

Rapport annuel du système d'information

Périnat-ARS-IDF

PMSI 2021

AUTEURS

Experts médicaux de l'ARS

Dr Catherine Crenn-Hebert
Dr Claudie Menguy

Département du traitement de l'information SESAN

Thomas Ioos
Lucas Anzelin
Aurélie Loyeau
Matthieu Hanf

REMERCIEMENTS

Dr Claire Morgand
DIRNOV, ARS-IDF

Catherine Auger
DIRNOV, ARS-IDF

Mohamed Ashraf
DOS, ARS-IDF

Rapport annuel du système
d'information

Périnat-ARS-IDF

PMSI 2021

Sommaire

| | |
|--|----|
| Résumé | 3 |
| Méthode | 5 |
| Source de données..... | 5 |
| PMSI..... | 5 |
| Insee..... | 6 |
| Qualité des données | 6 |
| Contrôle qualité..... | 7 |
| Correction de la base nationale PMSI issue de l'ATH..... | 8 |
| Analyses de la base de données périnatales | 9 |
| Résultats | 8 |
| Dénombrement des accouchements et naissances..... | 10 |
| Accouchements..... | 10 |
| Naissances..... | 12 |
| Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité ou réseaux de santé en périnatalité..... | 13 |
| Les centres périnatals (maternités et services de néonatalogie)..... | 13 |
| Les maternités..... | 13 |
| Passages en néonatalogie..... | 16 |
| IVG hospitalières..... | 17 |
| Les établissements avec activité d'Orthogénie..... | 18 |
| Les mères | 11 |
| Indicateurs socio-démographiques..... | 21 |
| Âge des mères..... | 21 |
| Taux de natalité et indice conjoncturel de fécondité..... | 21 |

| | |
|--|----|
| Nationalité et pays de naissance..... | 22 |
| Situation professionnelle des mères..... | 23 |
| Indicateur de développement humain 2 (IDH2)..... | 23 |
| Couverture santé..... | 25 |
| Couverture sociale..... | 25 |
| Couverture maladie complémentaire..... | 26 |
| Comorbidités..... | 28 |
| Obésité..... | 28 |
| Drépanocytose..... | 28 |
| Addictions..... | 29 |
| Troubles psychiatriques..... | 30 |
| Violences..... | 31 |
| Indicateurs concernant la grossesse et ses pathologies..... | 32 |
| Grossesses multiples..... | 32 |
| Hospitalisation durant la grossesse et transfert in utero (TIU)..... | 33 |
| Diabète gestationnel..... | 35 |
| Diabète préexistant..... | 36 |
| Pré-éclampsie sévère..... | 36 |
| Accouchements : indicateurs de modalités et pratiques..... | 38 |
| Césarienne..... | 38 |
| Voie basse instrumentale..... | 39 |
| Voie basse spontanée..... | 40 |
| Episiotomie..... | 41 |
| Analgésie péridurale pour l'accouchement par voie basse..... | 41 |
| Durée de séjour en suite de couches..... | 43 |
| Morbidité maternelle..... | 44 |

| | |
|---|----|
| Indicateur de complication de l'accouchement : Hémorragie du post-partum..... | 44 |
| Prise en charge des HPP..... | 44 |
| Hémorragie sévère du post-partum..... | 45 |
| Indicateurs nouveau-nés (naissances vivantes) | 46 |
| Prématurité..... | 47 |
| Prise en charge en néonatalogie..... | 47 |
| Prématurité moyenne et tardive : Prise en charge des 33-36 SA..... | 48 |
| La grande prématurité : Prise en charge des 27-32 SA..... | 49 |
| Extrême prématurité : Prise en charge des 22-26 SA..... | 49 |
| Poids de naissance..... | 51 |
| Situation 2021..... | 51 |
| Faible poids de naissance..... | 51 |
| Petit poids de naissance pour l'âge gestationnel "PAG"..... | 52 |
| Poids très élevé pour l'âge gestationnel..... | 53 |
| Nouveau-nés éligibles au suivi des nouveau-nés vulnérables (SEV)..... | 53 |
| Dépistage précoce de la surdité néonatale permanente..... | 56 |
| Mortinatalité et mortalité infantile..... | 57 |
| Définitions..... | 57 |
| Mortalité périnatale..... | 60 |
| Mortalité néonatale et infantile..... | 62 |
| Mortalité néonatale..... | 62 |
| Mortalité infantile..... | 63 |

Résumé

D'après les données 2021 de l'Agence de traitement de l'information hospitalière (ATH), à partir du Programme de Médicalisation du système d'Information (PMSI), nous avons observé 165320 séjours d'accouchement de femmes domiciliées en Ile-de-France, 166 639 séjours d'enfants vivants (estimés d'après les séjours de mère) et 1551 d'enfants mort-nés. L'exhaustivité des naissances vivantes est de 99,7% par rapport aux données de l'état-civil traitées par l'INSEE. L'Ile de France (IDF) accueille 24% des naissances vivantes hexagonales. La baisse des naissances observée entre 2012 et 2019 reste plus faible en 2021 qu'en France hexagonale (FH), avec un taux de natalité plus élevé, malgré un âge maternel plus élevé avec plus de 30% de femmes âgées de 35 ans et plus. Mais cette baisse des naissances s'est accélérée pour l'IDF depuis la pandémie de COVID-19.

3,3% des naissances vivantes sont issues de grossesses multiples.

Les 80 maternités d'IDF sont attractives : le nombre de naissances vivantes enregistrées (168 612) est plus élevé que celui des domiciliées. 110 naissances vivantes supplémentaires ont été réalisées dans l'unique maison de naissance francilienne.

De même, les établissements d'IDF sont attractifs pour réaliser près de 22% des IVG hospitalières de France hexagonale. On observe 29767 IVG hospitalières enregistrées au total (dont 29724 dans les 79 établissements réalisant au moins 10 IVG) et 29426 domiciliées ; le ratio d'IVG est de près de 1 IVG hospitalière pour 5,7 naissances vivantes, quasi stable malgré l'augmentation des IVG réalisées en ville. L'IVG hospitalière est réalisée par méthode médicamenteuse dans 59% des cas, avec des variations importantes selon les départements.

47 maternités ont enregistré au moins 1500 accouchements en 2021. Les types de centres périnataux sont classés de I à III selon la présence ou non d'un service de néonatalogie. La répartition

des accouchements selon les types de centres périnataux est différente en IDF de celle de la France hexagonale : 13% en maternité de type I (sans néonatalogie) versus 18% en France hexagonale, 26% versus 29%, en type IIA (avec service de néonatalogie), 28% versus 24% en type IIB (avec soins intensifs de néonatalogie) et surtout 36% versus 28% en type III (avec réanimation néonatale).

Les femmes ont accouché par césarienne dans 23% des cas, par voie basse spontanée dans 63,4% des cas, et par voie basse instrumentale dans 12,9% des cas ; le mode d'accouchement n'est pas pris en compte dans 0,7% des cas où l'accouchement a eu lieu avant l'arrivée en maternité. Le taux de césarienne est stable, et reste supérieur à celui de la France hexagonale qui est de 20,9%. Il est très variable selon les établissements d'IDF. Il est inversement proportionnel au volume d'accouchement de la maternité et ce même en cas de « grossesse à bas risque » où le taux médian est de 13% avec un minimum à 8% et un maximum à 35%. On constate une baisse de la durée de séjour qui est de 3,5 nuitées en cas d'accouchement par voie basse et 4,6 nuitées en cas de césarienne, baisse accélérée depuis 2020, probablement attribuable aux changements de pratiques induits par l'épidémie de COVID-19.

Pour les accouchements par voie basse, le taux moyen d'anesthésie péridurale est de 85,6%, le taux moyen d'épisiotomie de 8,9% (avec 25,2% pour les primipares et 5,8% pour les multipares). Le taux moyen d'épisiotomie est en baisse continue, pour les voies basses spontanées en IDF mais il reste supérieur au 6,8% de France hexagonale. Une hémorragie du post-partum (HPP) est codée dans 5,9% des séjours d'accouchement en IDF comme en France hexagonale. Le taux d'HPP « sévères », estimées par la présence d'un acte de prise en charge et au moyen du chainage des séjours, est de 1,15% en IDF et de 0,98% des accouchements en France hexagonale. Leur prise en charge a évolué entre 2012 et 2021 avec des actes de tamponnements multipliés par deux, une baisse importante des embolisations, et dans une moindre

mesure une baisse des actes de chirurgie (hystérectomies).

Le taux de naissances vivantes prématurées avant 37 Semaines d'aménorrhée (SA) est de 6,93%, le taux de naissances de petit poids (moins de 2500g) est de 7,21%. Les taux sont stables en IDF, et restent supérieurs aux taux de France hexagonale (respectivement 6,59% et 6,96%). Les naissances de grands prématurés (avant 33 SA), représentent 1,55% des naissances vivantes (pour 1,38% en France hexagonale), et ont eu lieu à 82,3% dans des maternités de type III. 582 naissances vivantes prématurissimes (avant 26 SA) ont été prises en charge en 2021. 2851 nouveau-nés étaient éligibles pour un suivi d'enfants vulnérables pour les motifs de grande prématurité ou petit poids à la naissance.

La mortinatalité domiciliée en IDF est stable entre 2013 et 2021 avec un taux de 9,22 pour 1000 naissances totales en 2021. Elle diffère du taux de France hexagonale (8,56 pour 1000) surtout par le taux de mortinatalité spontanée qui est plus élevé (5,84 ‰ versus 5,13‰), car le taux de mort-nés issus d'une interruption médicale de grossesse (IMG) est très proche à 3,38 et 3,43 pour 1000. En IDF, le taux lissé de de la mortinatalité entre 2019 et 2021 varie significativement selon le département de résidence (de 7,9 à 10,1 pour 1000).

La mortalité périnatale qui prend en compte les mort-nés et les décès de 0 à 6 jours de vie est de 11,4 pour 1000 naissances totales contre 10,3 en France hexagonale ou 10,0 pour 1000 en France hexagonale hors IDF.

La mortalité infantile (avant l'âge de 1 an) domiciliée en IDF est présentée sur les données INSEE (exhaustivité du PMSI de 92,2% pour l'IDF). Elle est de 4,1 pour 1000 naissances vivantes en 2021, supérieure au taux de France hexagonale (3,4 pour 1000). La mortalité néonatale (avant 28 jours de vie) représente 74% de la mortalité. Le taux lissé sur la période 2019- 2021 de la mortalité néonatale varie significativement selon le département de résidence (de 2,1 à 3,8 pour 1000).

Méthode

| | |
|------------------------|---|
| Source de données..... | 5 |
| PMSI..... | 5 |
| Insee..... | 6 |

Méthode

Source de données

PMSI

Les Résumés standardisés anonymes (RSA) données issues de de la base nationale téléchargeables sur la plateforme de l'ATIH

Depuis la loi du 31/7/1991, les établissements publics et privés doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité médicale en mettant en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte des pathologies et des modes de prise en charge.

Pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée, cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations médicales et administratives qui constituent le Résumé d'Unité Médicale (RUM). L'ensemble des RUM formera le Résumé de Sortie Standardisé (RSS) qui sera anonymisé en vue de sa transmission à l'agence technique de l'information médicale et aux services de l'État : un seul Résumé de Sortie Anonymisé (RSA) est produit par séjour.

Nous utilisons les informations administratives (code géographique de l'établissement dans le fichier national FINESS, âge en année pour les mères ou en jour pour les enfants de moins d'un an, sexe, code géographique de résidence, type d'autorisation de l'unité médicale d'hospitalisation, mois de sortie, mode et provenance à l'entrée et destination à la sortie, durée de séjour, délai entre date d'entrée et date de l'acte) et les informations médicales (diagnostics principaux, reliés et associés codés selon la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies CIM10, les actes médicaux codés selon la Classification Commune des Actes Médicaux CCAM).

En dehors de la fréquence des classes de terme et de poids de naissance, dont la somme doit être égale à 100%, nous ne pouvons pas connaître le taux de données manquantes pour les autres indicateurs de morbidité que nous avons cependant choisi de présenter, dans le but d'améliorer les données par leur retour aux producteurs.

Données administratives

Nous utilisons des données issues d'un fichier destiné à la facturation (ANOHOSP), chaînable au RSA, pour décrire des variables de précarité par dénombrement des bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMa), ayant remplacé la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 2016 et de l'Aide Médicale État (AME). Ces variables n'étant pas transmises pour les établissements privés, ces indicateurs ne sont réalisables que pour les établissements publics.

Les requêtes

Les requêtes utilisées pour construire les indicateurs présentés dans ce rapport figurent en annexe. Elles intègrent les modifications de codage intervenues en 2019 dans le cadre de la périnatalité :

- sur les séjours des nouveau-nés permettant de distinguer les nouveau-nés nés dans l'établissement des naissances (mode d'entrée N) à domicile ou en maison de naissance et pour les naissances mort-nées le type (IMG ou spontanée) et le moment de survenue de la mort fœtale.
- sur les séjours des mères des extensions des codes CCAM de césarienne précisent les notions de grossesse unique ou multiple ainsi que la parité, notions qui étaient déjà présentes dans les codes CCAM d'accouchement par voie basse.
- sur les interruptions de grossesse : des extensions du code O04.- « Avortement médical » ont été créées afin de mieux distinguer les IVG des IMG survenues avant 22 sa et d'en préciser le motif.

Ces modifications ont été mises en place en 2019, de façon immédiate pour les interruptions de grossesse et de façon plus progressive pour les autres.

Insee

Les données de l'état civil, analysées par l'Insee, permettent de calculer l'exhaustivité des séjours PMSI des naissances vivantes domiciliées et enregistrées. Depuis 2009 les modifications d'enregistrement des enfants morts nés à l'état civil ne permettent plus à l'Insee de réaliser les statistiques de mortalité.

Le recueil de cette information est réalisé dans le PMSI depuis 2012 et les statistiques de mortalité sont, elles, confiées à la DREES.

Qualité des données

Contrôle qualité..... 7

Correction de la base nationale PMSI
issue de l'ATIH..... 8

Contrôle qualité

L'amélioration continue de la qualité des données produites par les établissements est une préoccupation depuis de nombreuses années. Pour cela nous avons mis en place un contrôle qualité des RSA produits par les établissements. Ce processus est réalisé dans le cadre de chartes de participation à Périnat-ARS-IDF pour les réseaux de santé en périnatalité et les établissements. Cette participation est demandée dans le cadre du renouvellement des autorisations pour les activités de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale.

Les services DIM volontaires peuvent envoyer leurs RSA sur une plateforme dédiée, après demande d'accès à l'adresse perinat@sesan.fr. En retour, ils récupèrent plusieurs analyses :

- Un ensemble de contrôles à effectuer sur la cohérence du codage (fiche vérification)
- Une fiche résumant le recrutement, l'activité, les pratiques et les pathologies en maternité et dans les services de néonatalogie le cas échéant. (« fiche quadrant »).
- Deux fichiers, l'un pour les mères / femmes l'autre pour les nouveau-nés, décrivant les séjours de façon plus détaillée.
- Une fiche « Pratiques obstétricales » pour le suivi des césariennes, épisiotomies et analgésies péridurales.

L'analyse des résultats des contrôles qualités conduit si besoin à des corrections par les DIM des établissements et ou à des échanges avec l'équipe Périnat-ARS-IDF.

Ces analyses, en dehors de la fiche vérification, restent accessibles au sein de l'espace protégé des réseaux, sur le site PERINAT-ARS-IDF <https://www.perinat-ars-idf.org/>, en début d'année pour les données Année N-1

Une grande partie de ces contrôles ont été repris par l'ATIH en novembre 2021 dans le cadre des contrôles "OVALIDE" réalisés pour l'ensemble des établissements lors des envois mensuels des RSA par

les DIM, mais ils ne fournissent pas de fichiers à destination des professionnels de la périnatalité des établissements.

Correction de la base nationale PMSI issue de l'ATIH

En cours d'année N+1 nous téléchargeons à partir de la plateforme ATIH la base nationale de RSA qui va constituer notre base de données en périnatalité correspondant :

- Aux séjours des mères/femmes de 11 à 59 ans présentant un code CIM 10 du chapitre XV (Grossesse, accouchement et puerpéralité, codes de O00 à O99) ou du chapitre XXI (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé, codes Z33, Z34, Z35, Z36, Z37, Z39).
- Et aux séjours des enfants jusqu'à l'âge de 1 an.

Ces séjours vont être chaînés selon 3 modalités :

- Le séjour d'accouchement de la mère avec le séjour de naissance de son (ses) nouveau-né(s). Ce chaînage est possible grâce à un numéro anonyme commun à un « couple » mère-enfant(s) : « lien mère-enfant ».
- Le séjour de naissance d'un nouveau-né avec d'éventuels séjours de transfert ou de ré hospitalisation en MCO ou HAD voire SSR.
- Le séjour d'accouchement d'une mère avec d'éventuels séjours d'hospitalisation en ante-partum ou en post-partum en MCO, Psy, HAD ou SSR.

Ces deux derniers types de chaînage sont possibles grâce à un numéro anonyme unique à chaque individu (exception pour les jumeaux / triplés de même sexe qui partagent le même numéro).

