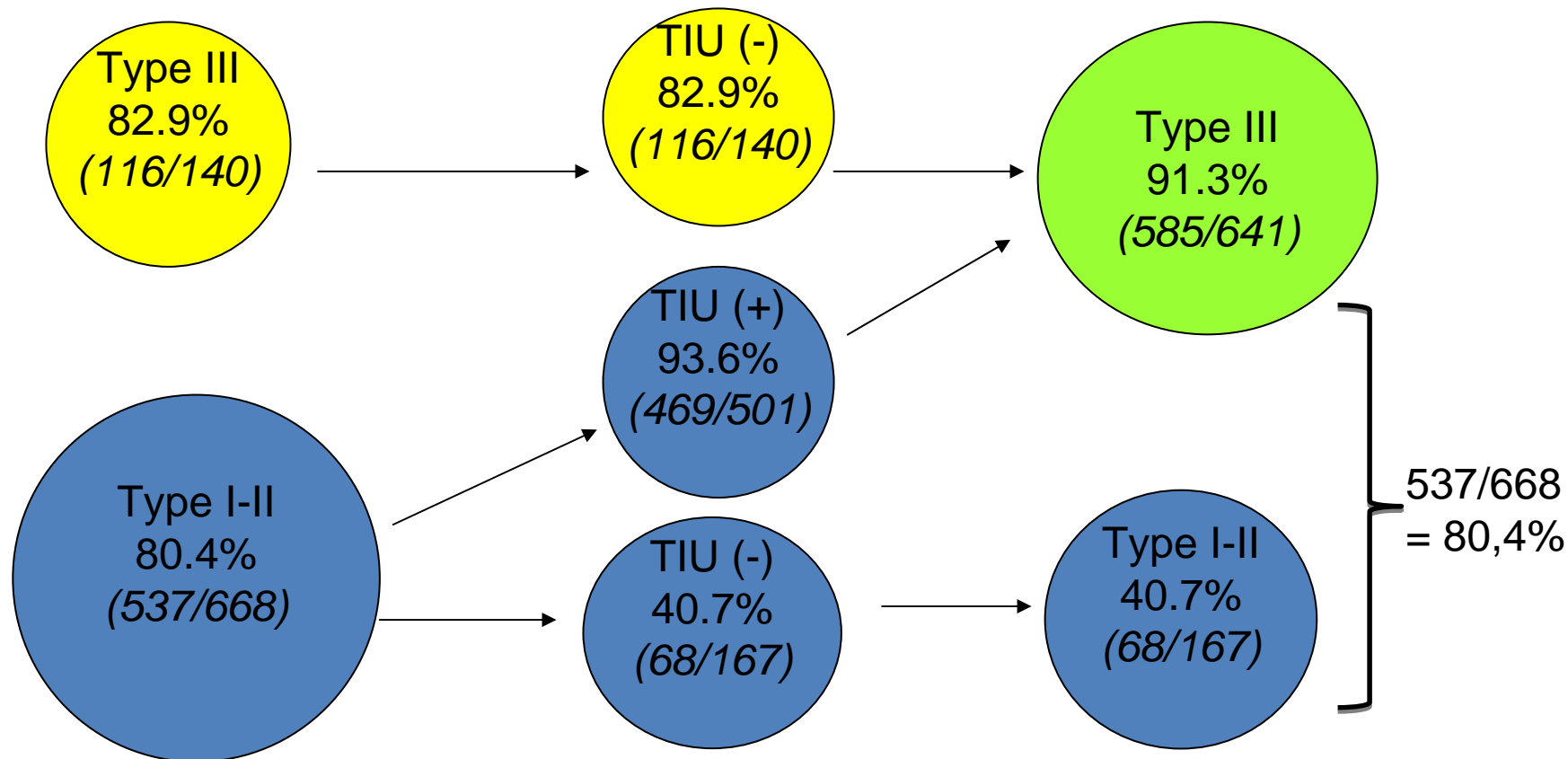
Message 1 : Les établissements de type III sont plus efficaces que les I - II

**Conclusion 1: il faut améliorer le taux de corticothérapie antenatale en  
NI et NII**

Maternité d'origine

Transfert  
In Utero

Maternité de naissance



Message 2 : les praticiens des établissements de type II-I ont la même efficacité que ceux des types III

