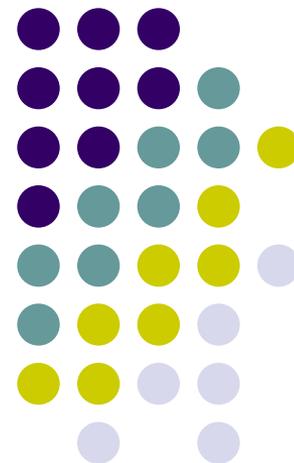


Enquêtes Nationales Périnatales

2010-2016



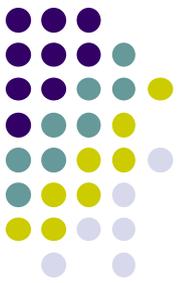
Enquêtes Nationales Périnatales



Des Enquêtes Nationales Périnatales sont réalisées à intervalle régulier.

- Elles permettent de:
 - suivre l'évolution des principaux indicateurs périnataux, relatifs à:
 - la santé,
 - aux pratiques médicales
 - et aux facteurs de risque,
 - et de fournir des informations sur des questions particulières,
 - pour aider à l'évaluation et à la décision des actions de santé.
- Trois enquêtes de ce type ont été réalisées dans le passé en 1995, 1998, 2003, 2016

ENP de 2016

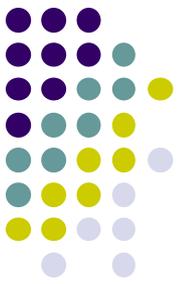


- La rédaction du rapport a été assurée par l'Équipe de recherche en **Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)** de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) pour la partie sur les naissances,
- et par la **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** pour la partie sur les établissements.
- Cette enquête a été mise en œuvre et financée par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la DREES, Santé Publique France (SPF) et l'Équipe EPOPé de l'INSERM.



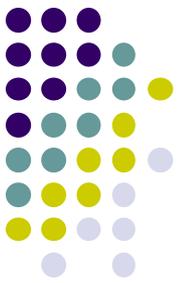
ENP de 2016

- Les **objectifs de cette enquête** étaient de :
 - **connaître les principaux indicateurs de l'état de santé**,
 - **les pratiques médicales** pendant la grossesse et l'accouchement et **les facteurs de risque périnatal** ;
il est ainsi possible de suivre leur évolution à partir des enquêtes nationales antérieures, y compris celles réalisées avant 1995 (Rumeau-Rouquette et al 1984);
 - **fournir un échantillon national** auquel on pourra comparer les données départementales, régionales ou locales provenant d'autres sources ;
 - **apporter des informations pour guider les décisions en santé publique**
 - **et évaluer les actions de santé dans le domaine périnatal.**



ENP de 2016

- La **mise au point du protocole d'enquête et du questionnaire** a été assurée par des représentants de la DGS, de la DRESS, de **l'unité U953 de l'INSERM** (B.BLONDEL) et par un comité scientifique comprenant:
 - une représentation de l'Assemblée des Départements de France (médecins ou sages-femmes des services de PMI),
 - des représentants de la Direction Générale de l'Offre de Soins,
 - de la Direction Générale de l'Action Sociale,
 - de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS),
 - des Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DASS),
 - des Observatoires Régionaux de Santé (ORS),
 - de la Commission nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant,
 - des réseaux de santé en périnatalité,
 - des associations de professionnels (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres),
 - des Conseils de l'Ordre des médecins et des sages-femmes
 - et des associations d'utilisateurs.



ENP de 2016

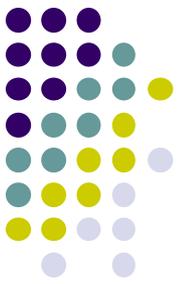
- Dans chaque enquête, des données sont recueillies sur les **principaux indicateurs de santé périnatale de manière identique** et en suivant les recommandations internationales, en particulier la liste des indicateurs périnataux définie par **Euro-Peristat**
- Permet de se comparer aux autres pays européens (points forts, points faibles)
- Recueil se fait également en **cohérence avec les autres sources d'information (certificat de décès néonatal , premier certificat de santé)**



ENP de 2016

- L'enquête a eu lieu en métropole et dans l'ensemble des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion).
- L'enquête a porté sur la totalité des naissances dans les maternités publiques et privées. Les enfants nés en dehors de ces services (par exemple à domicile) et transférés par la suite en maternité ont également été inclus.
- Les maisons de naissances n'ont pas été pas incluses, ces dernières n'étant pas encore autorisées à fonctionner à titre expérimental au moment de la réalisation de l'enquête.

ENP de 2016



- Ces enquêtes portent sur la **totalité des naissances** (enfants nés vivants et mort-nés)
- survenues pendant l'équivalent d'une semaine, si la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes.
- Les informations sont recueillies à partir du **dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches.**
- L'enquête de 2016 a eu lieu entre le lundi 14 mars 2016 à 00 h 00 et le dimanche 20 mars 2016 à minuit.