Contrôles de cohérences entre les informations sur le séjour des mères et des nouveau-nés réalisés sur

ces bases chaînées et production d'analyses intégrant des informations contenues dans l'ensemble du parcours du patient :

- **entre les séjours des mères et de leur(s) nouveau-né(s)** concernant la récupération ou la correction de données imprécises, manquantes ou discordantes :

- Codes géographiques de résidence indéfinis
- Codes de naissance vivante (Z38.-) oubliés
- Termes manquants
- Codes de mort-né issu d'IMG (P96.4) oubliés
- Codes de nouveau-né issu de grossesse multiple dans le cas de mort-né absents
- Présence dans un séjour de plusieurs codes de résultat d'accouchement (Z37.-) ou plusieurs codes de naissances vivantes (Z38.-)
- Présence dans un séjour d'un code de mort-né et d'un code de naissance vivante
- Contrôle et correction de l'incohérence du résultat d'accouchement sur le séjour de la mère (Z37.-) et le résultat de naissance (Z38.- ou P95) sur le séjour du (des) nouveau-né(s)
- Contrôle et correction de l'incohérence entre les accouchements et les naissances hors d'un hôpital

- **entre les différents séjours hospitaliers d'un même nouveau-né (pour les singletons uniquement) ou d'une même mère sur les données nationales :**

- Nouveaux-nés singletons avec 2 séjours de naissances dans l'année identifiés comme transfert ou réadmission et recodés. Les séjours ne semblant pas correspondre au même nouveau-né ont été conservés comme 2 séjours de naissances / 2 nouveaux-nés)
- Femmes avec 2 séjours d'accouchement dans l'année : doublons de séjours transferts immédiats mal codés ou réels accouchements

Analyses de la base de données périnatales

L'ensemble des séjours peuvent être représentés

- en données domiciliées par département, arrondissement INSEE
- en données enregistrées dans les établissements où s'est déroulé le séjour
- selon le territoire d'actions réalisées par le Réseau de santé en périnatalité. En Île-de-France, ce dernier coordonne les acteurs d'un territoire géographique donné, au bénéfice des femmes et de leurs enfants soit domiciliés dans ce territoire soit pris en charge dans un établissement du territoire.

Les séjours des mères peuvent être analysés pour les grossesses évolutives :

- selon les périodes de la grossesse pouvant conduire à une hospitalisation. Le codage en obstétrique permet en effet de différencier les séjours ante-partum, les séjours d'accouchement et le post-partum.
- selon le résultat de l'accouchement : naissances vivantes ou mort-nées spontanées ou après IMG

Mais également pour les grossesses non évolutives en distinguant les IVG, IMG et fausses couches spontanées

Les séjours des nouveau-nés peuvent être répartis en

- Séjours de naissances vivantes ou mort-nés
- Nouveau-nés « hébergés » en maternité au cours du séjour de leur mère
- Nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie

L'exhaustivité des naissances vivantes est comparée aux données de l'INSEE

Nous comparons l'exhaustivité des naissances identifiées dans le PMSI aux naissances enregistrées à l'état civil. Les résultats sont proches mais peuvent différer cependant pour trois raisons :

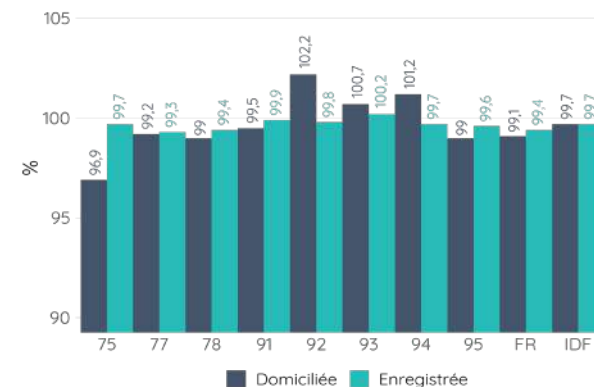
- Si la majorité des naissances se déroulent encore actuellement dans les établissements de santé, les accouchements réalisés dans les maisons de naissance ou à domicile de façon programmée ne donnent pas lieu à un recueil intégré au PMSI.
- Par ailleurs l'état civil enregistre les naissances survenues dans une année N, alors que le PMSI enregistre les séjours de naissance d'enfants sortis dans une année N.
- Enfin un défaut d'exhaustivité du recueil des résumés de sortie peut entraîner un écart entre les deux sources de données.

En IDF l'exhaustivité des séjours de naissances enregistrées dans le PMSI par rapport à l'INSEE est de 99,7% en 2021.

Sur les données domiciliées on retrouve parfois dans certains départements, une exhaustivité par rapport à l'Insee supérieure à 100%. Les explications possibles sont les suivantes :

- la saisie du lieu de résidence dans le PMSI est moins fiable que celle du lieu de naissance
- un problème de sur-enregistrement de naissances lors de séjours avec transfert immédiat, corrigé seulement en partie par le chaînage des séjours car ce dernier n'est pas toujours réalisable (en cas de numéros anonymes invalides ou erronés).

Exhaustivité des naissances vivantes PMSI par rapport à l'Etat Civil par département (%)



Source : INSEE et PMSI (d'après les séjours des nouveau-nés) 2021 - données domiciliées / données enregistrées

Exhaustivité des naissances totales entre les RSA des séjours des mères et des nouveau-nés.

Il est possible de calculer le nombre de naissances à partir du résultat de l'accouchement sur le séjour des mères. La déclinaison du code CIM10 : Z37.- selon le nombre de fœtus, la viabilité et la notion de mortalité induite ou spontanée permet d'obtenir une estimation des naissances totales. Ce chiffre doit être comparé au nombre de RSA enregistrés pour les séjours naissance des nouveau-nés vivants ou mort-nés. Il faut noter que malgré des améliorations, l'estimation des naissances par l'analyse du séjour des mères reste encore le moyen le plus fiable.

Résultats

| | |
|--|----|
| Dénombrement des accouchements et naissances..... | 10 |
| Accouchements | 10 |
| Naissances | 12 |
| Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité ou réseaux de santé en périnatalité. | 13 |
| Les centres périnatals (maternités et services de néonatalogie) | 13 |
| Les maternités | 13 |
| Passages en néonatalogie..... | 16 |
| IVG hospitalières..... | 17 |
| Les établissements avec activité d'Orthogénie..... | 18 |

Dénombrement des accouchements et naissances

Accouchements

Évolution du nombre d'accouchements domiciliés et enregistrés en France hexagonale et en Île-de-France

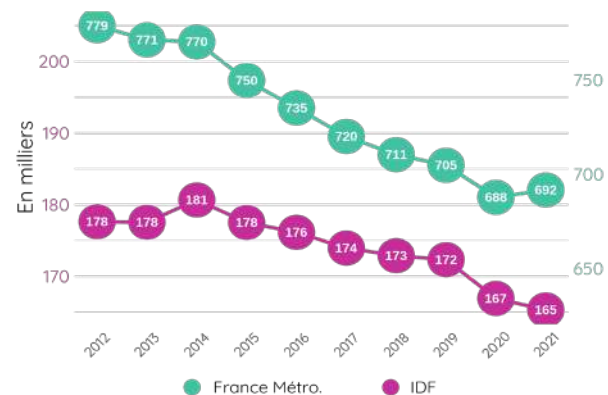
Entre 2012 et 2021, le nombre d'accouchements domiciliés diminue en France hexagonale (notée France Métro pour France Métropolitaine dans les légendes des graphiques ou Fr Hexa dans les tableaux) et en Ile-de-France. Entre 2012 et 2021, cette diminution est plus importante en France hexagonale hors IDF (-12%) qu'en Ile-de-France (-7%). La baisse s'accélère cependant en IDF entre 2019 et 2021 (-4%) versus (-1%) en France hexagonale hors IDF. La baisse des accouchements enregistrés est similaire. La part de l'IDF diminue légèrement entre 2019 et 2021. L'IDF représente 23,9 % des accouchements domiciliés de l'hexagone en 2021 (24,4% en 2019) et 24,1% des accouchements enregistrés (24,7% en 2019).

On dénombre en 2021, 165 320 accouchements domiciliés et 167 334 accouchements enregistrés en IDF pour 691 834 domiciliés et 692 487 enregistrés en France hexagonale.

On observe un nombre d'accouchements domiciliés bien inférieur au nombre d'accouchements enregistrés dans les maternités du 75 et dans une moindre mesure dans le 92 ; alors qu'à l'inverse, les accouchements enregistrés dans les maternités du 77, 91, 93 et dans une moindre mesure du 78, sont bien inférieurs aux

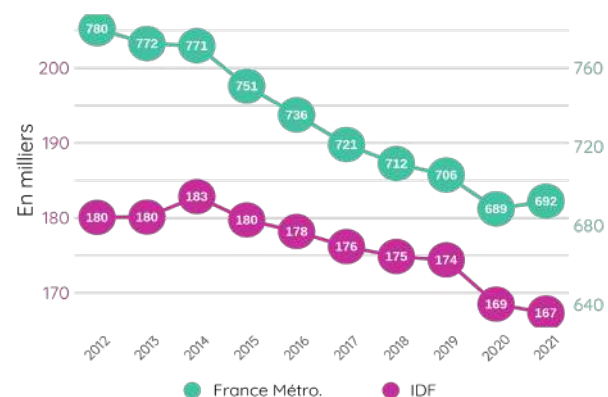
accouchements domiciliés. Les accouchements domiciliés et enregistrés sont quasiment équilibrés dans le 94 et le 95.

Évolution du nombre d'accouchements domiciliés en France hexagonale et en Île-de-France



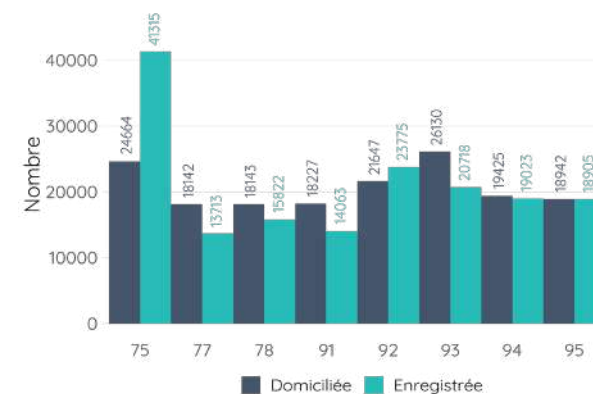
Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Évolution du nombre d'accouchements enregistrés en France hexagonale et Île-de-France



Source : PMSI 2013 à 2021 - données enregistrées

Accouchements par département



Source : PMSI 2021 - données domiciliées / données enregistrées

Le nombre d'accouchements hors hôpital suivis immédiatement d'un séjour hospitalier, a augmenté de façon importante en IDF (+62%) comme en France hexagonale (+ 56%) entre 2012 et 2021. Ils représentaient 0,28% des accouchements en 2012 pour l'IDF et 0,31% en France hexagonale puis 0,49% en IDF et 0,56% en France hexagonale en 2021. Il pourrait s'agir d'accouchements inopinés (une enquête publiée en 2004 estimait à 0,5% le taux d'accouchements inopinés extrahospitaliers en France hexagonale,¹ survenus à domicile ou sur le trajet de la maternité par exemple), mais aussi de transfert après accouchements programmés à domicile ou en maison de naissance. En IDF, parmi les accouchements prévus dans l'unique maison de naissance située à Paris, si 110 accouchements s'y sont déroulés en 2021 et ne sont pas comptabilisés dans le PMSI, 5 ont eu lieu de façon inopinée à domicile ou sur le trajet (soit 4,5%) et 10 femmes ont été transférées avec leur enfant après l'accouchement dans la maison de naissance,

¹ Accouchements inopinés extrahospitaliers PE Bouet et al. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.04.007>

donnant lieu à un « séjour d'accouchement hors hôpital » dans le PMSI.

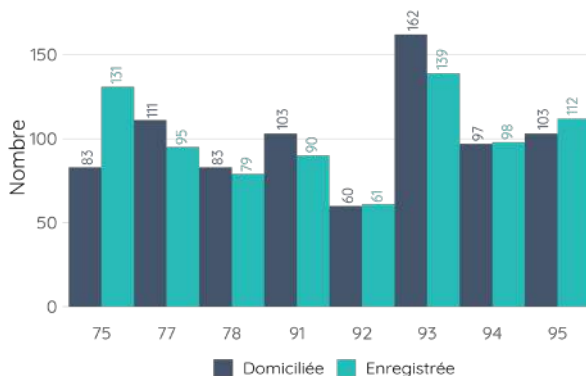
Le nombre d'accouchements domiciliés survenus hors hôpital varie selon les départements : en petite couronne, le plus faible est de 60 dans le 92 (soit 0,28% des accouchements) et le plus élevé est de 162 (soit 0,62%) dans le 93 ; en grande couronne, le plus faible est de 83 dans le 78 (soit 0,46%) et le plus élevé dans le 77 avec 111 (soit 0,61%).

Évolution des accouchements hors hôpital en France hexagonale et Île-de-France



Source : PMSI 2015 à 2021 - données domiciliées

Accouchements hors hôpital par département



Source : PMSI 2015 à 2021 - données domiciliées

Naissances

Point méthodologique

Les effectifs décrits dans ce chapitre sont basés sur le nombre de naissances, estimé d'après le séjour des mères car il est plus fiable que dans le séjour de nouveau-né, grâce au code du résultat d'accouchement (précisant s'il s'agit d'un accouchement multiple ou unique, avec enfant vivant ou mort-né, dont après interruption médicale de grossesse). Le nombre estimé de naissances totales correspond au nombre estimé de naissances vivantes et mort-nées.

Entre 2012 et 2021, le nombre de naissances vivantes diminue de 10% en France hexagonale et de 7% en Île-de-France. L'IDF représente 23,9% des naissances de la France hexagonale en 2021.

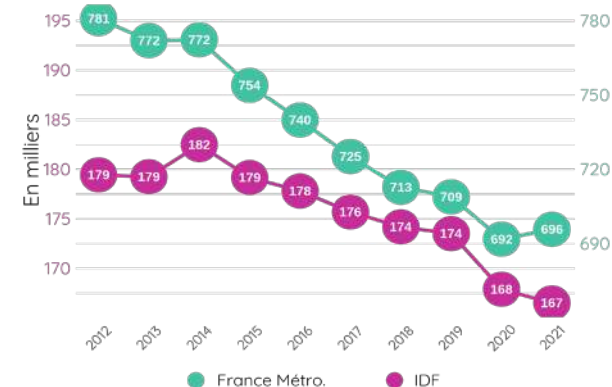
On dénombre en 2021:

- **168190 naissances totales domiciliées en IDF** dont 166521 naissances vivantes pour un taux de natalité de 13,5 naissances vivantes pour 1000 habitants (10,7 en France hexagonale avec 696861 naissances vivantes domiciliées) et

- **170265 naissances totales enregistrées en IDF** dont 168612 naissances vivantes (pour 697497 en France

hexagonale) soit une baisse de 5% par rapport à 2019 en IDF et de 2% en France hexagonale.

Évolution du nombre de naissances vivantes en France hexagonale et en Île-de-France



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

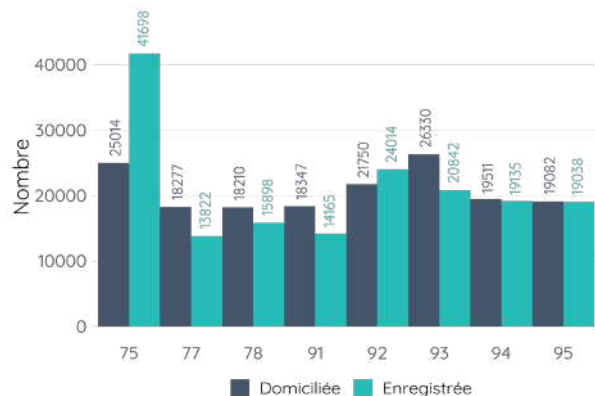
Nombre de naissances vivantes par département et réseaux d'IDF (Données PMSI)

Le nombre de naissances vivantes enregistrées et domiciliées dans chaque département d'IDF est présenté dans le graphique ci-dessous. En 2021, Paris reste le département où le plus grand nombre de naissances est enregistré (41698, 25%) dans ses maternités alors que la Seine-Saint-Denis compte le plus grand nombre de naissances domiciliées (26330, 16%).

Les territoires des réseaux de périnatalité (ou dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité) correspondent à ceux des départements sauf pour les réseaux Naitre dans l'Est Francilien (NEF) et

Périnatal IF Sud (IF SUD) qui s'étendent sur 2 départements. Leur nombre de naissances vivantes domiciliées est de 37836 pour NEF et de 25387 pour IF SUD.

Naissances vivantes PMSI par département



Source : PMSI 2021 - données domiciliées / données enregistrées

Description de l'Offre de soins

Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité ou réseaux de santé en périnatalité

Un réseau de santé en périnatalité est une structure de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale qui agit en amont et en aval de la naissance, pour favoriser l'accès aux soins, l'interdisciplinarité et la continuité des prises en charge².

Les réseaux périnatals d'IDF sont au nombre de 7 sur les 8 départements : Réseau de santé périnatale

² INSTRUCTION N° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des

parisien RSPP, Naitre dans l'Est Francilien NEF sur les départements de Seine-Saint-Denis et le Nord de la Seine et Marne, le réseau périnatal du Val de Marne RPVM, le réseau périnatal IF SUD sur les départements de l'Essonne et le sud de la Seine et Marne, Le réseau PERINAT92 pour les Hauts de Seine, le réseau périnatal Maternité en Yvelines MYPA et le réseau périnatal du Val d'Oise RPVO.

Les territoires des réseaux périnatals d'IDF



Source : ARS IDF

Les centres périnatals (maternités et services de néonatalogie)

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

Missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité

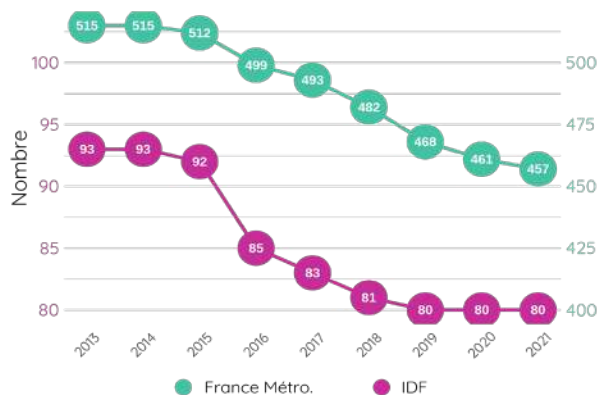
Cet indicateur correspond au nombre d'établissements ayant réalisé au moins 15 séjours d'accouchements dans l'année, enregistrés dans le PMSI. Le statut juridique des établissements, privé (à but lucratif) ou privé à but non lucratif participant à l'intérêt collectif (ESPIC), public noté « centre hospitalier » ou « centre hospitalier régional universitaire » pour ceux de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (privé, ESPIC, CH, CHR/U) est précisé par l'ATH. Les données sont représentées ici selon 2 catégories « privé lucratif » et « public » regroupant les autres statuts. Les accouchements réalisés en maison de naissance ne sont pas enregistrés dans le PMSI. Ils sont répertoriés grâce à la participation à l'évaluation via l'AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) et aux rapports d'activité pour l'ARS. En 2021, une seule maison de naissance fonctionne en IDF, à Paris.