**Conclusion 2: il faut améliorer le taux de corticothérapie antenatale en NIII, NII et NI en jouant sur les marges de manoeuvres**

# Où en est-on dans le recueil en Alsace ?

	2007	2008	2009
Hautepierre	X	X	X
CMCO	X	X	X
ADASSA	X	X	X
Colmar Le		X	
Sélestat	X	X	X
Thann			X
Altkirch	X	X	X
Wissembourg	X	X	X

# Où en est-on dans le recueil en Alsace ?

	2007	2008	2009
Mulhouse Hasenrain			
Mulhouse St Sauveur	X		
Mulhouse Diaconat			
Colmar			
Haguenau			
Saverne			
Stbg Ste ANNE			

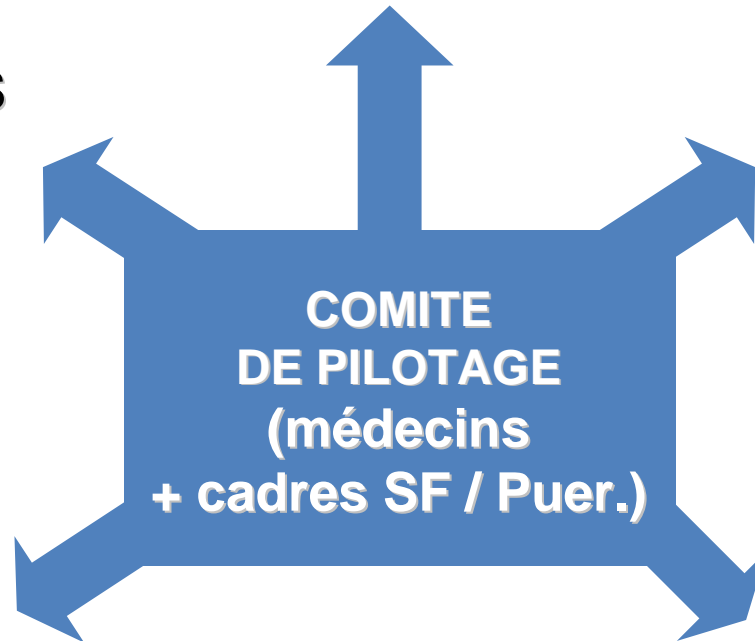
# ETABLISSEMENTS

Niveau I  
Niveau II  
Niveau III

TUTELLES  
(CRN)

GESTIONNAIRES  
(établissements  
publics et privés)

CHARTE DU RP  
Conventions de  
fonctionnement



EVALUATION  
DU FONCTIONNEMENT  
enquêtes ponctuelles  
analyse des décès  
observatoire d'usagers  
recueil continu d'indicateurs

EVALUATION  
DE BESOINS  
enquêtes ponctuelles  
observatoire d'usagers  
recueil continu  
d'indicateurs

# Sélection des séjours des femmes

## Méthode HUS :

RSS groupé dans la CMD 14 « Obstétrique »

OU

RSS groupé dans la CMD 24, GHM relevant de l'obstétrique

OU

RSS avec DAS de surveillance de grossesse normale / à hauts risques (Z34 et Z35)

OU

RSS avec un acte d'accouchement par VB ou césarienne (liste fournie avec la procédure)

## Méthode Dijon :

RSS avec un acte d'accouchement par VB ou césarienne

OU

RSS avec passage dans une unité d'obstétrique



# Les différences

- La sélection sur les unités d'obstétrique peut être bonne mais à condition de ne pas avoir d'unités mixtes gynécologie-obstétrique, sinon inclusion non pertinente de séjours de gynécologie
- La méthode dijonnaise comporte moins de critères : plus simple mais moins précise
- La méthode HUS sélectionne en plus les séjours :
  - des femmes enceintes hospitalisées hors unité d'obstétrique
  - des femmes hospitalisées pour rétention d'un foetus mort in utero : hospitalisation en unité de gynécologie et pas en obstétrique

# Sélection des séjours des nouveau-nés

## Méthode HUS :

Sélection des séjours pour lesquels le patient a au plus 28 jours (âge non corrigé)

Ce critère permet :

- d'inclure les séjours des nouveau-nés orientés dans des CMD autre que la CMD 15 « Néonatalogie »
- d'éviter les séjours classés dans le GHM « Autres problèmes postnéonataux précoces » de la CMD 15