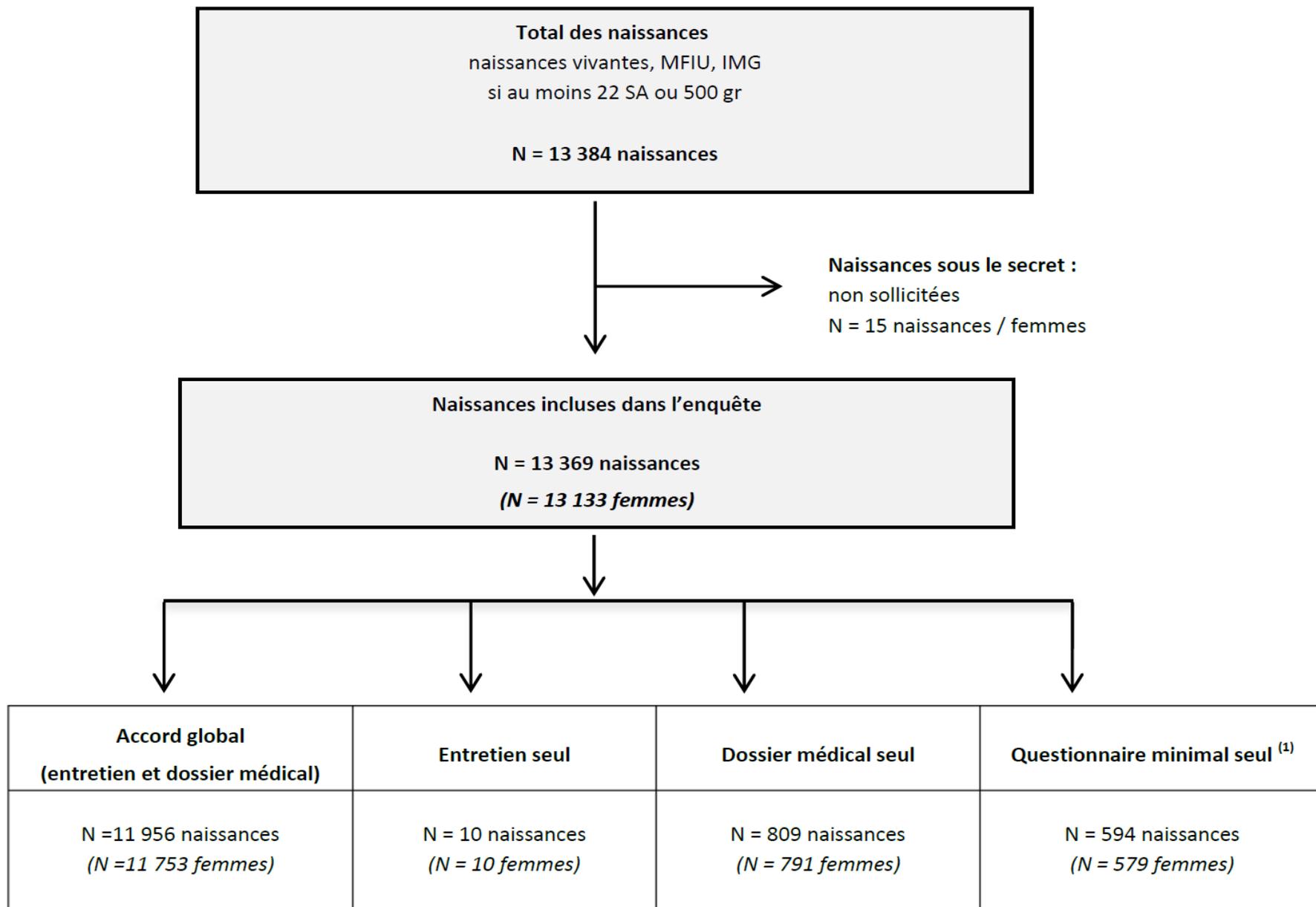
► Tableau 1. Effectifs de l'échantillon

	Métropole	DROM	France entière ⁽¹⁾
Départements	96	5	101
Maternités ⁽²⁾	493	20	513
Femmes	13 148	746	13 894
Naissances	13 384	758	14 142
Uniques	12 914	735	13 649
Gémellaires	455	20	475
Triples	15	3	18
Enfants			
Nés vivants	13 247	751	13 998
Mort-nés	79	5	84
Interruptions médicales de grossesse	58	2	60

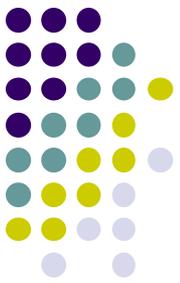
(1) Métropole + DROM.

(2) Manquent en métropole 4 maternités ayant refusé de participer, pour un total estimé d'environ 120 naissances. Le nombre total de maternité en France en 2016 est ainsi égal à 517 (dont 497 en métropole).

► **Figure 1. Participation à l'enquête nationale périnatale 2016 : France métropolitaine.**



ENP de 2016



Pour la majorité des indicateurs comparés, les distributions sont très proches entre les résultats de l'ENP 2016 et les données du PMSI de 2015, tant en métropole que dans les DROM (Tableau 2 et Tableau 3). Une légère différence est observée pour le niveau de spécialisation de la maternité en métropole, et peut provenir de la fermeture de quelques maternités entre 2015 et 2016. Le taux de grossesse gémellaire, qui représente 1,8 % des accouchements dans l'ENP 2016, est également très voisin des données de l'état civil de 2015 (1,7 %) (INSEE).

► **Tableau 2. Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés dans l'enquête nationale périnatale et le PMSI**
(France métropolitaine ; ensemble des femmes et des naissances)

	ENP 2016		PMSI 2015			
	% (N)	IC à 95%	% (N)			
Âge de la femme ⁽¹⁾						
< 20 ans	2,0	1,7 - 2,2	2,0			
20 - 24	11,9	11,4 - 12,5	12,5			
25 - 29	31,1	30,4 - 32,0	31,7			
30 - 34	33,6	32,8 - 34,5	33,3			
35 - 39	17,2	16,6 - 17,9	16,4			
≥ 40	4,1	3,7 - 4,4	4,1			
	(13 127)		(750 718)			
Grossesse gémellaire ^(1,2)	1,8	1,6 - 2,0	1,8			
	(13 133)		(750 718)			
Mode d'accouchement ^(1,3)						
Voie basse spontanée	68,2	67,4 - 69,0	67,1			
Voie basse instrumentale	12,2	11,7 - 12,8	12,8			
Césarienne	19,6	18,9 - 20,2	20,1			
	(13 124)		(747 927)			
Poids de naissance ⁽⁴⁾						
< 1 500 g	1,1	0,9 - 1,3	1,0			
1 500-2 499	6,4	6,0 - 6,8	6,4			
≥ 2 500	92,5	92,1 - 93,0	92,6			
	(13 215)		(756 868)			
Âge gestationnel (SA) ⁽⁴⁾						
22 - 27	7,5	0,4	0,3 - 0,6	7,2		
28 - 31					0,8	0,6 - 0,9
32 - 36					6,3	5,9 - 6,7
≥ 37					92,5	92,0 - 92,9
	(13 212)		(756 868)			
Statut de la maternité ⁽⁵⁾						
Public ou ESPIC	76,9	76,2 - 77,6	75,7			
Privé	23,1	22,4 - 23,8	24,3			
	(13 377)		(763 212)			
Niveau de spécialisation ⁽⁵⁾						
Type I	22,1	21,4 - 22,8	23,7			
Type II	50,7	49,9 - 51,6	50,2			
Type III	27,2	26,5 - 28,0	26,1			
	(13 373)		(763 212)			

(1) Rapporté au nombre total d'accouchements (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

(2) Selon l'INSEE, taux de grossesse gémellaire en métropole : 13 179 / 754 756 = 1,7%.