Les maternités

Évolution

Le nombre de maternités diminue en France -6% et en IDF -13% entre 2013 et 2021. En 2021, la France hexagonale et l'IDF comptent respectivement 457 et 80 maternités. 17% des maternités de France hexagonales sont situées en IDF, et elles accueillent 24% des naissances vivantes enregistrées (non représenté). Depuis 2017, 3 maternités avec une activité inférieure à 1000 accouchements ont fermé.

Évolution du nombre de maternités (établissements avec + de 15 accouchements dans l'année) en France hexagonale et en Île-de-France

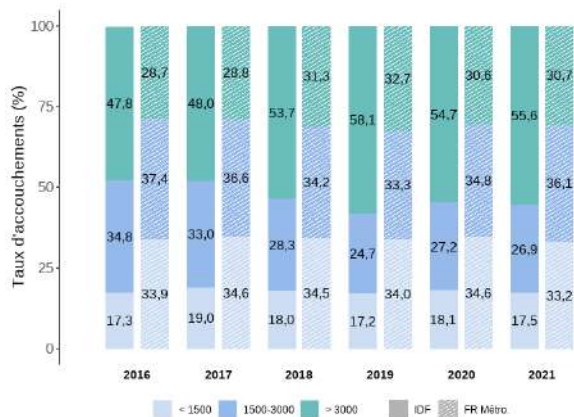


Source : PMSI 2013 à 2021 - données enregistrées

Depuis 2016, la part des accouchements dans les maternités à forte activité (plus de 3000 accouchements par an) a augmenté de façon plus importante en IDF (passant de 48% à 56%), qu'en France hexagonale (passée de 29% à 31%).

Évolution du taux d'accouchements selon le nombre d'accouchement par établissement (<1500, 1500-3000, >3000) (%)

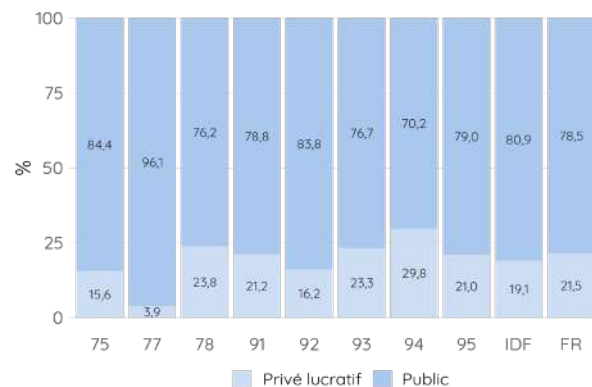
Source : PMSI 2016 à 2021 - données enregistrées



La part des accouchements dans les maternités privées à but lucratif est de 19% en IDF et de 21,5% en France hexagonale, similaire pour les données

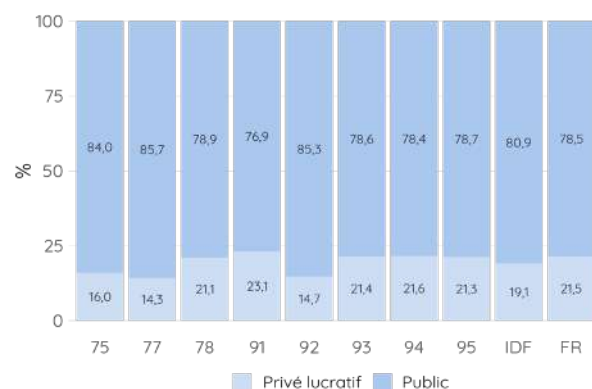
enregistrées et domiciliées. Mais des variations existent selon les départements dans la répartition entre données enregistrées et domiciliées. Les différences peuvent être importantes dans certains départements comme le 77 ou le 94.

Taux d'accouchements dans les maternités selon le statut en 2021 données enregistrées (%)



Source : PMSI 2021 - données enregistrées

Taux d'accouchements dans les maternités selon le statut en 2021 données domiciliées (%)

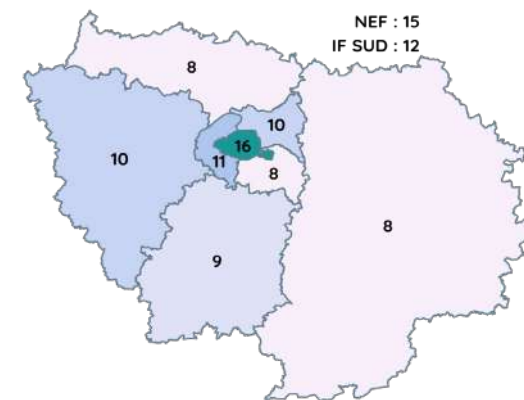


Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Le nombre de maternités par département varie de 8 (77, 94, 95) à 16 (75).

Nombre de maternités par département et par réseau



Source : PMSI 2021 - données enregistrées

Les services de néonatalogie

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

Les types des centres périnataux sont définis selon la présence d'un service de néonatalogie et le niveau de soins pédiatriques, associés aux maternités.

- En type I, sont assurés les soins de niveau 1 aux nouveau-nés bien portants ; en type I+, il y a la possibilité de réaliser des soins de niveau 2 à des nouveau-nés dans la chambre de leur mère (réchauffement, contrôle glycémique, aide à l'alimentation orale, photothérapie, ... par exemple des soins pour des nouveau-nés modérément prématurés de 35 semaines d'aménorrhée et plus)

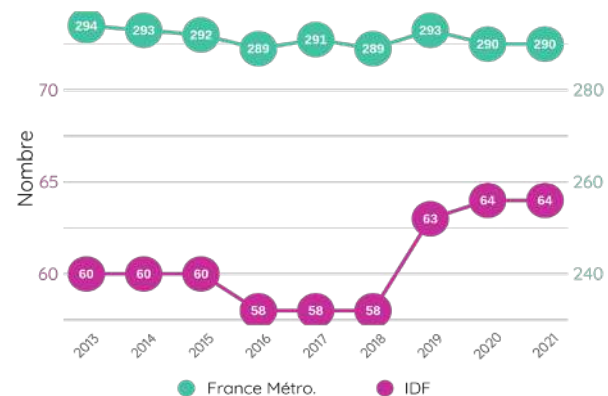
- En type IIA, un service de néonatalogie permet de réaliser des soins de niveau 3 (par exemple perfusion, alimentation entérale prolongée par sonde gastrique, surveillance hémodynamique et respiratoire, oxygénothérapie à faible concentration, mise en condition, ...), il peut inclure une unité kangourou pour des nouveau-nés recevant des soins de niveau 2 dans la chambre de leur mère ; l'enregistrement des séjours pour le PMSI se fait dans une Unité médicale UM04
- En type IIB, en plus de l'unité de néonatalogie, un service de soins intensifs néonataux permet des soins de niveau 4 (par exemple : alimentation par cathéter veineux central, oxygénothérapie en ventilation spontanée ou en pression expiratoire positive hors phase aiguë par voie nasale, surveillance hémodynamique continue, ...); l'enregistrement des séjours pour le PMSI se fait dans une Unité médicale UM05
- En type III, en plus des unités de néonatalogie et de soins intensifs, un service de réanimation néonatale permet des soins de niveau 5 (assistance respiratoire et hémodynamique pour toute pathologie aiguë ou chronique... par exemple pour la prise en charge de grands prématurés); l'enregistrement des séjours pour le PMSI se fait dans une Unité médicale UM06.

Évolution

Le nombre de services de néonatalogie (IIA, IIB et III) est stable en France et en IDF. En 2021, la France hexagonale et l'IDF comptent respectivement 290 et 64 services avec activité comptabilisée en néonatalogie. 20% des services de néonatalogie de France hexagonale sont situés en IDF, alors que les maternités franciliennes réalisent 25% des naissances. L'augmentation du nombre de services de néonatalogie apparent en IDF à partir de 2019-

2020 correspond majoritairement à la comptabilisation des 5 maternités de type I+. Ces maternités ont réalisé des soins pédiatriques de niveau 2 dans la chambre des mères dans les conditions techniques du décret de 1998 et ont enregistré des séjours apparentés à des séjours de néonatalogie (en unité médicale UM04) dans le cadre d'une expérimentation.

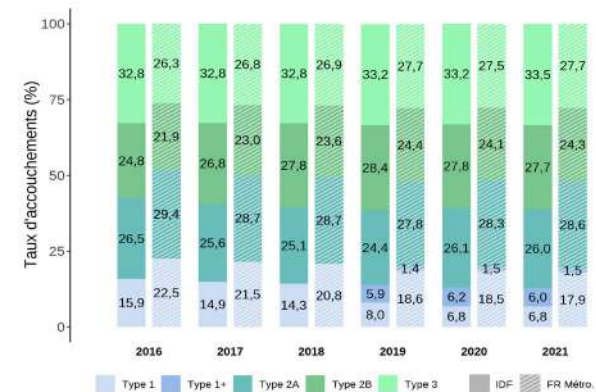
Évolution du nombre de services de néonatalogie en France hexagonale et en Île-de-France



Source : PMSI 2013 à 2021 - données enregistrées

Depuis 2013, on observe en IDF une baisse de la part des accouchements en centre périnatal de type I particulièrement marquée de 19,3% à 14,3%, alors qu'elle augmente dans les types IIB et III, et que les accouchements en type IIA sont stables. En France hexagonale, les mêmes tendances un peu moins marquées sont observées.

Évolution du pourcentage d'accouchement par type en France hexagonale et en Île-de-France (%)



Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Le nombre de services de néonatalogie par département varie de 6 dans le 77 et le 91 à 10 dans le 75. Le taux d'accouchements en type III varie de 22% dans le 77 à 39% dans le 94 et le 95. Ce taux dépend du nombre et du type de centres périnataux de chaque réseau, ainsi que de leurs capacités en lits d'obstétrique.

Répartition des naissances vivantes par type d'établissement et département

| Type/CP | 75 | 77 | 78 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | Total |
|---------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 1 | Nb étab | 6 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 21 |
| | % NV | 25,9 | 7,7 | 11,9 | 14,5 | 8,8 | 9,0 | 4,0 | 12,7 |
| 2A | Nb étab | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 27 |
| | % NV | 24,3 | 9,7 | 27,5 | 34,2 | 37,3 | 8,6 | 44,2 | 22,5 |
| 2B | Nb étab | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 17 |
| | % NV | 13,0 | 60,3 | 32,4 | 14,5 | 25,5 | 45,6 | 17,6 | 33,6 |
| 3 | Nb étab | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 15 |
| | % NV | 36,8 | 22,2 | 28,2 | 36,8 | 28,3 | 36,9 | 34,1 | 39,3 |
| IDF | Nb étab | 16 | 8 | 10 | 9 | 11 | 10 | 8 | 80 |
| | Nb étab avec neonat | 14 | 6 | 7 | 6 | 8 | 9 | 7 | 64 |
| | % NV dans étab avec neonat | 74,1 | 92,2 | 88,1 | 85,5 | 91,1 | 91,1 | 95,9 | 95,4 |

Passages en néonatalogie

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

Cet indicateur est calculé à partir des données PMSI selon le nombre de nuitées réalisées par unité médicale de néonatalogie divisé par 365,25 jours, pour obtenir un nombre de lits consommés dans l'année. On distingue les unités de réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de néonatalogie. Cette dernière inclut les lits « kangourou » et les lits de soins pédiatriques de niveau 2 dans les maternités 1+.

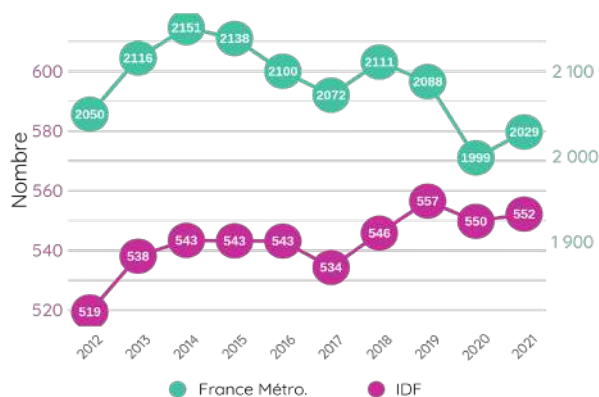
Les indices de besoins définis en IDF d'après la borne haute des décrets de 1999 étaient de 3 lits de néonatalogie/1000 naissances, 2 lits de soins intensifs et de 1,5 lits de réanimation néonatale /1000 naissances.

Évolution

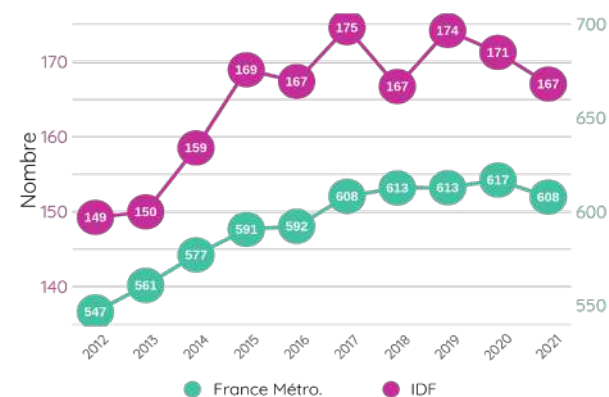
Le nombre de lits consommés en réanimation néonatale a augmenté ces 10 dernières années en France comme en IDF, alors que la consommation de lits en soins intensifs néonataux a plutôt stagné. Pour les lits de néonatalogie, la consommation a augmenté entre 2012 et 2014, pour ensuite se stabiliser puis augmenter de nouveau à partir de 2019 en IDF alors qu'elle baissait en France hexagonale.

Alors que l'IDF représente 24% des naissances de la France hexagonale en 2021, les consommations des lits de néonatalogie (Néonat), de soins intensifs (SI NN) et de réanimation néonatale (Réa NN) en représentent respectivement 26%, 22% et 27%.

Évolution du nombre annuel de lits consommés en néonatalogie en France hexagonale et en Île-de-France

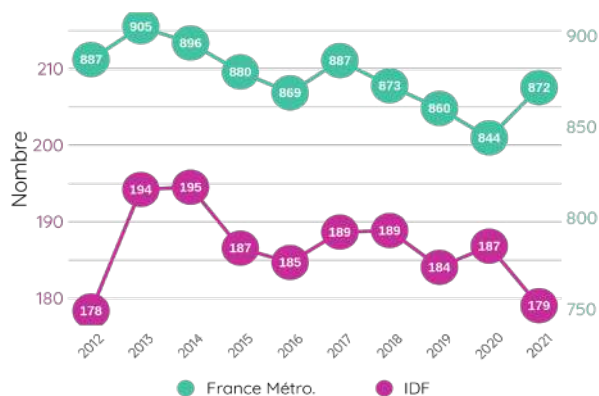


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution du nombre annuel de lits consommés en soins intensifs en France hexagonale et en Île-de-France



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution du nombre annuel de lits consommés en réanimation néonatale en France hexagonale et en Île-de-France

Situation 2021 dans la région

Les consommations de lits peuvent varier car les besoins de la population sont différents,

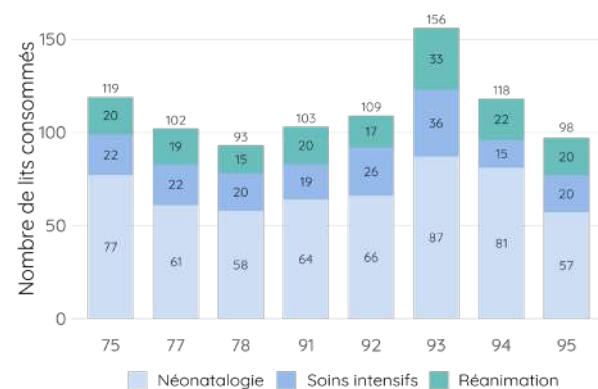
Alors que les départements du 75 et du 93 ont un nombre de naissances domiciliées proche, la consommation de lits de SI NN et Réa NN est bien plus importante dans le 93 (96 lits consommés) que dans le 75 (42). Ceci traduit des besoins plus importants dans le 93 que le 75 alors que l'offre de proximité y est faible : en effet le nombre de lits autorisés en réanimation néonatale et soins intensifs est presque le double à Paris (156) de celui de Seine-Saint-Denis (78).