(3) Pour les données du PMSI, rapporté au nombre d'accouchements dans un établissement.

(4) Rapporté au nombre de naissances vivantes.

(5) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

► **Tableau 3. Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés dans l'enquête nationale périnatale et le PMSI (DROM ; ensemble des femmes et des naissances)**

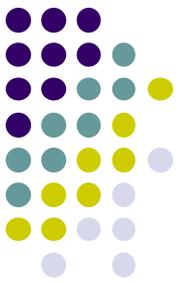
	ENP 2016		PMSI 2015			
	% (N)	IC à 95 %		% (N)		
Âge de la femme ⁽¹⁾						
< 20 ans	8,7	6,8 - 11,0		9,5		
20 - 24	22,0	19,1 - 25,2		21,7		
25 - 29	26,5	23,3 - 29,8		25,3		
30 - 34	23,9	20,9 - 27,1		23,8		
35 - 39	13,4	11,1 - 16,1		14,5		
≥ 40	5,5	4,0 - 7,4		5,2		
	(745)			(38 472)		
Grossesse gémellaire ⁽¹⁾	1,5	0,7 - 2,6		1,6		
	(746)			(38 472)		
Mode d'accouchement ⁽²⁾						
Voie basse non instrumentale	71,9	68,5 - 75,1		73,0		
Voie basse instrumentale	7,3	5,5 - 9,5		7,8		
Césarienne	20,8	17,9 - 23,9		19,2		
	(722)			(37 821)		
Poids de naissance ⁽³⁾						
< 1 500 g	1,3	0,6 - 2,4		1,7		
1 500 - 2 499	10,8	8,7 - 13,2		10,2		
≥ 2 500	87,9	85,3 - 90,1		88,1		
	(750)			(38 254)		
Âge gestationnel (SA) ⁽³⁾						
22 - 27	0,5	0,1 - 1,4	11,5	}	0,5	
28 - 31	0,8	0,3 - 1,7			10,4	1,0
32 - 36	10,2	8,1 - 12,5			8,9	
37 - 41	88,1	85,6 - 90,4			89,2	
≥ 41	0,4	0,1 - 1,2			0,4	
	(749)			(38 254)		
Statut de la maternité ⁽⁴⁾						
Public ou ESPIC	80,1	77,1 - 82,9		79,5		
Privé	19,9	17,1 - 22,9		20,5		
	(758)			(38 776)		
Niveau de spécialisation ⁽⁴⁾						
Type I	11,0	8,8 - 13,4		11,9		
Type II	26,5	23,4 - 29,8		28,0		
Type III	62,5	59,0 - 66,0		60,1		
	(758)			(38 776)		

(1) Rapporté au nombre total d'accouchements (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).

(2) Pour les données du PMSI, rapporté au nombre d'accouchements dans un établissement.

(3) Rapporté au nombre de naissances vivantes.

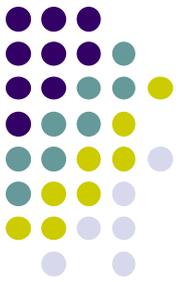
(4) Rapporté au nombre total de naissances (enfants nés vivants ou mort-nés / IMG).



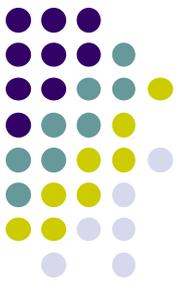
⁽¹⁾ Motifs de non-participation à l'enquête si questionnaire minimal seul : N (%)

- Femme mineure : 56 (9,7 %)
- IMG ou MFIU : 127 (21,9 %)
- Refus de participer à une enquête : 166 (28,7 %)
- État de santé de la mère ou de l'enfant : 77 (13,3 %)
- Problème de langue : 86 (14,9 %)
- Sortie avant le passage de l'enquêteur : 53 (9,1 %)
- Autre : 8 (1,4 %)
- Motif inconnu : 6 (1,0 %)

ENP de 2016

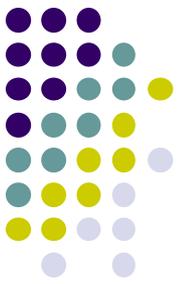


- **Les évolutions les plus marquantes par rapport à l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 sont les suivantes :**



ENP de 2016

- Evolution défavorable des caractéristiques du contexte de la grossesse
 - Age maternel report des naissances vers âges plus élevés alors que l'on sait que les risques sont plus important
 - Augmentation du surpoids et de l'obésité préoccupante:
 - 20% des femmes en surpoids et 12% obèses
 - Versus 17% et 10% en 2010.



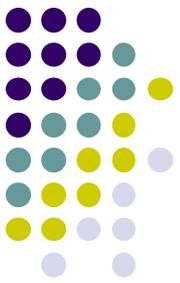
ENP de 2016

- Pour le souhait de grossesse et sa planification, la situation est plus nuancée:
 - 1- diversification des moyens de contraception
 - 2- légère augmentation des grossesses sous contraception et des réactions nuancées face à la grossesse souhait qu'elle arrive plus tard.
 - 3- cependant majorité des grossesses sont planifiées

ENP de 2016



- Le contexte social dans lequel survient la grossesse a évolué de manière contrastée : -- l'augmentation du niveau d'études des femmes se poursuit et actuellement près de 55 % des femmes enceintes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat.
- En revanche, leur situation professionnelle et celle de leur partenaire s'est dégradée, et au total, 28 % des ménages ont reçu des aides publiques ou d'autres aides liées au chômage ou à un faible revenu pendant la grossesse (par exemple allocation d'aide au retour à l'emploi, RSA, ou prime d'activité).



ENP de 2016

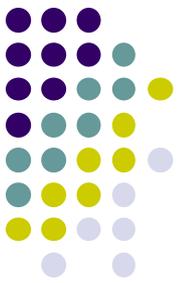
- Le GO est le professionnel le plus consulté pour la surveillance prénatale
- Pour $\frac{1}{4}$ des femmes, une sage-femme en maternité a été la responsable principale de la surveillance de la grossesse dans les six premiers mois  Montre le rôle de professionnel de premier recours
- Les taux d'hospitalisation et de le nombre de CS prénatales n'ont pas évolué.

► **Tableau 20. Déclaration de grossesse**
(France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		n	2016	
	%	p		%	IC à 95 %
Déclaration de grossesse ⁽¹⁾					
Oui	99,6	NS	11 675	99,4	99,3 - 99,5
Non	0,4		67	0,6	0,5 - 0,7
	(14 075)		(11 742)		
Trimestre de déclaration ⁽¹⁾					
1 ^{er}	92,4	NS	10 770	92,7	92,4 - 93,2
2 ^{ème}	6,5		717	6,2	5,8 - 6,6
3 ^{ème}	1,1		124	1,1	0,9 - 1,2
	(13 658)		(11 611)		
Motif de déclaration tardive (2^{ème} ou 3^{ème} trimestre) ⁽¹⁾					
Découverte tardive de la grossesse	—		309	37,8	35,0 - 40,7
Délai d'attente long pour obtenir un rdv	—		46	5,6	4,4 - 7,1
N'était pas en France (vacances, etc.)	—		63	7,7	6,2 - 9,4
Ne savait pas que la déclaration devait être faite au 1 ^{er} trimestre	—		109	13,4	11,4 - 15,5
Autre	—		290	35,5	32,7 - 38,4
			(817)		
Professionnel ayant réalisé la déclaration de grossesse ⁽¹⁾					
Généraliste	22,0	< 0,001	2 144	18,5	17,9 - 19,1
Gynécologue-Obstétricien libéral ⁽²⁾	72,8		6 032	52,1	51,3 - 52,8
Gynécologue-Obstétricien en maternité publique ⁽²⁾			1 630	14,1	13,5 - 14,6
Sage-femme en maternité publique	3,4	< 0,001	859	7,4	7,0 - 7,8
Sage-femme libérale	1,1	< 0,001	676	5,8	5,5 - 6,2
PMI ⁽²⁾	—		214	1,8	1,7 - 2,1
Autre ⁽²⁾	—		31	0,3	0,2 - 0,4
	(13 639)		(11 586)		

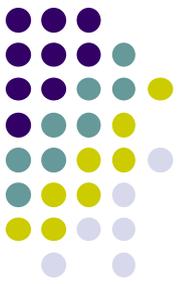
(1) Rapporté au nombre de femmes.

(2) Formulation des questions différente en 2010 et 2016 ; réponses aux questions non comparables.



ENP de 2016

- Le nbre d'Echographies augmente toujours en 2016 75% des femmes ont eu plus de 3 échographies et 36% en ont eu 2 fois plus que le nbre recommandé.
- 64,1% des accouchements avaient eu lieu en 2010 dans le secteur public, cette fois c'est 69,2%.
- Les établissements de type III en ont concentrés 26,4% contre 22,3% en 2010



ENP de 2016

- Les établissements de grande taille (+ de 3000) en ont comptabilisés 29% contre 18,7%.
- Les sages-femmes réalisent 87,4% des voies basses non instrumentales contre 81,4% en 2010. avec une petite augmentation dans le privé à but lucratif.

ENP de 2016

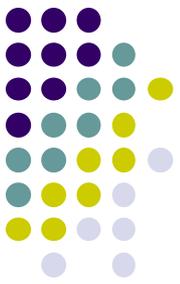


- Le taux de prématurité n'a pas augmenté de manière significative parmi les naissances vivantes uniques, mais il a augmenté de manière régulière et significative entre 1995 (4,5 %) et 2016 (6,0 %) ; *ce résultat pose question dans la mesure où d'autres pays réussissent à avoir des taux faibles et stables ou en baisse.*
- Une augmentation de la fréquence des enfants de petit poids pour l'âge gestationnel est également observée entre 2010 et 2016.

ENP de 2016

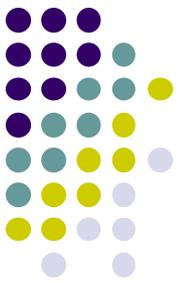


- L'évolution d'autres indicateurs de l'état de santé de l'enfant, tels que l'augmentation des gestes de réanimation effectués juste après la naissance et des transferts vers un service de néonatalogie mériterait un examen plus approfondi, en effet
- elle pourrait provenir de changements d'organisation dans les services et d'une évolution des pratiques médicales, **mais pourraient peut-être aussi refléter une certaine dégradation de l'état de santé des nouveau-nés.**



ENP de 2016

- Concernant les mesures de prévention en santé publique, des progrès restent à faire:
 - Prise d'acide folique qui reste limitée = 23% en 2016
 - Consommation de tabac n'a pas baissé 17% ont fumé au moins une cigarette par jour au 3^{ème} trimestre
 - L'allaitement maternel exclusif durant le séjour en maternité a diminué de manière importante entre 2010 et 2016 de 60% à 52%.
 - De plus l'allaitement maternel mixte a lui aussi diminué 68% en 2010 versus 66% en 2016



ENP de 2016

- Préparation à la naissance toujours suivie par les primipares 74% en 2010 versus 78% en 2016.
- EPP plus répandu mais ne concerne que 28,5% des femmes avec de grandes disparités régionales
- Par ailleurs question Alcool et tabac n'est pas systématiquement abordée, plus de la moitié des fumeuses déclarent n'avoir reçu aucun conseil ni soutien pour diminuer leur consommation