Nombre de lits autorisés en néonatalogie par département

| Dept | Réa NN | SI NN | Néonatal |
|------|--------|-------|----------|
| 75 | 57 | 99 | 149 |
| 77 | 10 | 20 | 47 |
| 78 | 14 | 30 | 57 |
| 91 | 16 | 21 | 54 |
| 92 | 26 | 38 | 98 |
| 93 | 27 | 51 | 85 |
| 94 | 18 | 26 | 86 |
| 95 | 16 | 24 | 72 |
| IDF | 184 | 309 | 648 |

Source : Lits autorisés (ARS IDF) et Naissances vivantes PMSI 2021

Nombre annuel de lits consommés en néonatalogie, soins intensifs et réanimation par département



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

IVG hospitalières

Fiabilité de l'indicateur : moyenne à bonne

Point méthodologique

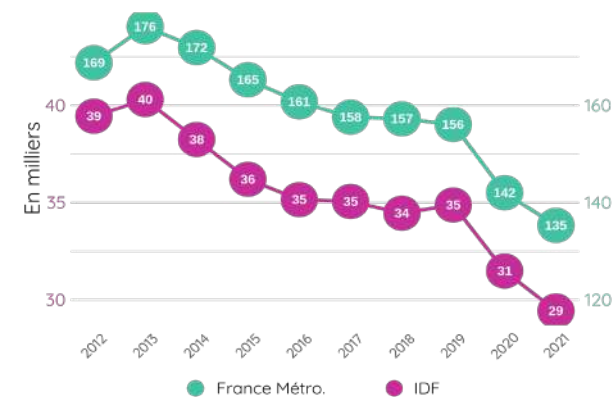
Jusqu'en 2018 le codage des IVG dans le PMSI nécessitait l'association de 2 codes CIM10, un code d'avortement médical (O04_) et un code de grossesse non désirée (Z64.0). A partir de mars 2019 l'ATIH a créé des extensions au code CIM10 O04_ permettant de distinguer les interruptions de grossesse dans le cadre légal avec intervention d'un professionnel de santé, IVG (O04.0), des Interruptions médicales de grossesse selon leur causes (O04.-1, O04.-2, O04.-2). Le code de grossesse non désirée (Z64.0) n'intervient plus dans la recherche. Nous dénombrons dans ce rapport, les IVG complètes compliquées ou non compliquées.

Évolution

Le nombre des IVG hospitalières diminue entre 2012 et 2021 en France (-14%) comme en IDF (-19%). La principale explication provient d'un recours de plus en plus important à la réalisation des IVG en ville. Cependant, le taux d'IVG hospitalières par rapport au nombre d'accouchement reste stable (20%).

L'IDF réalise 22% des IVG hospitalières de France hexagonale. La méthode est plus souvent médicamenteuse en France 64% versus 59% en IDF.

Évolution du nombre d'IVG hospitalières en France hexagonale et en Île-de-France

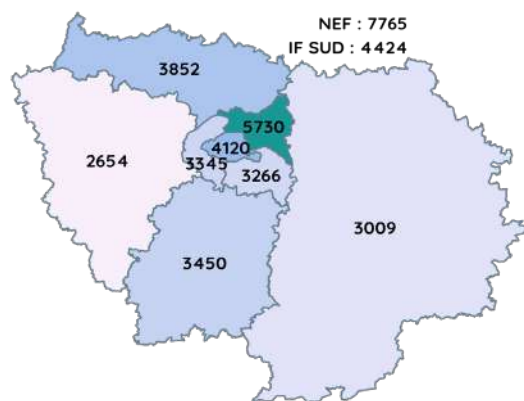


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

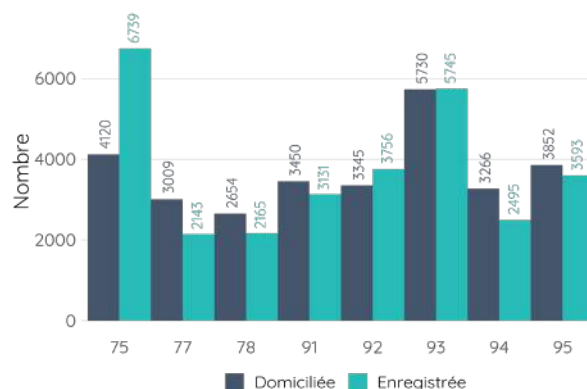
Situation 2021 dans la région

Le nombre des IVG hospitalières varie de 3009 dans le 77 à 5730 dans le 93. Les IVG hospitalières sont en baisse dans tous les départements en IDF. Les différences entre IVG domiciliées et enregistrées peuvent témoigner des déséquilibres d'offre selon les départements en particulier en grande couronne. Des différences de répartition selon la méthode sont observées également selon les départements.

Nombre d'IVG hospitalières par département et territoire de réseau



Nombre d'IVG hospitalières par département domicilié et enregistré



Source : PMSI 2021 - données domiciliées et enregistrées

Nombre d'IVG hospitalières selon la méthode par département domicilié

| | IVG | Médicamenteuse | Instrumentale | Non précisée |
|---------|---------|----------------|---------------|--------------|
| 75 | 4 120 | 2 042 | 1 990 | 88 |
| 77 | 3 009 | 2 001 | 995 | 13 |
| 78 | 2 654 | 1 866 | 770 | 18 |
| 91 | 3 450 | 2 105 | 1 330 | 15 |
| 92 | 3 345 | 1 686 | 1 618 | 41 |
| 93 | 5 730 | 3 402 | 2 292 | 36 |
| 94 | 3 266 | 1 545 | 1 688 | 33 |
| 95 | 3 852 | 2 670 | 1 165 | 17 |
| IDF | 29 426 | 17 317 | 11 848 | 261 |
| Fr Hexa | 135 320 | 87 467 | 46 562 | 1 291 |

Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Nombre d'IVG hospitalières selon la méthode par département enregistré

| | IVG | Médicamenteuse | Instrumentale | Non précisée |
|---------|---------|----------------|---------------|--------------|
| 75 | 6 739 | 3 097 | 3 486 | 156 |
| 77 | 2 143 | 1 557 | 581 | 5 |
| 78 | 2 165 | 1 588 | 561 | 16 |
| 91 | 3 131 | 2 008 | 1 119 | 4 |
| 92 | 3 756 | 1 991 | 1 741 | 24 |
| 93 | 5 745 | 3 431 | 2 294 | 20 |
| 94 | 2 495 | 1 078 | 1 389 | 28 |
| 95 | 3 593 | 2 720 | 860 | 13 |
| IDF | 29 767 | 17 470 | 12 031 | 266 |
| Fr Hexa | 136 845 | 88 328 | 47 224 | 1 293 |

Source : PMSI 2021 - données enregistrées

Nombre d'IVG hospitalières par département domicilié et enregistré

| | IVG domiciliées | IVG enregistrées |
|---------|-----------------|------------------|
| 75 | 4 120 | 6 739 |
| 77 | 3 009 | 2 143 |
| 78 | 2 654 | 2 165 |
| 91 | 3 450 | 3 131 |
| 92 | 3 345 | 3 756 |
| 93 | 5 730 | 5 745 |
| 94 | 3 266 | 2 495 |
| 95 | 3 852 | 3 593 |
| IDF | 29 426 | 29 767 |
| Fr Hexa | 135 320 | 136 845 |

Source : PMSI 2021 - données domiciliées et enregistrées

Les établissements avec activité d'Orthogénie

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

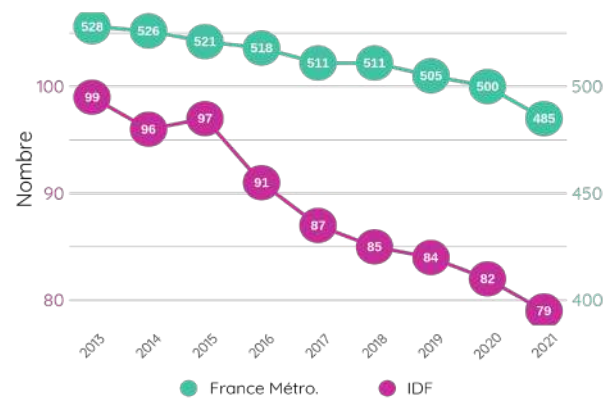
Cet indicateur correspond au nombre d'établissements hospitaliers ayant réalisé au moins 10 interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans l'année.

Depuis 2004, les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées en 'ville' par des médecins libéraux, et depuis 2016 par des sages-femmes, en centres de planification, en centres de santé. Cette activité hors établissement n'est pas disponible dans le PMSI, et n'est pas présentée dans ce rapport.

Évolution

Le nombre d'établissements hospitaliers réalisant des IVG diminue en France -9% et en IDF -18% entre 2013 et 2021. En 2021, la France hexagonale et l'IDF comptent respectivement 429 et 75 établissements avec activité d'orthogénie. 17% des établissements avec activité d'orthogénie de France hexagonale sont situés en IDF.

Évolution du nombre de centres avec activité d'orthogénie (≥ 10 IVG / an) en France hexagonale et en Île-de-France (%)

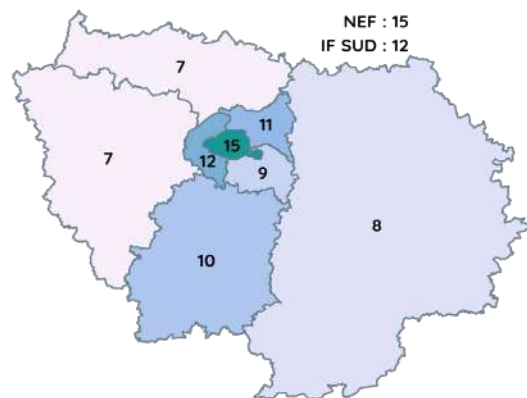


Source : PMSI 2013 à 2021 - données enregistrées

Situation 2021 dans la région

Le nombre d'établissements hospitaliers ayant réalisé au moins 10 IVG en 2021 varie de 6 dans le 78 à 15 dans le 75.

Nombre d'établissements hospitaliers d'orthogénie (≥10 IVG / an) par département et par réseau



Source : PMSI 2021 - données enregistrées

Indicateurs maternels

| | |
|--|----|
| Indicateurs socio-démographiques..... | 21 |
| Couverture santé..... | 25 |
| Comorbidités..... | 28 |
| Indicateurs concernant la grossesse et ses pathologies..... | 32 |
| Accouchements : indicateurs de modalités et pratiques..... | 38 |
| Episiotomie | 41 |
| Durée de séjour en suite de couches... | 43 |
| Morbidité maternelle | 44 |

Indicateurs socio-démographiques

A RETENIR - La région IDF se caractérise par une situation de fortes inégalités sur le plan socio-économique et démographique des mères avec un profil de mères plus âgées, plus souvent de nationalité étrangère, et bénéficiant plus souvent d'aides de couverture de santé par rapport aux autres régions de France hexagonale.

Âge des mères

Fiabilité de l'indicateur : bonne

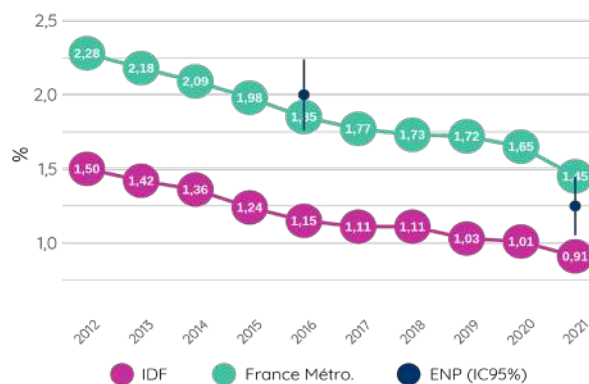
Point méthodologique

L'âge des mères à l'accouchement est une donnée issue du PMSI. Il est calculé automatiquement au sein des établissements à partir de la date d'entrée et la date de naissance des patients. Les données de l'Enquête nationale périnatale (ENP) réalisée sur une semaine en 2010, 2016 et 2021 sont comparables.

Évolution

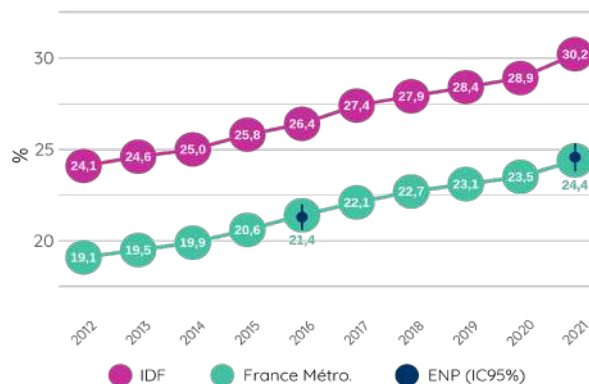
En IDF comme en France hexagonale, il y a de moins en moins de mères adolescentes ou jeunes adultes (< 20 ans) et il y a de plus en plus de mères âgées de 35 ans et plus. En IDF, cependant le taux de mères de moins de 20 ans est plus faible qu'en France hexagonale, le taux de mères âgées de 35 ans ou plus est plus élevé. Ces mères sont des femmes à plus haut risque lors de l'accouchement. Les enfants de mères très jeunes ou âgées de 35 ans ou plus, sont à plus haut risque de morbi-mortalité périnatale.

Évolution des mères de moins de 20 ans en France hexagonale et en IDF (%)



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution des mères de 35 ans et plus en FH et IDF (%)

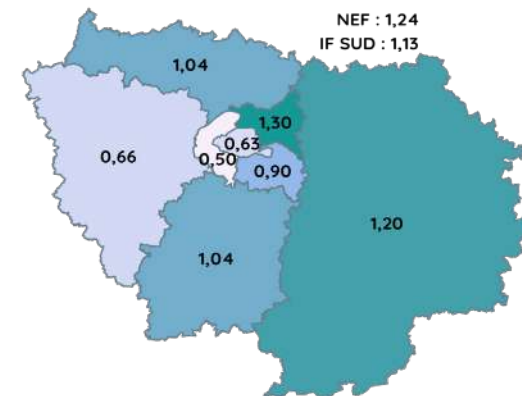


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

En 2021, le taux de mères âgées de moins 20 ans était de 0,9% en IDF (versus 1,5% en France hexagonale). Les taux les plus élevés sont observés dans le département du 93 (1,3%) et du 77 (1,2%).

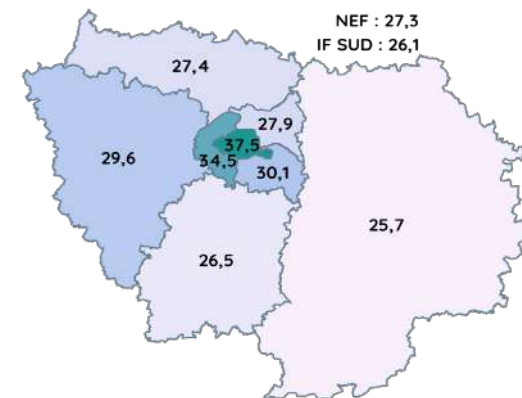
Proportion des mères de moins de 20 ans par département et territoire de réseaux (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

En 2021, le taux de mères âgées de 35 ans et plus était de 30,2% en IDF (versus 24,4% en France hexagonale). Les taux les plus élevés sont observés dans le département du 75 et du 92 avec plus d'1 mère sur 3, âgée de 35 ans et plus.

Proportion des mères de 35 ans et plus par département et territoire de réseaux (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Taux de natalité et indice conjoncturel de fécondité

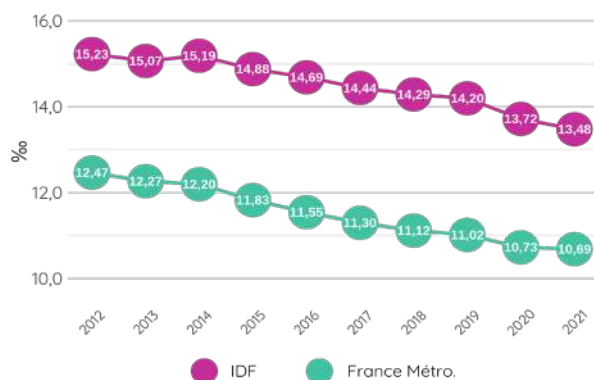
Point méthodologique

Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale de l'année, exprimé pour 1000 habitants.

L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée. Il prend en compte la structure d'âge de la population et peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants qu'aurait une génération fictive de femmes qui connaîtraient, tout au long de leur vie féconde, les taux de fécondité par âge observés cette année-là. Il est exprimé en nombre d'enfants par femme ou pour cent femmes. Ce sont des données INSEE.

Évolution

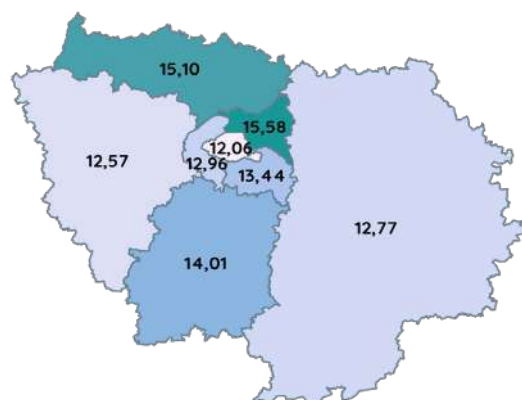
Le taux de natalité baisse plus en France hexagonale (-14%) qu'en IDF (-11%) entre 2012 et 2021. Le taux de natalité reste supérieur en IDF (13,5‰ en 2021) au taux hexagonal (10,7‰). L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,86 enfants par femme en IDF pour 1,80 en France hexagonale.



Source : INSEE 2012 à 2021

En 2021, les départements d'IDF ont tous un taux de natalité au-dessus du taux national. Les taux franciliens varient de 12,0‰ dans le 75 à 15,6‰ dans le 93.

Taux de natalité par département et territoire de réseau (‰)



Source : INSEE 2021 - données domiciliées

Selon les départements, l'indice conjoncturel de fécondité varie de 1,41 enfants par femme à Paris à 2,25 dans le Val d'Oise.