► **Tableau 24. Soutien des femmes pendant la grossesse (partie I)**
 (France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010	p	n	2016	IC à 95 %
	%			%	
Entretien prénatal précoce (EPP) ⁽¹⁾					
Oui	21,4	< 0,001	3 350	28,5	27,9 - 29,2
Non	75,9		8 036	68,5	67,8 - 69,2
Ne sait pas	2,7		349	3,0	2,7 - 3,3
	(13 735)		(11 735)		
Si EPP, professionnel ayant réalisé l'EPP ⁽¹⁾					
Sage-femme à la maternité	50,3	< 0,001	1 371	42,7	41,3 - 44,2
Sage-femme libérale	35,4		1 514	47,2	45,7 - 48,6
Sage-femme de PMI	9,6		201	6,3	5,6 - 7,0
Gynécologue-Obstétricien	3,7		107	3,3	2,8 - 3,9
Autre	1,0		17	0,5	0,3 - 0,8
	(2 883)		(3 210)		
Si EPP, terme au moment de l'EPP ⁽¹⁾					
1 ^{er} au 3 ^{ème} mois (< 14 SA)	16,4	NS	563	17,8	16,7 - 19,0
4 ^{ème} mois	30,4		1 027	32,5	31,1 - 33,9
5 ^{ème} mois	19,9		614	19,4	18,3 - 20,6
6 ^{ème} mois	15,4		441	14,0	13,0 - 15,0
7 ^{ème} au 9 ^{ème} mois	17,9		514	16,3	15,2 - 17,4
	(2 275)		(3 159)		
Si EPP, orientation vers un autre professionnel à l'issue de l'EPP ⁽¹⁾					
Oui	—		473	14,6	13,6 - 15,6
Non	—		2 770	85,4	84,4 - 86,4
			(3 243)		
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ⁽¹⁾					
Primipares					
Oui	74,0	< 0,001	3 873	77,9	76,7 - 79,1
Non	26,0		1 098	22,1	20,9 - 23,3
	(6 015)		(4 971)		
Multipares					
Oui	28,6	< 0,001	2 280	33,8	32,7 - 35,0
Non	71,4		4456	66,2	65,0 - 67,3
	(7 882)		(6 736)		
Si PNP, nombre de séances ⁽¹⁾					
< 4	19,7	NS	1 184	19,4	18,5 - 20,2
4 à 6	36,7		2 279	37,2	36,2 - 38,3
7 ou 8	39,5		2 382	38,9	37,9 - 40,0
≥ 9	4,1		275	4,5	4,1 - 5,0
	(6 582)		(6 120)		

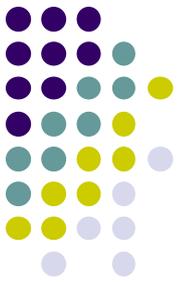
(1) Rapporté au nombre de femmes.



ENP de 2016

- Bilan des recommandations faites aux professionnels de santé est très contrasté.
- Modification du dépistage de la tri 21 a entraîné une diminution du nombre des amniocentèse et biopsies de trophoblaste de 8,7% à 3,6%
- L'absence de frottis Cervico-utérin pendant la grossesse ou dans les 3 années précédentes demeure élevé 19,7% il n'a pas évolué
- Le dépistage du diabète a diminué de 86 à 73,2% ce chiffre laisse à penser qu'il est toujours mal ciblé sur les femmes présentant des facteurs de risques

ENP de 2016

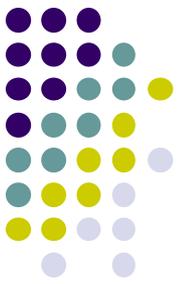


- Fréquence augmentée du Diabgest régime ou insulo-dépendant. Mauvais dépistage et augmentation de la prévalence des facteurs de risque
- Vaccination constat négatif pour la coqueluche et pour la grippe saisonnière. Les femmes sont à risque élevé de grippe et ont un statut vaccinal mauvais.
- La corticothérapie anténatale avant 34 SA a augmenté 90,2% versus 77,4%
- Le taux de césarienne reste stable 20,4% diminution constatée en cas d'utérus cicatriciel

ENP de 2016



- Le taux d'épisiotomie continue à diminuer 27 versus 20% en 2016
- L'utilisation d'oxytocine pendant le travail diminue également 57,6 versus 44,3% en 2016. Bien avant les recommandations du CNSF et du CNGOF
- Généralisation de l'administration systématique d'oxytocine en prévention de l'HDD 92,7%
- **3,7% de projet de naissance.** Ces femmes ayant eu des demandes particulières concernant leur accouchement sont très souvent satisfaites des réponses apportées par l'équipe médicale à leurs souhaits



ENP de 2016

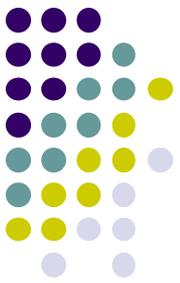
- 14,6% ne souhaitaient pas d'APD
- 82,2% d'APD pdt le W versus 78,9% en 2010
- Approche plus diversifiée de la gestion de la douleur pendant le travail. Utilisation fréquente de la PCEA et de méthodes non médicamenteuses 35,5% en 2016 versus 14,3% en 2010 (avec ou sans péridurale)
- Bilan 88,3% satisfaites et 12% qui demeurent insatisfaites de la gestion de la douleur pendant le travail.

ENP de 2016



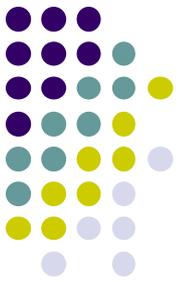
- Grandes disparités des résultats sur le territoire et dans les DROM versus métropole.
- Il est donc difficile d'affirmer que certaines régions ont systématiquement de meilleurs indicateurs de santé.
- Les contextes géographiques et sociaux sont propres à chaque région
- de plus, ils peuvent dépendre d'actions menées sur les territoires par les réseaux de périnatalité ou influencées par des leaders d'opinion parmi les professionnels.

ENP de 2016



- Les différences sont particulièrement marquées pour **certains comportements et certaines mesures de prévention** non encore généralisées, tels que la consommation de tabac, l'allaitement, la vaccination contre la grippe et l'entretien prénatal précoce.
- La **limitation du nombre d'épisiotomies** semble appliquée de manière **très variable** suivant les régions. La prématurité est la plus élevée en Hauts-de-France et dans le Grand-Est ; elle est plus faible en Bretagne, Nouvelle Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

ENP de 2016

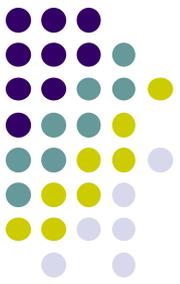


- Différence entre les DROMS et la Métropole mais aussi entre les DROMS entre eux
- Les DROMS sont caractérisés par une fréquence plus élevée des femmes en situation sociale difficile:
- Avec une surveillance de grossesse inadéquate, des complications ayant entraîné une hospitalisation.
- Le taux de prématurité y est plus élevé 11,9% versus 7,2% en métropole (naissances uniques et multiples)
- Le taux de césarienne y est à l'identique
- Le taux d'allaitement à la maternité plus élevé

ENP de 2016



- Ces données sont complémentaires d'autres sources de données nationales qui à l'heure actuelle ne permettent pas une analyse approfondie de la situation périnatale.
- Par exemple, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet depuis 2010-2012 de surveiller, sur l'ensemble des naissances (environ 800 000 par an), les variations annuelles ou géographiques de la prématurité, des anomalies de croissance, et d'autres indicateurs (âge maternel, mode d'accouchement etc.), mais il ne permet pas de tenir compte de facteurs de risque obstétricaux importants, tels que la parité (le nombre d'accouchements antérieurs) ou l'Indice de Masse Corporelle (IMC).



ENP de 2016

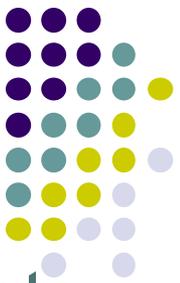
- les enquêtes nationales périnatales présentent **trois atouts majeurs**:
- 1- **l'entretien auprès des femmes** permet de recueillir des informations mal ou non renseignées dans les dossiers médicaux, comme leurs caractéristiques sociodémographiques, le contenu de leur surveillance prénatale, leurs comportements préventifs, leur satisfaction et leurs souhaits.

ENP de 2016

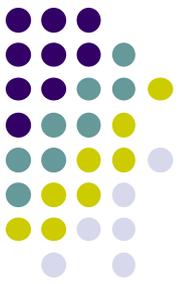


- 2- l'introduction de nouvelles questions pour chaque enquête permet de disposer d'informations spécifiques sur les problèmes de santé qui sont soulevés à un moment donné, et sur l'application de certaines mesures publiques et recommandations pour la pratique clinique
- 3- les données des enquêtes nationales périnatales permettent de contrôler et valider les indicateurs produits en routine par le PMSI.

ENP de 2016

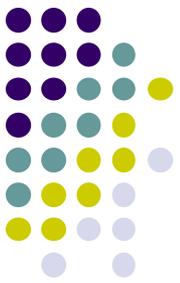


- Résultats de l'enquête sur les établissements
- Il permet d'obtenir, au moment des enquêtes, des informations détaillées sur les maternités, qui complètent les données disponibles annuellement dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).
- Ce questionnaire décrit les caractéristiques des maternités, leur environnement, le profil de leurs équipes soignantes, l'organisation des prises en charge des femmes et des nouveau-nés ainsi que les politiques du service.



ENP de 2016

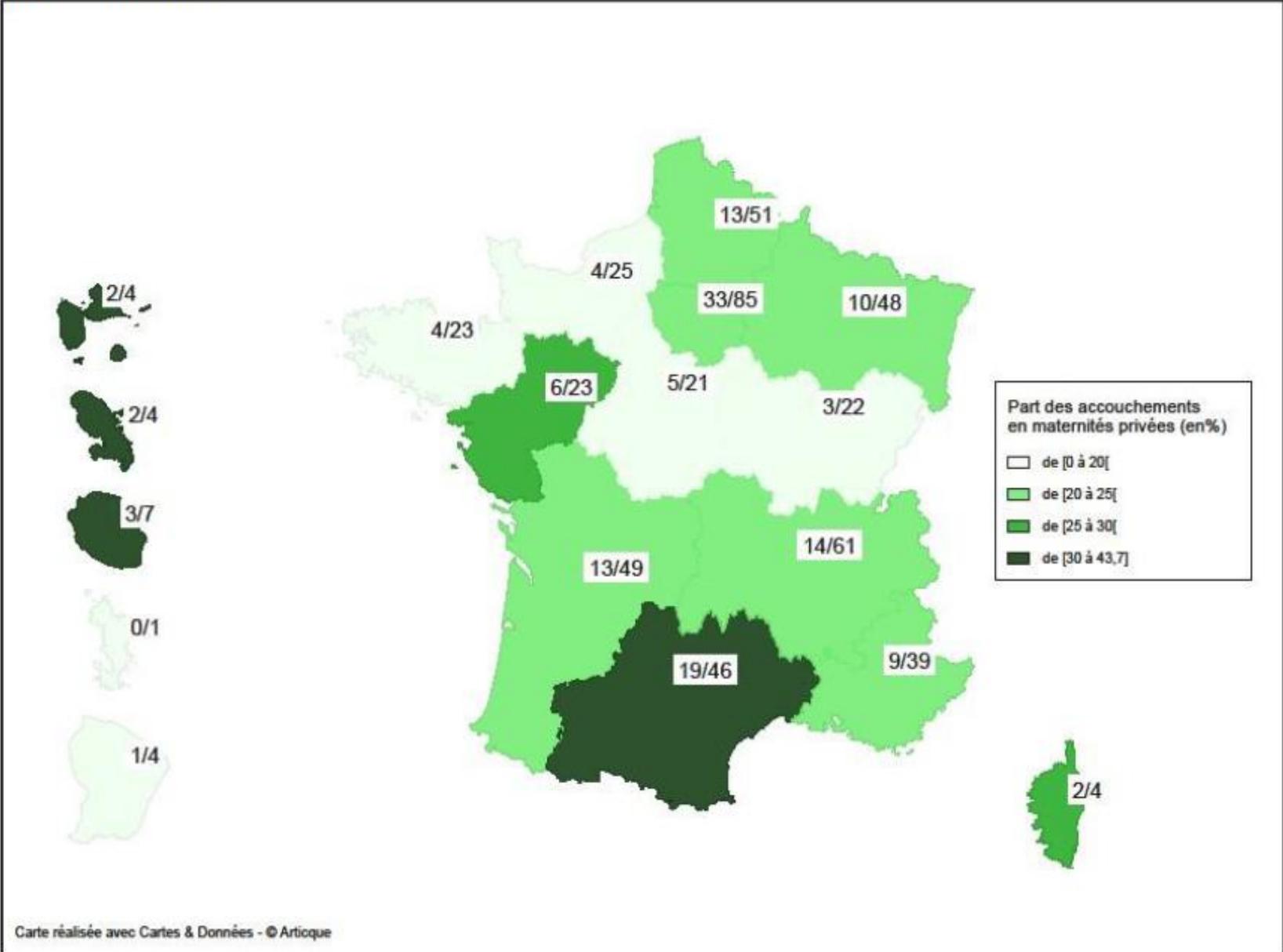
- Au 15 mars 2016, la France compte 517 maternités :
- 497 en métropole et 20 dans les DROM.
Sous l'effet des restructurations profondes de l'offre de soins en périnatalité (fermetures, fusions, rapprochements inter-hospitaliers ou coopérations public-privé...), la diminution du nombre des maternités s'est poursuivie depuis 2010, mais de façon moins importante que pendant les périodes précédentes.