Indicateur conjoncturel de fécondité par département (pour 100 femmes)

| | Libellé | Indicateur de fécondité |
|----|-------------------|-------------------------|
| 75 | Paris | 141 |
| 77 | Seine-et-Marne | 198 |
| 78 | Yvelines | 208 |
| 91 | Essonne | 218 |
| 92 | Hauts-de-Seine | 173 |
| 93 | Seine-Saint-Denis | 213 |
| 94 | Val-de-Marne | 184 |
| 95 | Val-d'Oise | 225 |

Source : INSEE 2021 - Observatoire des territoires - ANCT

Nationalité et pays de naissance

Fiabilité de l'indicateur : bonne

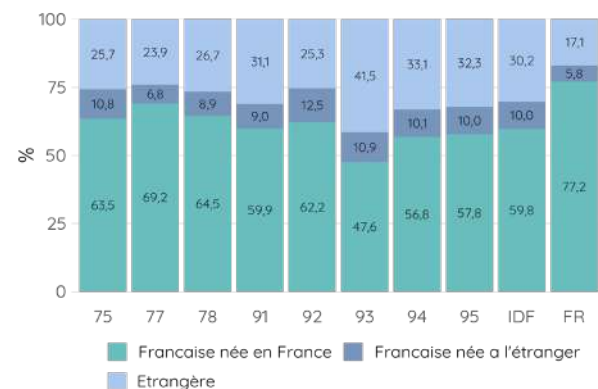
Point méthodologique

L'INSEE met à disposition une base de données anonymisée des naissances 2021 issue des actes de déclaration de naissance. Dans cette base, la nationalité et le pays de naissance de la mère sont disponibles. La nationalité se décline en 2 modalités : française et étrangère ; le lieu de naissance se décline en 4 modalités : née en France hexagonale, née dans un Département d'Outre-mer (DOM), née dans une Collectivité d'Outre-mer (COM), née à l'étranger. Dans ce chapitre, ces 2 éléments ont été croisés pour créer 3 modalités : française née en France (incluant les DOM et COM), française née à l'étranger et nationalité étrangère.

Évolution du taux de natalité en France hexagonale et en Île-de-France (‰)

Situation 2021 dans la région

Nationalité et pays de naissance des mères (%)



Source : INSEE 2021 - données domiciliées

En 2021, la part des mères de nationalité étrangère est près de 2 fois plus importante en IDF qu'en France hexagonale : 30,2% versus 17,1%. De même pour la part des mères françaises nées à l'étranger : 10,0% versus 5,8%. A l'échelle des départements, c'est dans le 93 que le taux de mères de nationalité étrangère est le plus important avec plus de 4 mères sur 10. A l'inverse, les taux les plus bas sont relevés dans les départements du 77, 92 et 75.

Situation professionnelle des mères

Fiabilité de l'indicateur : moyenne

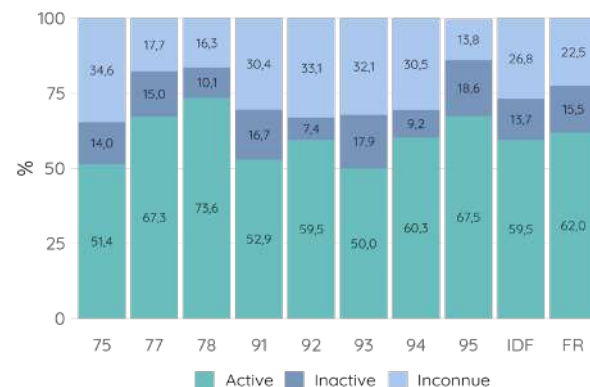
Point méthodologique

Cet indicateur est également issu de la base des naissances INSEE. Dans cette base, la situation professionnelle maternelle se décline en 4 modalités : salariée, active non salariée, retraitée ou inactive et inconnue. Dans ce chapitre, les 2 premières modalités ont été regroupées dans 'active'. En IDF, la situation professionnelle n'est pas connue pour plus d'une mère sur 5 (variant de 13% dans le 95 à

35% dans le 93). Pour cette raison, nous avons jugé 'moyenne' la fiabilité de cet indicateur.

Situation 2021 dans la région

Situation professionnelle des mères (%)



Source : INSEE 2021 - données domiciliées

En excluant les informations manquantes, le taux de mères inactives serait un peu plus faible en IDF (18,9%) qu'en France hexagonale (20%). Dans la région francilienne, le taux le plus élevé est observé dans le 95 avec près d'une mère inactive sur 4, et le taux le plus faible dans le 92 et le 94 avec moins d'une femme inactive sur 8.

Indicateur de développement humain 2 (IDH2)

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

L'indicateur de développement humain 2 (IDH2) est un indicateur écologique synthétique du niveau socio-économique élaboré pour l'IDF afin de caractériser les communes d'IDF en 2013 selon 3 dimensions : la santé (espérance de vie), l'éducation

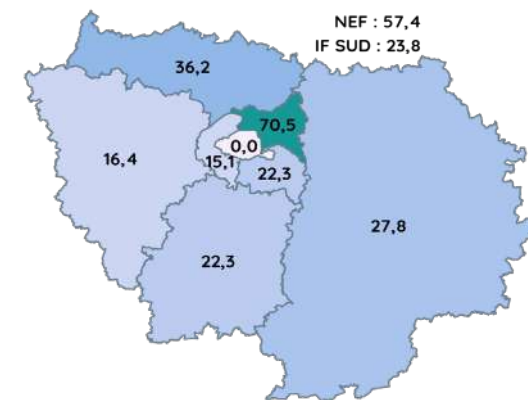
(avoir un diplôme) et le revenu (revenu fiscaux des ménages) de leurs populations.

L'IDH2 varie entre zéro et un, des communes les moins favorisées aux plus favorisées. La valeur seuil du premier quintile est un indice IDH-2 de 0,4757. L'analyse de la proportion de mères domiciliées dans les 20% des communes les plus défavorisées d'IDF selon l'IDH2 (avec un indice <0,4757) est utilisée pour décrire un plus bas niveau socio-économique soit à l'échelle d'un département, d'un réseau ou d'un arrondissement INSEE.

Situation 2021 dans la région

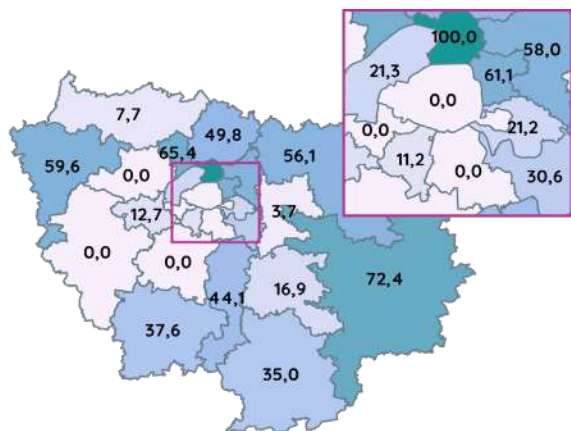
Le taux de mères domiciliées dans des communes parmi les plus défavorisées (IDH2 <0,4757) varie de 0% dans le 75 à 70,5% dans le 93. En effet, aucun arrondissement de Paris n'est classé dans les communes les plus défavorisées. A l'échelle des arrondissements INSEE, les taux les plus élevés sont constatés dans ceux de Saint-Denis (100%) et de Provins (72,4%).

Proportion de mères domiciliées dans les 20% des communes les plus défavorisées d'IDF selon l'IDH2 par département (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Proportion de mères domiciliées dans les 20% des communes les plus défavorisées d'IDF selon l'IDH2 par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Couverture santé

Couverture sociale

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

Point méthodologique

L'Aide médicale de l'Etat (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins ; elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Le dispositif de soins urgents et vitaux permet aux étrangers en situation irrégulière qui sont sur le territoire français depuis moins de trois mois ou qui ne sont pas admis à l'AME de recevoir des soins urgents (dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital) ; il s'applique à l'enfant à naître.

La protection maladie universelle (PUMa) a fait suite en 2016 à la Couverture maladie universelle (CMU) ; elle donne droit à la prise en charge de ses frais de santé à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière. La CMU était attribuable en cas de faibles ressources.

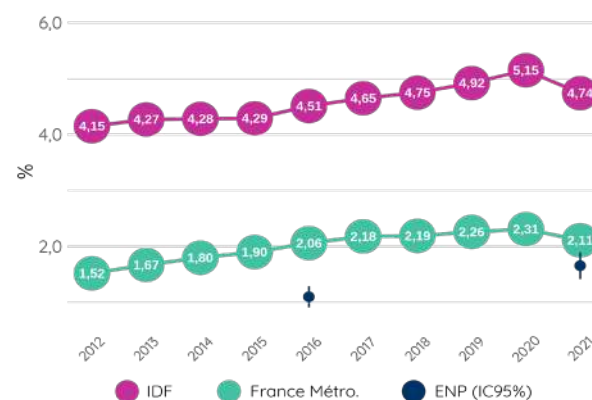
La fiabilité de ces indicateurs est évaluée comme insuffisante car ces informations sont disponibles de manière partielle. En effet, elles ne sont pas présentes dans les exports PMSI des établissements privés. De plus, alors que la mention de l'AME est possible dans les exports pour tous les établissements publics et ESPIC, celle de la CMU/PUMa n'est quant à elle pas disponible pour un quart des établissements publics et ESPIC franciliens avec une maternité. L'information sur la CMU dans les exports PMSI n'est disponible que depuis 2011. Les taux fournis dans ce rapport sont donc calculés uniquement sur les accouchements réalisés dans les établissements publics et ESPIC. En comparaison avec les données nationales de l'Enquête nationale périnatale (ENP), les données sont un peu surestimées pour l'AME et sous-estimées pour le

dispositif « soins urgents et vitaux » et la CMU-PUMa en France hexagonale.

Évolution

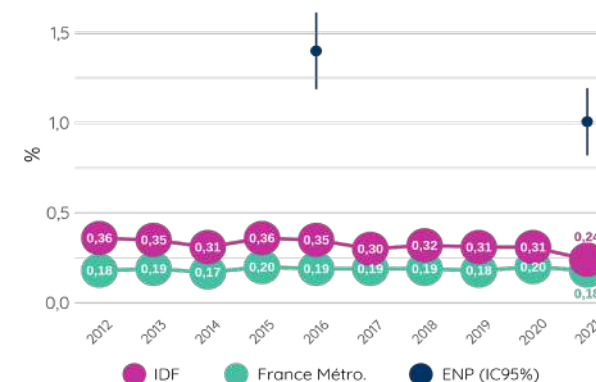
La proportion de femmes bénéficiaires de l'AME et de la CMU a augmenté depuis 2012 dans les établissements publics et ESPIC où cette information est accessible. Le taux de femmes avec AME est plus du double en IDF (4,74%) par rapport à la France hexagonale (2,11%).

Évolution des mères bénéficiaires de l'AME en FH et IDF (dans les établissements publics et ESPIC) (%)



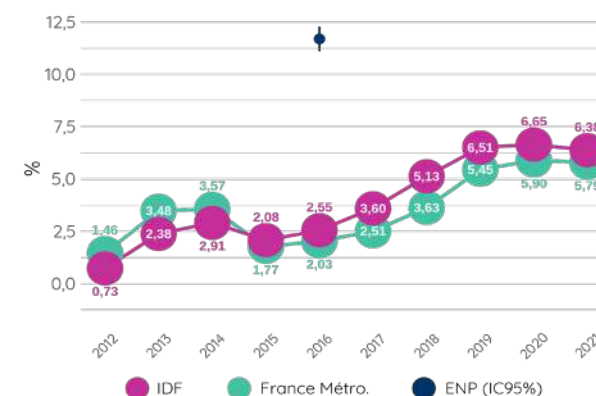
Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution des mères bénéficiaires des soins urgents et vitaux (dans les établissements publics et ESPIC) (%)



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution des mères bénéficiaires de la CMU/PUMa en FH et IDF (dans les établissements publics et ESPIC) (%)



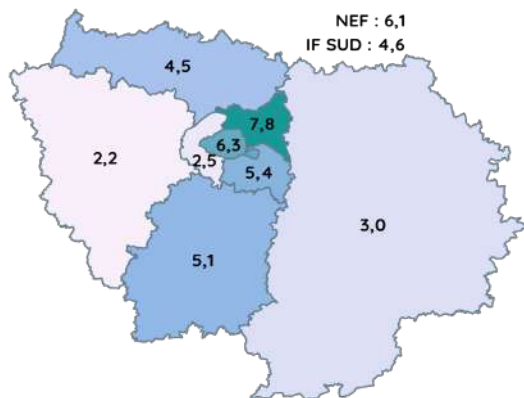
Source : PMSI 2014 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

On observe des différences entre départements avec les taux les plus élevés d'AME et de CMU à Paris et en Seine-Saint-Denis. Les différences sont

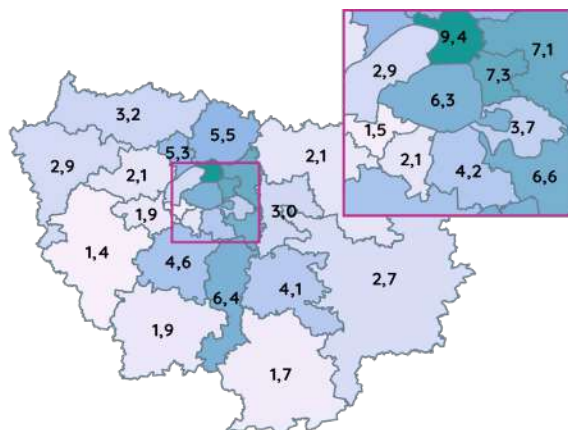
encore plus importantes entre arrondissements INSEE pour la CMU.

Proportion des mères bénéficiaires de l'AME par département (dans les établissements publics et ESPIC) (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

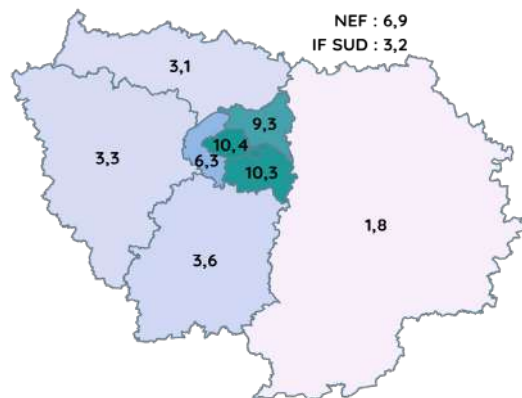
Proportion des mères bénéficiaires de l'AME par arrondissement INSEE (dans les établissements publics et ESPIC) (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

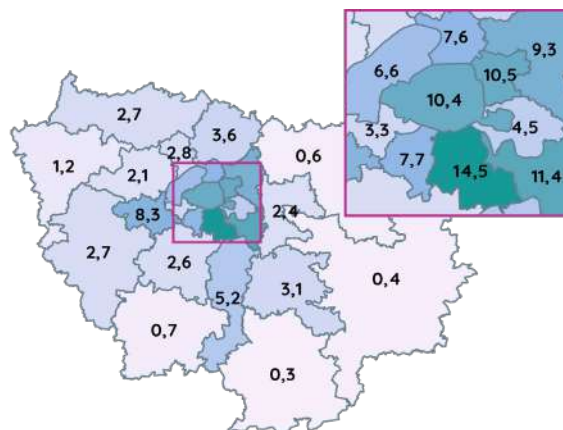
Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Proportion des mères bénéficiaires de la CMU par département (dans les établissements publics et ESPIC) (%)

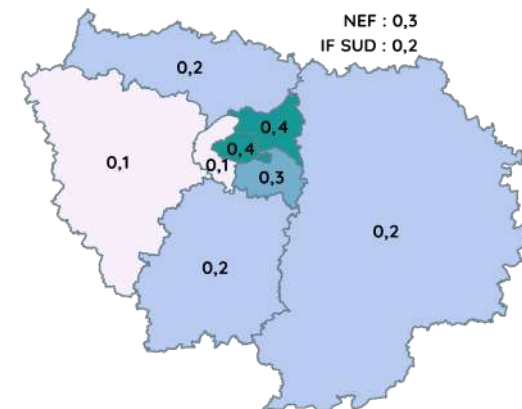


Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Proportion des mères bénéficiaires de la CMU par arrondissement INSEE (dans les établissements publics et ESPIC) (%)



Proportion des mères bénéficiaires de soins urgents et vitaux par département (dans les établissements publics et ESPIC) (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

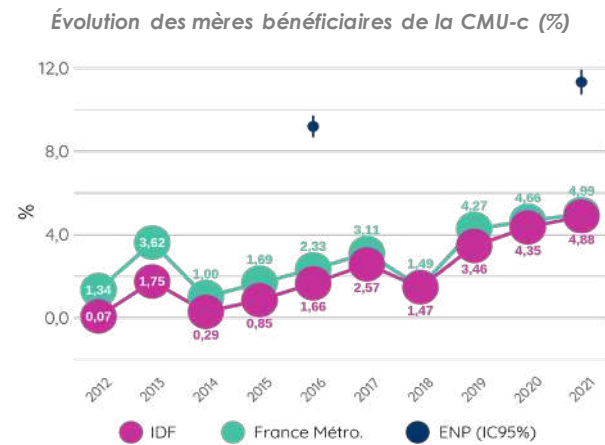
Couverture maladie complémentaire

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

Point méthodologique

La couverture maladie complémentaire n'est pas obligatoire. En cas de faibles ressources, il est possible de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c). La mutuelle est gratuite ou payante selon les revenus. Cette information semble sous-estimée si l'on compare avec le taux de l'ENP.

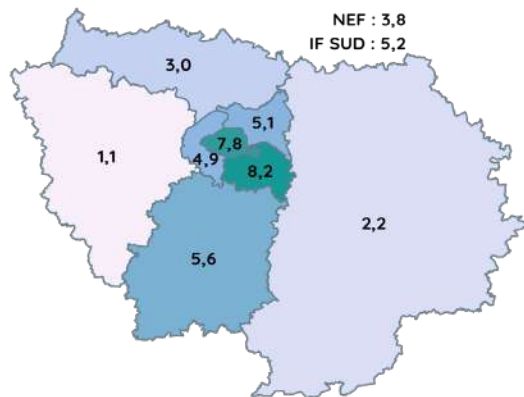
Évolution



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Proportion des mères bénéficiaires de la CMU-c (%)



Comorbidités

Obésité

Fiabilité de l'indicateur : correcte pour l'obésité morbide, insuffisante pour l'obésité totale.

Point méthodologique

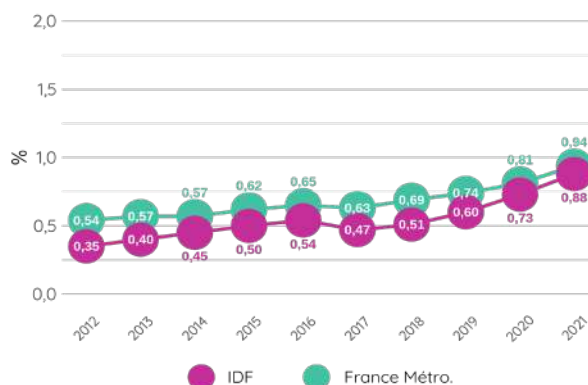
L'obésité est une maladie chronique définie par un index de masse corporelle supérieur ou égal à 30 ; le poids considéré est celui précédant la grossesse. Elle n'est pas toujours bien codée dans les résumés de séjour d'accouchement. Une modification des codes diagnostics de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) permet une description plus précise de l'obésité et du surpoids depuis 2017. De grandes variations entre établissements sont observées évoquant un défaut de repérage ou un défaut de codage. L'obésité morbide est définie par un IMC supérieur à 40. C'est une comorbidité permettant d'augmenter la valeur du groupe homogène de malade dans le PMSI, et qui est souvent mieux codée.

Cette pathologie est associée à une augmentation de la morbi-mortalité maternelle et périnatale. Un taux de prise en charge dans une structure adéquate a été fixé à 80% parmi les objectifs tracés du Projet régional de santé (PRS2).

Évolution

L'ENP montre une augmentation de l'obésité (IMC entre 30 et 40) qui passe de 9,8% en 2010 à 11,8% en 2016 et à 14,4% e, 2021. Le taux d'obésité morbide a plus que doublé entre 2012 et 2021 passant de 0,35 à 0,88% ; il reste inférieur cependant en IDF par rapport à la France hexagonale dans les données du PMSI.

Évolution de l'obésité morbide maternelle (IMC > 40) en France hexagonale et Île-de-France (%)



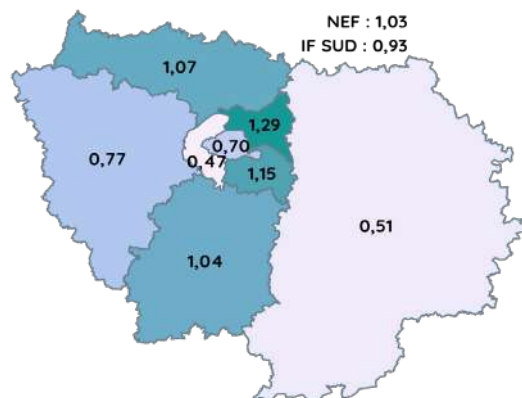
Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Le taux d'obésité morbide est inférieur au taux régional de 0,88% dans 4 départements et supérieur en Seine-Saint-Denis (1,29%), dans le Val de Marne (1,15%), en Val d'Oise (1,07%) et en Essonne (1,04%)

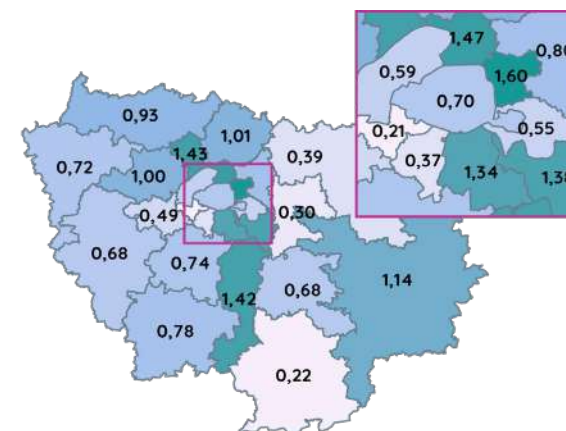
Les variations entre arrondissements sont importantes et suivent celles de l'IDH-2.

Taux d'obésité morbide (IMC > 40) par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Taux d'obésité morbide (IMC > 40) par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Drépanocytose

Fiabilité de l'indicateur : reste à évaluer

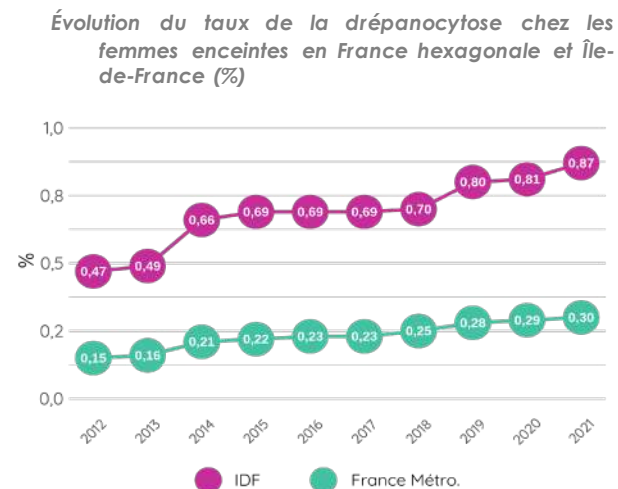
Point méthodologique

La drépanocytose est la plus fréquente des maladies génétiques en France. Il s'agit d'un facteur de risque de morbi-mortalité maternelle (et infantile en l'absence de dépistage). Le taux de sa prise en charge dans une structure adéquate est fixé à 80% parmi les objectifs traceurs pour la baisse de la mortalité maternelle dans le Projet régional de santé (PRS2). La généralisation du dépistage néonatal est recommandée par la HAS depuis le 10/11/2022 et cet avis souligne la fréquence de la drépanocytose en IDF.

La mention d'un code de drépanocytose pour la mère dans le résumé d'accouchement et donc la fiabilité de cet indicateur est soumise à la qualité du codage.

Évolution

En France hexagonale, la drépanocytose est plus particulièrement présente en Île-de-France. Son taux augmente depuis 2012.

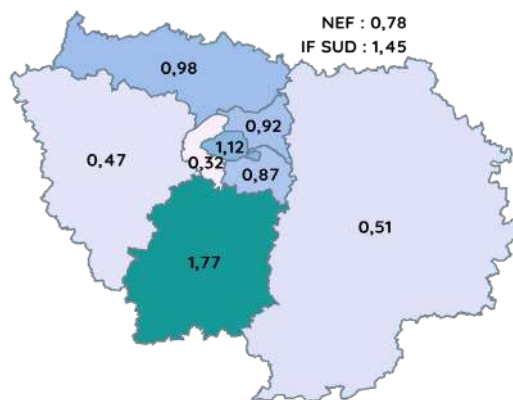


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

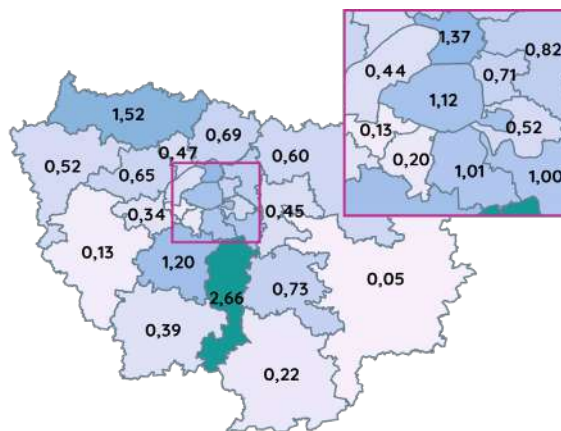
Le taux de mères drépanocytaires est supérieur au taux régional dans le Val de Marne, en Seine-Saint-Denis, à Paris et en Essonne. Des importants centres de références sont présents dans le Val de Marne et en Essonne.

Taux de mères drépanocytaires par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Taux de mères drépanocytaires par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Addictions

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

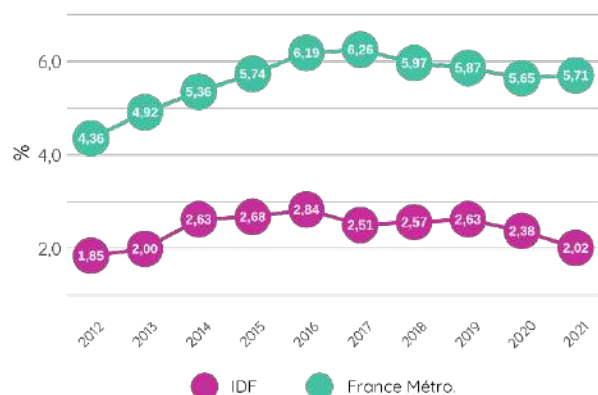
Point méthodologique

La consommation de substances psychoactives (dont tabac, alcool, cannabis, ...) représente un facteur de risque périnatal fréquent (12% de femmes fumeuses en début de grossesse en France hexagonale et près de 2% de consommatrices de cannabis d'après l'ENP 2021) et 1 enfant sur 100 en France présentant des troubles liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse). En dehors du tabac, se pose un problème sur le repérage pendant la grossesse ; d'après l'ENP en 2021, 92% des femmes disaient avoir été interrogées sur leur consommation de tabac et 74% sur leur consommation d'alcool, en progression depuis 2016. Le codage lors du séjour d'accouchement n'est pas satisfaisant, avec de grandes variations observées selon les établissements. Les diagnostics sont recherchés sur l'ensemble des séjours mais rapportés à la mère au moyen de la base chaînée.

Évolution

Avec un taux global probablement sous-estimé, le taux de consommatrices de substances psychoactives est inférieur en Île-de-France par rapport à la France hexagonale et il augmente légèrement depuis 2012, mais moins qu'en France hexagonale.

Évolution des mères avec une consommation de substances psychoactives à risque en France hexagonale et Île-de-France (%)

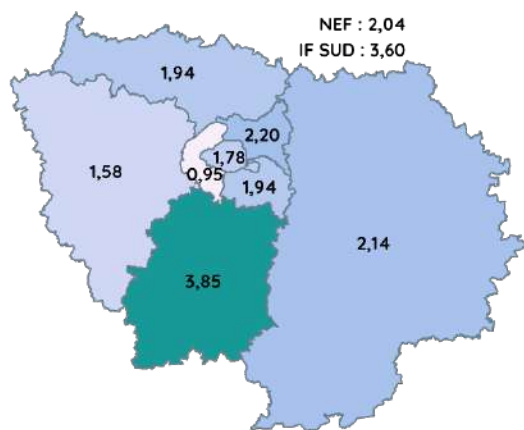


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Les différences de taux peuvent être imputables aux différences de population mais aussi aux pratiques de repérage selon les réseaux et les maternités.

Taux de mères avec une consommation de substances psychoactives à risque par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Troubles psychiatriques

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

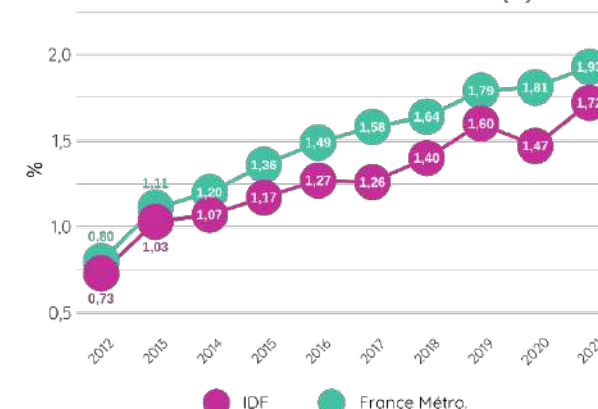
Point méthodologique

Cet item sur les troubles psychiatriques regroupe la notion de transfert depuis ou vers un service de psychiatrie, celle d'antécédents personnels de psycho-traumatisme, ou de tentative de suicide, des principales pathologies psychiatriques dont les troubles de l'humeur ou de tentatives de suicide. Le repérage de ces facteurs de risque ou de troubles afin de les prendre en charge, n'est pas encore généralisé. C'est un enjeu majeur pour la morbi-mortalité maternelle et les troubles du développement chez l'enfant. Le suicide est la 2^{ème} cause de mortalité maternelle et est considéré comme évitable dans 90% des cas d'après l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2013-2015.

Évolution

L'augmentation de la mention des troubles psychiatriques au cours des séjours d'accouchement est constatée en France comme en Île-de-France. Il peut s'agir d'une augmentation de leur fréquence ou d'une amélioration de leur repérage. Ce taux de 1,72% en IDF et 1,93% en France hexagonale reste cependant bien inférieur à la prévalence des troubles psychiatriques dans la population. D'après l'ENP 2021, 12% des femmes interrogées en suites de couches ont déclaré un sentiment de fragilisation psychique au cours de la grossesse.

Évolution du taux de mères ayant un trouble psychiatrique en France hexagonale et Île-de-France (%)

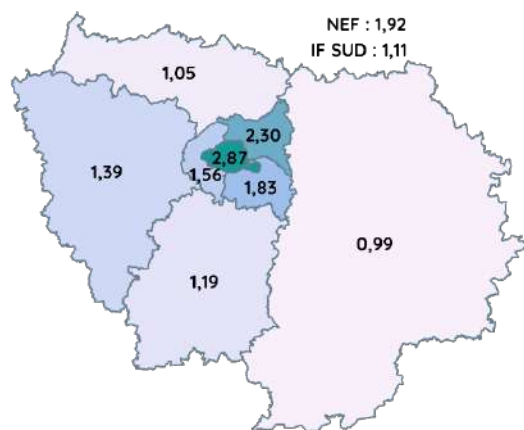


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées - en base chaînée

Situation 2021 dans la région

La mention des troubles psychiatriques chez les mères domiciliées à Paris (2,87%) et en Seine-Saint-Denis (2,30%) est bien supérieure à la moyenne d'Île-de-France. Il peut s'agir d'un meilleur accès au dépistage des troubles, d'un meilleur codage témoignant de l'intérêt pour ce sujet ou d'une population plus à risque.

Taux de mères avec un trouble psychiatrique par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Violences

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

Ce repérage n'est pas encore systématisé et de grandes variations existent dans le codage.

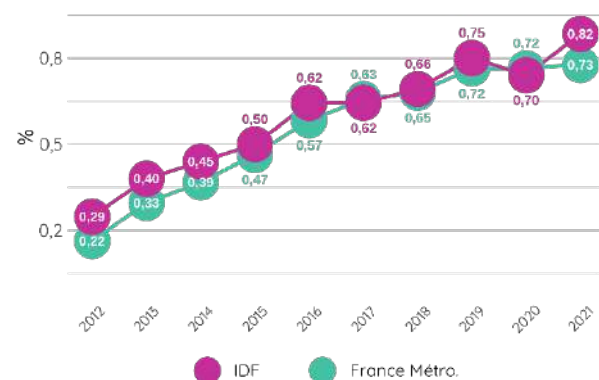
Point méthodologique

Le repérage des violences parmi les facteurs de vulnérabilité est également un enjeu important, en raison de la fréquence du problème dans la population de femmes en âge de procréer et en raison du risque de morbi-mortalité maternelle ou périnatale qui est lié. Le codage lors du séjour d'accouchement n'est pas satisfaisant, avec de grandes variations observées selon les établissements. Les diagnostics sont recherchés sur l'ensemble des séjours mais rapportés à la mère au moyen de la base chaînée.

Évolution

Le taux augmente en France (passé de 0,22 % en 2012 à 0,73% en 2021) comme en Île-de-France où le taux est un peu supérieur (0,82%) en 2021. Il peut s'agir d'un meilleur repérage, avec meilleur codage ou d'une augmentation du phénomène des violences.

Évolution du taux de mères vivant des violences en France hexagonale et Île-de-France (%)

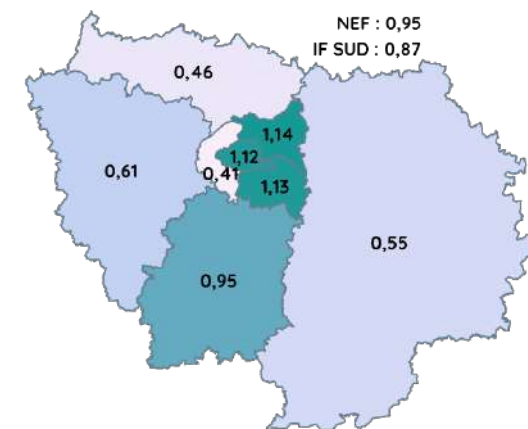


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

La mention de violences pendant la grossesse à Paris, en Seine-Saint-Denis, dans le Val de Marne et en Essonne est supérieure à la moyenne régionale de 0,82% en Île-de-France.

Taux de mères vivant des violences par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Indicateurs concernant la grossesse et ses pathologies

Grossesses multiples

Fiabilité de l'indicateur : bonne

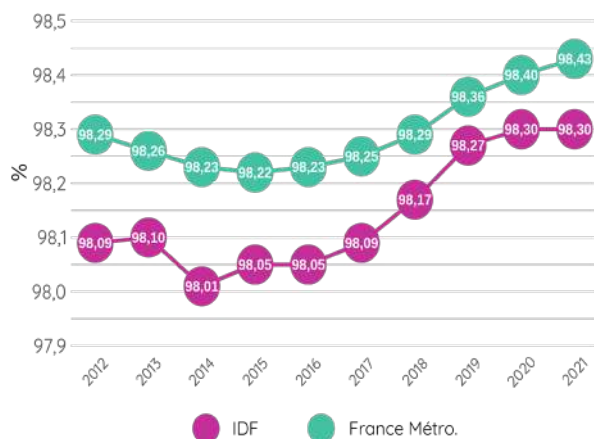
Point méthodologique

Le taux de grossesses multiples est défini d'après les séjours d'accouchement des mères. Il augmente avec l'âge des mères. Et il peut être augmenté par des traitements de l'infertilité ou les pratiques d'assistance médicale à la procréation. Depuis l'application de règles de bonnes pratiques visant à limiter l'hyperstimulation ovarienne et à favoriser le transfert mono-embryonnaire en cas de fécondation in vitro, on observe une tendance à une stabilisation du taux de grossesses gémellaires malgré l'augmentation de l'âge maternel ainsi que du taux de grossesses triples. Les grossesses multiples comportent des risques tant pour la santé des mères que pour celle de leurs enfants.