ENP de 2016

- Au total, depuis 1995, le nombre de maternités a diminué de 39 % alors que le nombre de naissances de 2016 est proche de celui de 1995.
- Entre 2010 et 2016, ce sont particulièrement les maternités de taille intermédiaire (entre 1000 et 1500 accouchements) qui sont moins nombreuses. Le nombre de petites maternités (moins de 500 accouchements par an) se maintient.
- Les grandes maternités (plus de 3500 accouchements par an) sont plus nombreuses.

► Figure 3. Part des accouchements réalisés en maternités privées et nombre de maternités privées/ nombre total de maternités

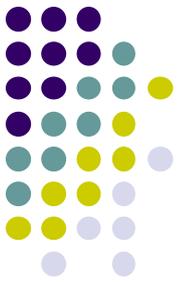


ENP de 2016



- Depuis 2010, l'amélioration des conditions de sécurité s'est poursuivie, notamment sous l'effet de l'augmentation du nombre de maternités disposant, pour les césariennes, d'un bloc obstétrical au sein ou à proximité immédiate du secteur naissance (75 % en 2016 contre 66 % en 2010),
- d'un service de réanimation adulte sur leur site (9 maternités sur 10 pour celles de type IIB ou III en 2016)
- et de la présence sur place 24 heures sur 24 d'un obstétricien, d'un pédiatre et d'un anesthésiste réanimateur.
- En cas d'urgence, toutes les maternités indiquent un délai de moins de 30 minutes pour obtenir des produits sanguins labiles.

ENP de 2016



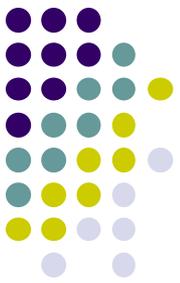
- La qualité de l'offre de soins s'est améliorée.
- Les refus d'accueil de patientes en raison d'un manque de place sont en baisse : 83 % des maternités ne rencontrent jamais cette difficulté en 2016, contre 73 % en 2010.
- La disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) qui permet de mieux adapter le niveau d'analgésie à la douleur a progressé.
- En 2016, quatre maternités sur dix disposent d'un espace dédié aux accouchements moins médicalisés et un programme de réhabilitation précoce post-césarienne est présent dans deux maternités sur trois.



ENP de 2016

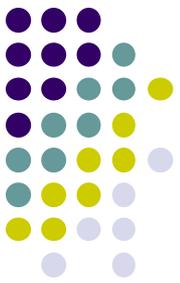
- L'organisation en réseau est également abordée ainsi que les distances entre les établissements.
- Le distancier Métric (Mesure des Trajets inter-Communes/Carreaux) de l'Insee a été utilisé pour les calculs des distances et des temps de parcours routiers (heures creuses [HC] et heures pleines [HP]) entre les centres des communes d'implantation de deux maternités (les arrondissements pour Paris, Lyon et Marseille).

ENP de 2016



- Vingt maternités réalisaient au moment de l'enquête moins de 300 accouchements, contre 14 en 2010.
- Le maintien de ces « très petites » maternités (toutes de type I) peut s'expliquer par des contraintes d'isolement géographique et d'éloignement des autres structures.
- Le temps médian pour se rendre de la commune où se situe la maternité à celle de la maternité de types IIA, IIB ou III la plus proche est de 57 minutes (62 minutes en heures pleines).
- **Deux de ces maternités sont situées à plus d'une heure et demie** de la maternité de types IIA, IIB ou III la plus proche.

ENP de 2016



- À titre de comparaison, en métropole, pour les maternités de type 1 réalisant plus de 300 accouchements annuels, ce temps médian est de 19 minutes (respectivement 26 minutes).
- Pour 16 de ces 20 maternités, la distance avec la maternité de types IIA, IIB ou III la plus proche est supérieure à 45 km.

ENP de 2016



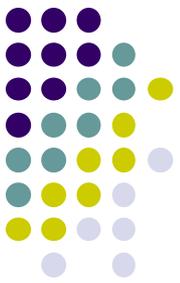
- Sur l'ensemble des accouchements de métropole, 26 % se produisent dans une maternité de type III en 2016, mais ce taux varie en fonction des régions.
- Dans les régions Centre Ouest (Île-de-France, Centre-Val de Loire, Normandie) les maternités de type III réalisent plus de 30 % des accouchements alors qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Bourgogne-Franche-Comté, elles en réalisent moins de 20 %.
- Seule la Corse ne compte aucune maternité de type III.

ENP de 2016

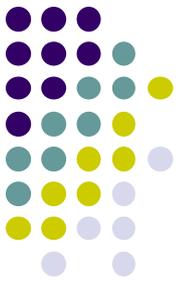


- Les **DROM** se caractérisent globalement par une offre de soins plus spécialisée qu'en métropole (47 % des accouchements se produisent en maternité de type III en Guyane et à La Réunion, 53 % en Martinique et 61 % en Guadeloupe, Tableaux 87 à 90).
- La Réunion et la Guyane disposent d'au moins une maternité de chaque type alors qu'en Martinique et en Guadeloupe, il n'existe pas de maternité de types IIA ou IIB.
- À Mayotte, il existe un seul centre hospitalier comportant une maternité considérée comme équivalente à un type III et quatre « centres de référence » répartis sur l'île

ENP de 2016



- Le nombre moyen de sages-femmes dans le secteur naissance en journée a diminué dans les maternités de moins de 1 500 accouchements par an (de 1,7 en 2010 à 1,4 en 2016 en journée, tableaux 117 à 120).
- Il augmente dans les maternités de plus de 2 000 accouchements par an (de 3,4 en 2010 à 3,8 en 2016), en lien avec l'augmentation du volume d'accouchements de ces maternités.