Évolution

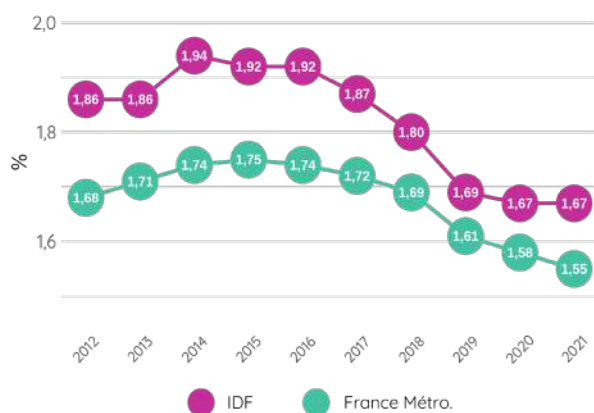
Le taux d'accouchements multiples a légèrement diminué depuis 2012 (de 1,9% à 1,7%) en IDF, restant un peu supérieur au taux de France hexagonale de 1,6%. La baisse concerne les accouchements gémellaires et triples.

Évolution du taux d'accouchements uniques



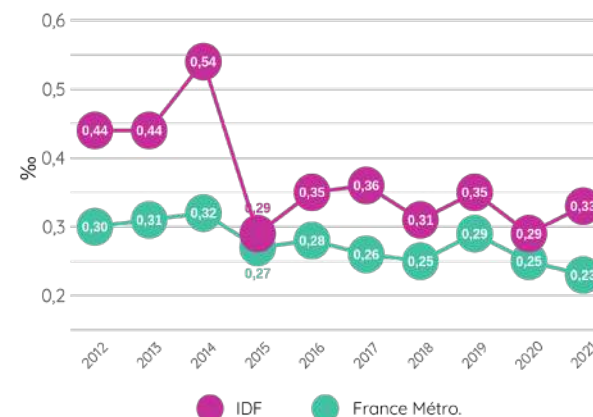
Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution du taux d'accouchements gémellaires



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution du taux d'accouchements triples



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

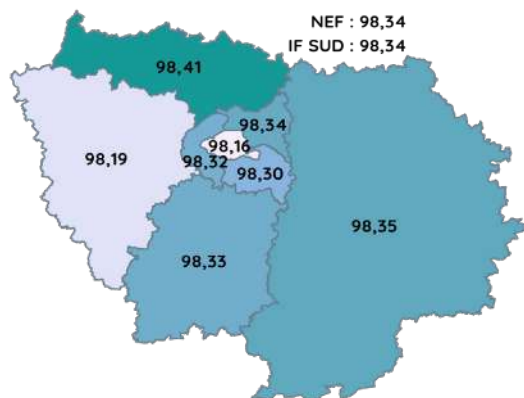
Des différences de taux d'accouchements multiples sont observées entre les départements avec le taux le plus important dans le 75 (1,84%) qui est caractérisé par un taux de mères plus âgées et par une offre importante de services d'assistance médicale à la procréation et le plus faible dans le 95 (1,59) où le taux de mères de 35 ans et plus est parmi les plus faibles d'IDF.

Effectif et taux d'accouchements uniques et multiples par départements

| | Unique (%) | Gémellaire (%) | Triple (%) | Effectif |
|---------|------------|----------------|------------|----------|
| 75 | 98,16 | 1,81 | 0,02 | 24 664 |
| 77 | 98,35 | 1,62 | 0,03 | 18 142 |
| 78 | 98,19 | 1,79 | 0,03 | 18 143 |
| 91 | 98,33 | 1,62 | 0,05 | 18 227 |
| 92 | 98,32 | 1,65 | 0,02 | 21 647 |
| 93 | 98,34 | 1,63 | 0,03 | 26 130 |
| 94 | 98,30 | 1,67 | 0,03 | 19 425 |
| 95 | 98,41 | 1,55 | 0,05 | 18 942 |
| IDF | 98,30 | 1,67 | 0,03 | 165 320 |
| Fr Hexa | 98,43 | 1,55 | 0,02 | 691 834 |

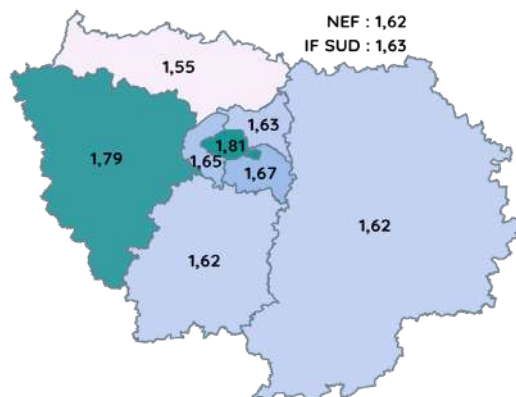
Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Taux d'accouchements uniques par département et territoire de réseau (%)



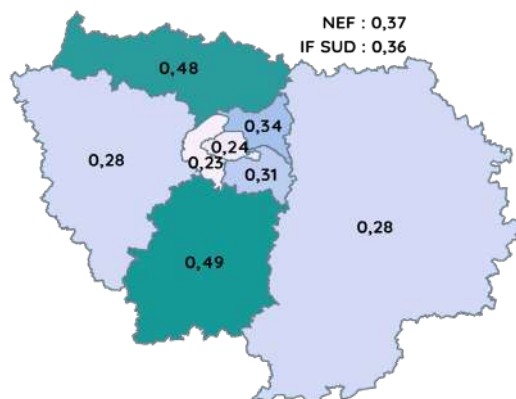
Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Taux d'accouchements gémellaires par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Taux d'accouchements triples par département et territoire de réseau (‰)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Hospitalisation durant la grossesse et transfert in utero (TIU)

Fiabilité de l'indicateur : moyenne

Point méthodologique

Une femme est comptabilisée comme ayant été hospitalisée durant la grossesse, si elle a eu au moins un séjour MCO d'obstétrique entre le début de sa grossesse et son séjour d'accouchement, ou si elle a été hospitalisée au moins 3 nuits avant son accouchement.

Les Transferts In Utero (TIU) ont été repérés de plusieurs manières : soit un mode d'entrée 'transfert' sur le séjour d'accouchement, soit un mode d'entrée ou un mode de sortie 'transfert' sur un séjour antepartum, soit deux séjours consécutifs d'obstétrique avant la date d'accouchement.

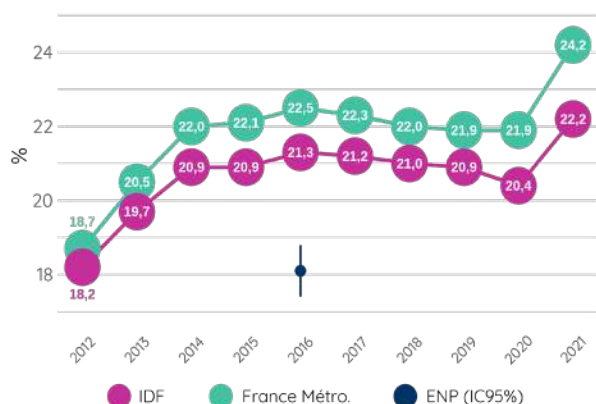
La fiabilité est jugée comme moyenne, car les modes d'entrée et de sortie sont de qualité hétérogène selon les établissements, et le chaînage inter-établissement des mères permettant de retrouver les séjours antepartum d'une même femme, est imparfait.

Évolution

En comparaison avec les données de l'ENP 2016 pour la France hexagonale avec 18,1% hospitalisation durant la grossesse, il y a plus d'hospitalisations pendant la grossesse d'après le PMSI (en France hexagonale comme en IDF). L'ENP ayant eu lieu au moment de l'accouchement, il peut y avoir un report incomplet des hospitalisations anténatales, cette donnée n'a pas été recueillie en 2021 dans l'ENP. Le taux de TIU est de 1,9% dans l'ENP 2021 mais il comporte les TIU effectués tant pour les séjours d'accouchements que pour des séjours d'hospitalisation pendant la grossesse sans accouchement ; le taux global pour la France hexagonale est légèrement supérieur en 2021 au taux retrouvé dans le PMSI. D'après le PMSI, le taux inférieur en IDF (1,52% versus 1,76% pour la France hexagonale) persiste en 2021. Les données enregistrées dans l'application HYGIE TIU ne

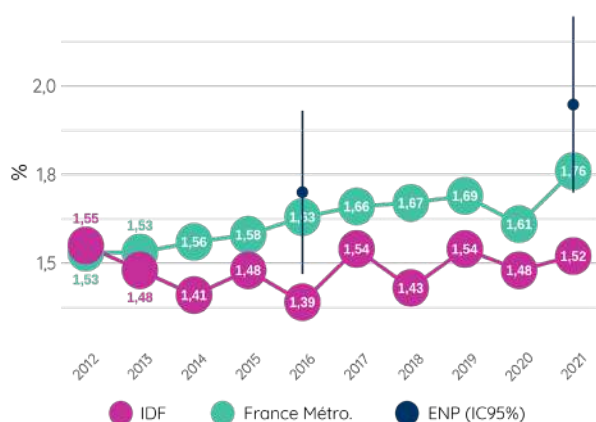
concernent pas tous les transferts d'IDF: 656 accouchements suivant un transfert in utero (pour 719 dans le PMSI en données enregistrées).

Évolution du taux d'hospitalisation durant la grossesse



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution du taux de TIU

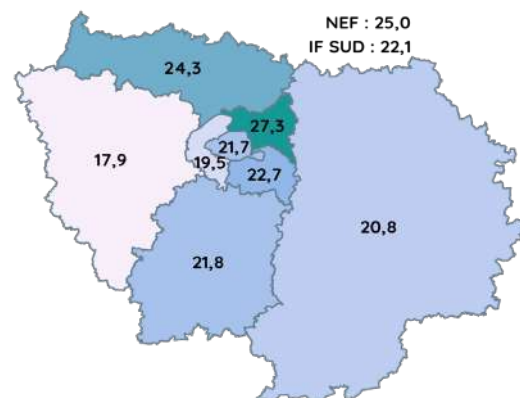


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

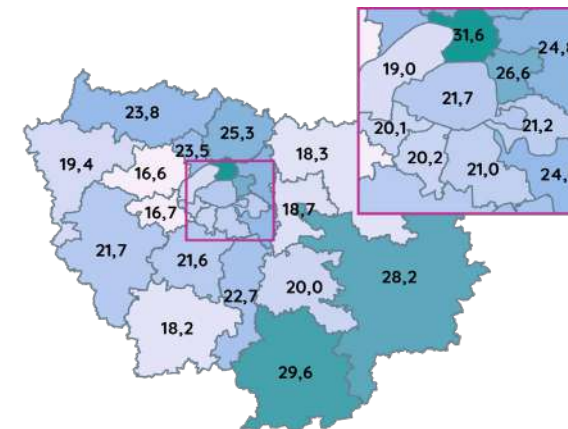
En 2021, 22% des franciliennes ont été hospitalisées durant la grossesse. Ce taux varie de 17,9% dans le 78 à 27,3% dans le 93. A l'échelle des arrondissements INSEE, les femmes résidant dans l'ouest de l'IDF sont moins hospitalisées durant la grossesse que celles domiciliées à l'est. Les taux varient presque du simple au double entre celui de Poissy (16,6%) et celui de Saint-Denis (31,6%) ou Fontainebleau (29,6%).

Taux d'hospitalisation durant la grossesse par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Taux d'hospitalisation durant la grossesse par arrondissement INSEE (%)

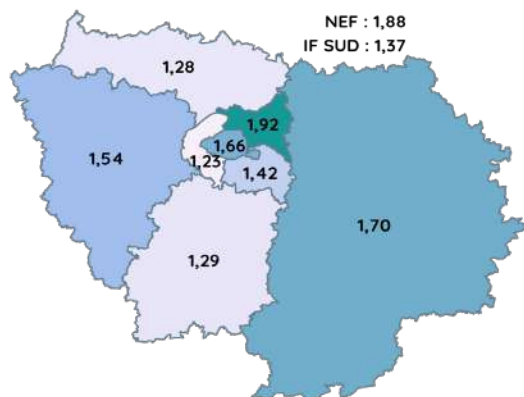


Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Selon le PMSI, 1763 franciliennes sont sorties par transfert en cours de grossesse et 719 ont accouché en 2021 après avoir bénéficié d'un transfert in utero. Par ailleurs, 1687 transferts réalisés (dont 85% vers des centres périnataux de type III) ont été enregistrés dans le logiciel HYGIE par la cellule de transfert in utero et les établissements.

Le taux de TIU varie de 1,23 % dans les départements du 92 à 1,92% dans le département du 93.

Taux de TIU par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Diabète gestationnel

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

La méthode de repérage du diabète gestationnel a évolué ces dernières années, en particulier, depuis les recommandations sur le dépistage du diabète gestationnel issues d'un consensus entre le CNGOF et la Société Francophone du Diabète en 2010. L'évolution du taux peut refléter une augmentation réelle du diabète gestationnel liée à l'augmentation

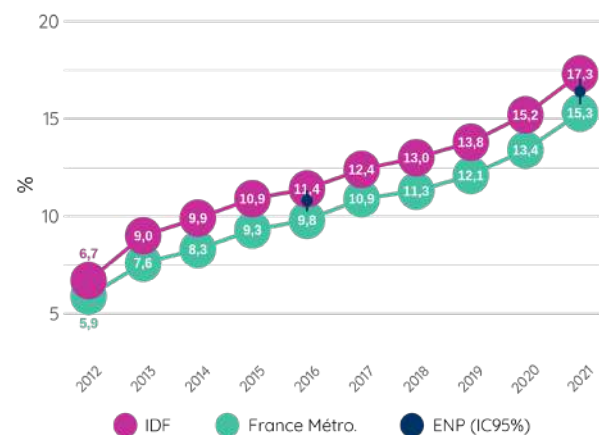
des facteurs de risque (âge et obésité) et/ou un meilleur repérage et codage. Les codes de diabète gestationnel sont recherchés dans les séjours antepartum et les séjours d'accouchement, et rapportés à la mère, d'après la base chaînée.

Évolution

L'augmentation du taux de diabète gestationnel dans le PMSI correspond aux données des enquêtes périnatales 2016 et 2021 (de 10,8% à 16,4%).

Le taux reste supérieur en IDF (17,3%) au taux en France hexagonale (15,3%) en 2021.

Évolution du taux de diabète gestationnel

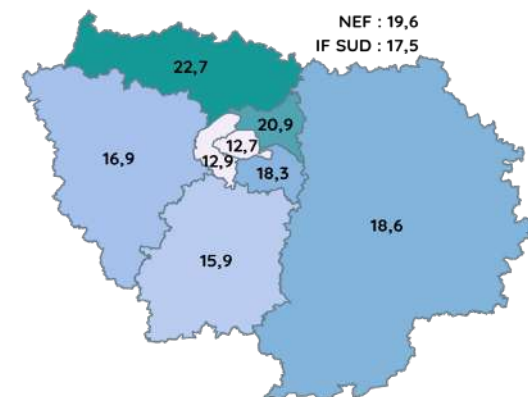


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

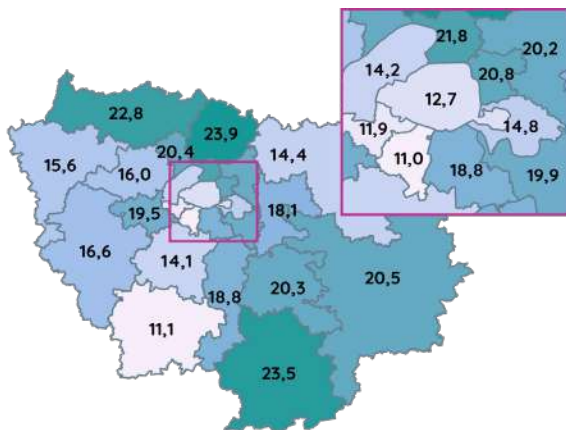
17,3% des franciliennes qui ont accouché en 2021 ont un diabète gestationnel. Le taux est supérieur au taux régional pour les femmes domiciliées dans le 95 (22,7%) et le 93 (20,9%). A l'échelle des arrondissements INSEE, les taux élevés de diabète gestationnel sont situés dans l'arrondissement de Fontainebleau (23,5%), de Pontoise (22,8%) et Gonesse (23,9%).

Taux de diabète gestationnel par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Taux de diabète gestationnel par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Diabète préexistant

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

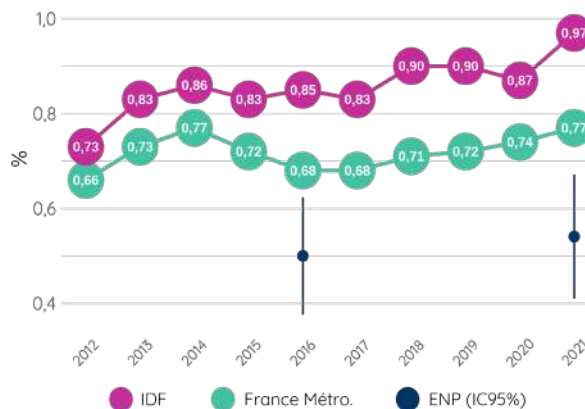
Point méthodologique

Les codes de diabète préexistant sont recherchés dans les séjours ante-partum et les séjours d'accouchement. La qualité est jugée insuffisante en raison de la surestimation des valeurs du PMSI (avec possible erreur de codage et confusion entre le diabète gestationnel insulino-requérant et le diabète insulino-dépendant préexistant par exemple) par rapport aux données de l'enquête nationale périnatale (ENP) qui constate cependant une augmentation entre 2016 et 2021 en France hexagonale.

Évolution

Le taux de diabète préexistant tend à augmenter et reste supérieur en IDF par rapport à la France hexagonale.