ENP de 2016

- Les **conventions** entre les établissements et une ou des sages-femmes libérales pour **l'accès au plateau technique** pour réaliser des accouchements sont aujourd'hui marginales : **seules 12 % des maternités rapportent l'existence d'une telle convention.**

► **Tableau 117. Équipes soignantes selon le type d'autorisation des maternités en 2016 - sages-femmes, infirmières, aides-soignants**

	Type d'autorisation			
	I	IIA	IIB	III
Effectifs moyens de sages-femmes présentes sur le secteur naissance lors d'une garde				
jour de semaine	1,3	2,2	2,6	4,2
nuit	1,2	1,8	2,2	3,6
jour de week-end	1,3	2,0	2,4	4,0
<i>répondants</i>	210	140	82	60
dont effectifs moyens de sages-femmes dédiées uniquement aux urgences présentes sur le secteur naissance				
jour de semaine	0,1	0,2	0,4	1,0
nuit	0,0	0,0	0,2	0,5
jour de week-end	0,1	0,1	0,3	0,9
<i>répondants</i>	210	140	82	60
Effectifs moyens d'infirmières présentes dans le secteur naissance lors d'une garde				
jour de semaine	0,1	0,1	0,1	0,4
nuit	0,1	0,1	0,2	0,3
jour de week-end	0,0	0,1	0,1	0,3
<i>répondants</i>	209	140	81	60
Effectifs moyens d'infirmières anesthésistes présentes dans le secteur naissance lors d'une garde*				
jour de semaine	0,1	0,2	0,5	0,7
nuit	0,1	0,1	0,4	0,7
jour de week-end	0,1	0,1	0,4	0,7
<i>répondants</i>	209	140	81	59
Effectifs moyens d'aides-soignantes et/ou auxiliaires de puériculture présentes sur le secteur naissance lors d'une g				
jour de semaine	1,1	1,5	1,9	3,0
nuit	1,0	1,3	1,7	2,5
jour de week-end	1,1	1,5	1,8	2,9

► **Tableau 103. Équipements des maternités et de leur site selon leur taille en 2016**

	Nombre d'accouchements par an						Total
	<500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥3500	
Emplacement du bloc obstétrical pour les césariennes*							
secteur naissance ou contigu	35%	63%	86%	94%	91%	100%	76%
même bâtiment que le secteur naissance	61%	35%	14%	6%	9%	0%	23%
autre bâtiment	4%	2%	0%	0%	0%	0%	1%
<i>répondants</i>	57	146	98	65	98	27	491
Unité "kangourou" dans la maternité							
oui	2%	14%	22%	45%	55%	81%	30%
<i>répondants</i>	58	146	97	65	97	27	490
Présence dans la maternité ou sur le site où se situe la maternité							
d'une salle de réveil 24h/24							
<i>répondants</i>	74%	81%	85%	86%	93%	100%	85%
	58	146	97	64	97	27	489
d'une unité de surveillance continue							
<i>répondants</i>	72%	85%	82%	86%	88%	81%	83%
	57	144	98	65	96	27	487
d'un service de réanimation adulte							
<i>répondants</i>	12%	33%	54%	66%	65%	75%	48%
	58	144	98	65	98	28	490
Si pas de service de réanimation adulte dans l'établissement, distance au service de réanimation adulte le plus proche							
< 30 km	24%	49%	79%	100%	100%	100%	62%
≥ 30 km	76%	51%	21%	0%	0%	0%	38%
<i>répondants</i>	49	95	43	22	34	6	249
Maternité équipée pour accueillir les femmes à mobilité réduite							
oui	44%	72%	76%	81%	80%	92%	73%
<i>répondants</i>	57	145	98	64	97	26	487
Le médecin présent le plus qualifié a toujours la compétence pour réaliser des césariennes							
oui	91%	95%	94%	98%	98%	100%	96%
<i>répondants</i>	58	145	96	65	97	27	488

*Seule la situation la plus favorable a été présentée lorsque plusieurs réponses étaient cochées.

Lecture : 35 % des maternités de moins de 500 accouchements par an déclarent que le bloc obstétrical est situé dans le secteur naissance ou est contigu à celui-ci.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 125. Formation continue et évaluation des pratiques selon le type d'autorisation des maternités en 2016**

	Type d'autorisation				Total
	I	IIA	IIB	III	
Au cours des 12 derniers mois, séances de formation en équipe (équipe obstétricale), sous la forme de jeux de rôle ou de simulations, pour la gestion des situations d'urgence					
oui	60%	56%	54%	62%	58%
<i>répondants</i>	210	140	82	60	492
Revue de morbi-mortalité pluridisciplinaires multiprofessionnelles obstétricales*					
non	8%	3%	6%	0%	5%
oui en interne	78%	86%	85%	90%	83%
oui avec d'autres maternités appartenant au réseau	52%	51%	55%	57%	53%
<i>répondants</i>	209	140	82	60	491
Réunions de services régulières spécifiques pour évaluer une ou des pratiques ciblées					
oui	61%	66%	67%	70%	65%
<i>répondants</i>	210	140	82	60	492

*Plusieurs réponses possibles.

Lecture : 3 % des maternités de type IIA déclarent ne pas faire de revue de morbi-mortalité.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.

► **Tableau 126. Formation continue et évaluation des pratiques selon la taille des maternités en 2016**

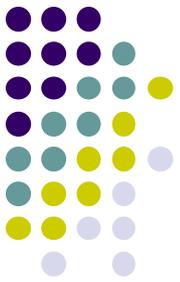
	Nombre d'accouchements par an						Total
	< 500	500 à 999	1000 à 1499	1500 à 1999	2000 à 3499	≥ 3500	
Au cours des 12 derniers mois, séances de formation en équipe (équipe obstétricale), sous la forme de jeux de rôle ou de simulations, pour la gestion des situations d'urgence							
oui	64%	59%	48%	65%	57%	67%	58%
<i>répondants</i>	58	146	98	65	98	27	492
Revue de morbi-mortalité pluridisciplinaires multiprofessionnelles obstétricales*							
non	14%	8%	3%	0%	3%	0%	5%
oui en interne	72%	77%	83%	91%	90%	96%	83%
oui avec d'autres maternités appartenant au réseau	49%	49%	57%	58%	51%	56%	53%
<i>répondants</i>	57	146	98	65	98	27	491
Réunions de services régulières spécifiques pour évaluer une ou des pratiques ciblées							
oui	50%	63%	67%	66%	67%	81%	65%
<i>répondants</i>	58	146	98	65	98	27	492

*Plusieurs réponses possibles.

Lecture : 14 % des maternités de moins de 500 accouchements déclarent ne pas faire de revue de morbi-mortalité.

Champ : France métropolitaine.

Source : Enquête nationale périnatale 2016, questionnaire établissements.



- **MERCI de VOTRE ATTENTION**