Évolution du taux de diabète préexistant

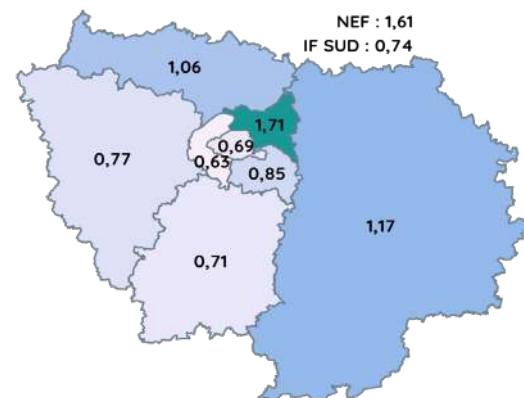


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

0,97% des franciliennes qui ont accouché en 2021 ont un diabète préexistant selon le PMSI. Ce taux est plus important pour les femmes domiciliées dans le 93 (1,71%) et le 77 (1,17%). Ces taux peuvent être influencés par la politique de repérage au premier trimestre et le codage.

Taux de diabète préexistant par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Pré-éclampsie sévère

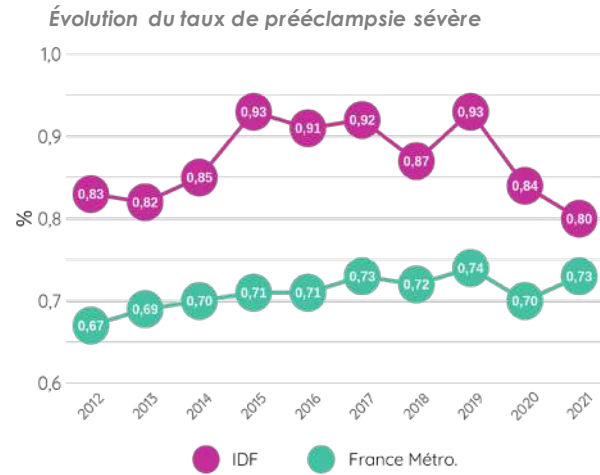
Fiabilité de l'indicateur : correcte

Point méthodologique

Les codes de prééclampsie sévère (incluant le syndrome HELLP et l'éclampsie) sont recherchés dans les séjours ante-partum et les séjours d'accouchement. La survenue d'une prééclampsie sévère est un facteur de risque maternel et de risque périnatal (prématurité, retard de croissance in utero avec risque de mort fœtale in utero ou naissance d'enfant de petit poids de naissance, ...). La comparaison avec l'ENP n'est pas adéquate pour l'indicateur prééclampsie sévère car l'indicateur ENP concerne globalement les prééclampsies et non les seules formes sévères que nous avons retenues (<https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/etude-epimoms>)

Évolution

L'évolution du taux diffère légèrement en IDF et France hexagonale avec un taux IDF qui diminue mais reste cependant supérieur.

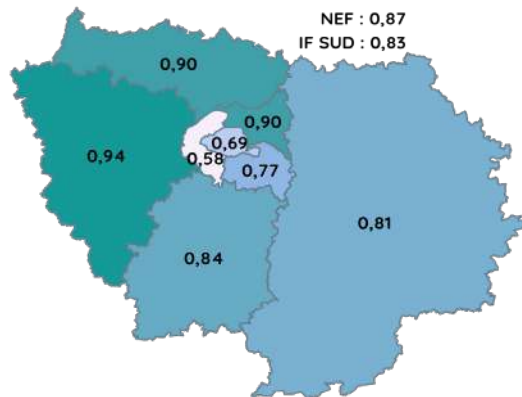


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

0,8% des franciliennes qui ont accouché en 2021 ont un des diagnostics de prééclampsie sévère. Ce taux est légèrement plus important pour les femmes domiciliées dans le 78 (0,94%), le 93 (0,9%) et le 95 (0,9%).

Taux de prééclampsie sévère par département et territoire de réseau (%)



Accouchements : indicateurs de modalités et pratiques

A RETENIR - Malgré une diminution du taux de césariennes et du taux de voies basses instrumentales en IDF, ces taux restent au-dessus des taux nationaux en 2021.

Césarienne

Fiabilité de l'indicateur : bonne

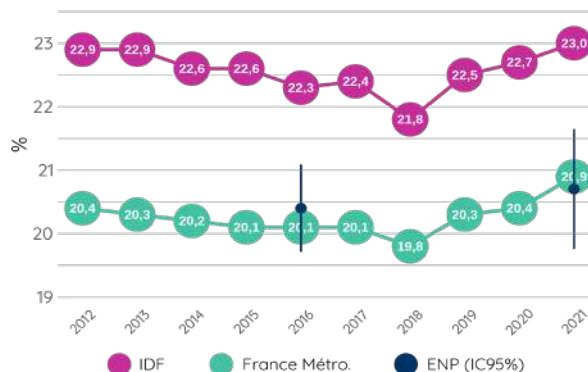
Point méthodologique

Le taux de césariennes est calculé pour l'ensemble des accouchements, mais également pour 2 sous-groupes de femmes inspirés par la classification de Robson : (1) groupe « à bas risque » défini par une grossesse à terme, unique, en présentation céphalique et sans utérus cicatriciel (il réunit les groupes 1 à 4 de Robson), (2) groupe « avec utérus cicatriciel » défini par une grossesse à terme, unique, en présentation céphalique et avec utérus cicatriciel (groupe 5 de Robson). Depuis mars 2019, la parité est codifiable dans le PMSI, quel que soit le mode d'accouchement. Ainsi l'analyse Robson via le PMSI peut être plus détaillée. Ces données détaillées sont accessibles sur le site accouchements.sante-idf.fr.

Évolution

Le taux de césarienne est stable depuis 2012 en Ile de France (de 22,9% à 23% en 2021), et augmente légèrement en France hexagonale. Le taux de césarienne en IDF reste plus élevé qu'en France hexagonale (23% versus 20,9%), mais l'écart tend à se réduire.

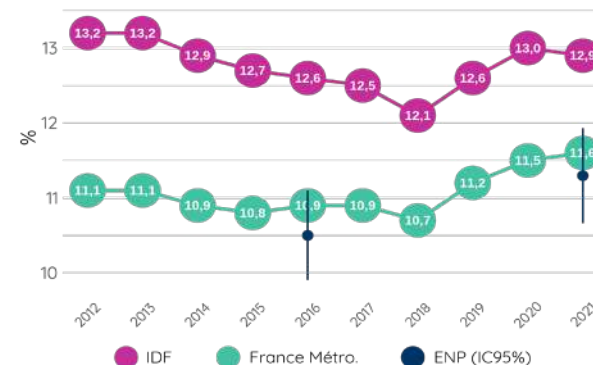
Évolution des taux de césarienne en FH et IDF (%)



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

La part des femmes « à bas risque de césarienne » (groupes 1 à 4 de Robson) en IDF est plus faible qu'en France (77,6% versus 79,4%). Le taux de césarienne dans ce groupe à bas risque a diminué en IDF depuis 2012 passant de 13,2% à 12,9%, mais reste plus élevé qu'en France hexagonale (11,6%). La contribution de ce groupe au taux global de césarienne est de 10% en IDF, et de 9,2% en France hexagonale en 2021.

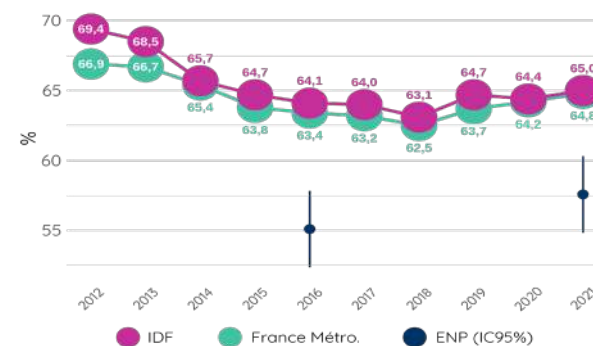
Évolution des taux de césarienne pour un groupe à bas risque en FH et IDF (%)



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

La part des femmes du groupe avec utérus cicatriciel (groupe 5 de Robson) en IDF est plus importante qu'en France (10,7% versus 8,9%). Le taux de césarienne dans ce groupe a fortement diminué passant de 69,4% en 2012 à 65% en 2021 en IDF. Leur contribution au taux global de césarienne est de 7% en IDF (5,8% en France).

Évolution des taux de césarienne pour le groupe avec un utérus cicatriciel en FH et IDF (%)



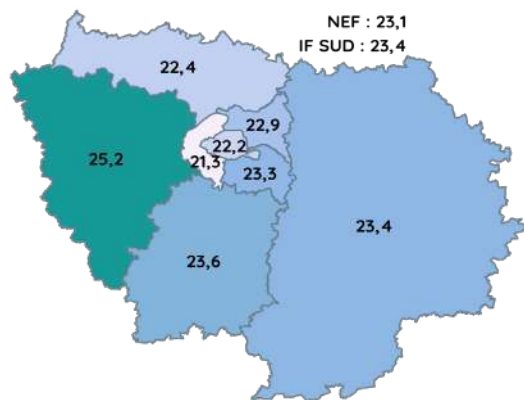
Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

La différence du taux de césarienne global de 2 points entre l'IDF et la France (23% versus 20,9%) peut s'expliquer par (1) un taux de césarienne plus élevé dans le groupe à bas risque, et (2) par une part plus importante des femmes avec un utérus cicatriciel.

Situation 2021 dans la région

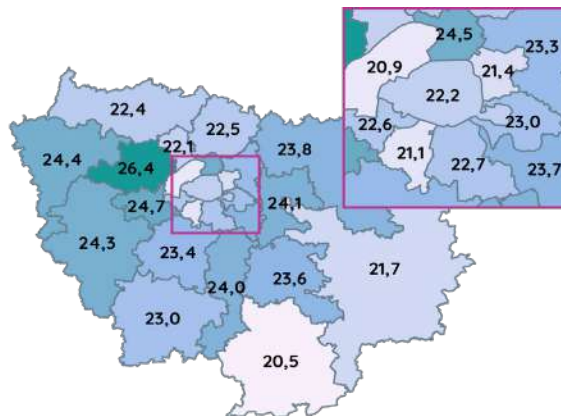
Les taux de césariennes sont significativement plus élevés dans les départements du 78 (25,2%) et du 91 (23,6%), et plus bas dans le 92 (21,3%) et le 75 (22,2%). A l'échelle des arrondissements, ceux de Poissy (26,4%), Versailles (24,7%), Saint-Denis (24,5%) ont les taux les plus élevés de césarienne. A l'inverse, les territoires de Fontainebleau (20,5%), et du Nord des Hauts de Seine (20,9%) ont les taux les plus faibles. Les territoires du département du 75 révèlent de grandes disparités pour les taux de césariennes.

Taux de césarienne par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

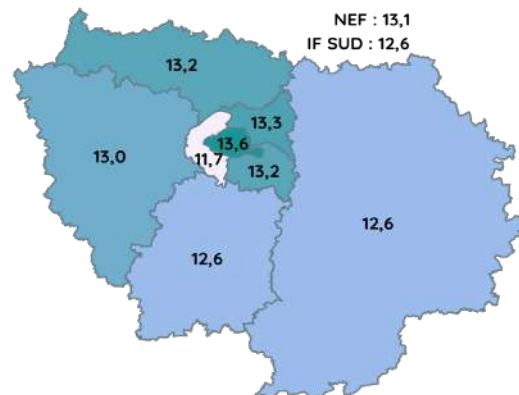
Taux de césarienne par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

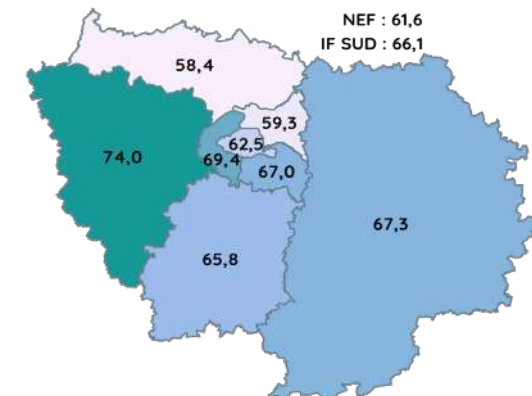
Alors que le département du 75 a un taux global de césarienne assez faible, le taux de césarienne dans la population à bas risque (groupes 1 à 4 de Robson) est élevé (13,6%). En ce qui concerne la population avec utérus cicatriciel (groupe 5 de Robson), les taux de césariennes sont plus faibles dans les départements du 93 (59,3%) et du 95 (58,4%).

Taux de césarienne dans le groupe à bas risque par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Taux de césarienne dans un groupe avec utérus cicatriciel par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Voie basse instrumentale

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

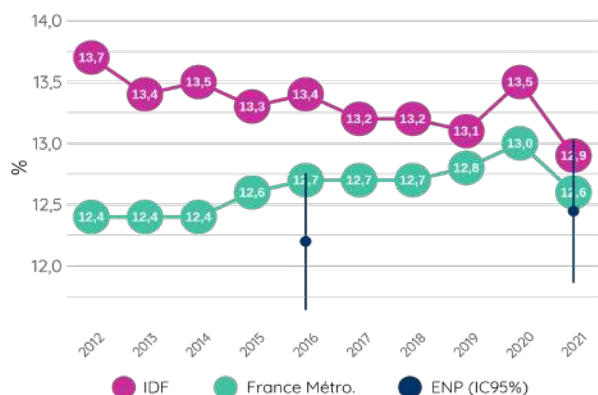
Dans ce rapport, l'extraction instrumentale est définie par l'utilisation de ventouses, de forceps et / ou de spatules. Les actes de manœuvres obstétricales ne sont pas inclus.

Évolution

Alors que le taux de voies basses instrumentales diminue légèrement en IDF depuis 2012 passant de 13,7% à 12,9%, le taux national stagne. Cependant,

il reste encore légèrement en-dessous du taux francilien en 2021 (12,6% versus 12,9%).

Évolution des taux de voies basses instrumentales en FH et IDF (%)

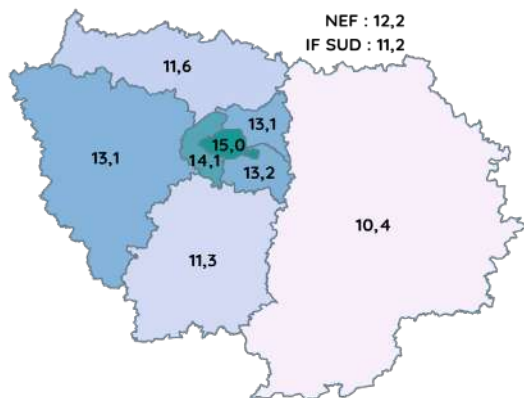


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Les taux de voies basses instrumentales varient entre 10,4% dans le 77 à 15% dans le 75. Les taux sont plus élevés dans les départements de Paris et petite couronne.

Taux de voies basses instrumentales par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Voie basse spontanée

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

Dans ce rapport, la voie basse spontanée est définie comme une voie basse n'ayant pas nécessité une extraction instrumentale. Elle peut inclure des manœuvres obstétricales.

Évolution

Le taux de voies basses spontanées baisse légèrement en France hexagonale (66,8 - 65,9%) comme dans les données de l'ENP (entre 2016 et 2021). Il reste supérieur au taux IDF, qui lui, augmente légèrement (de 63,0% en 2012 à 63,4% en 2021).

Évolution des taux de voies basses spontanées en FH et IDF (%)

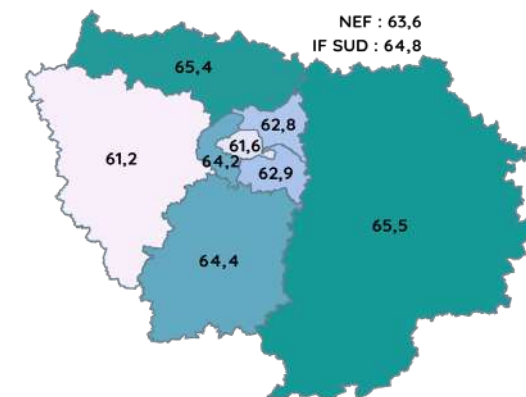


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Le taux de voies basses spontanées varie de 61,2% dans le 78 à 65,5% dans le 77.

Taux de voies basses spontanées par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Pour en savoir plus

Korb B. et al. Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population-based propensity score analysis. CMAJ 2019 April 1;191:E352-60.

Épisiotomie

A RETENIR - Le taux d'épisiotomie continue de baisser. Cette diminution s'est accélérée depuis 2017, possiblement en lien avec l'actualité de l'été 2017 où la pratique de l'épisiotomie a été évoquée comme une « violence obstétricale » et avec les recommandations du CNGOF et de la HAS en 2018.

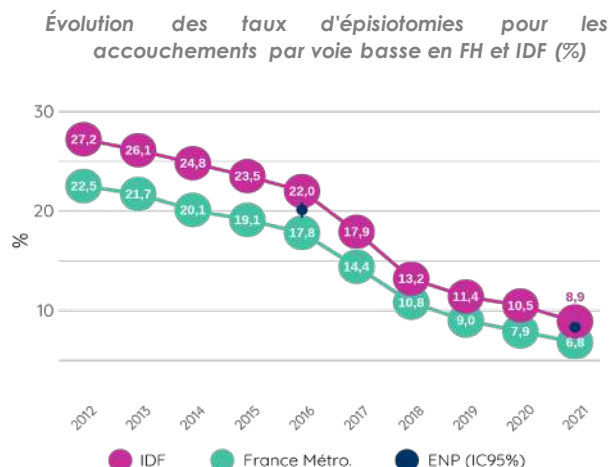
Fiabilité de l'indicateur : moyenne

Point méthodologique

Le taux d'épisiotomie est calculé pour le total des accouchements par voie basse. L'acte d'épisiotomie est sous-codé dans le PMSI d'après les comparaisons avec les ENP 2010 et 2016, et encore en 2021 où il est de 8,3% dans l'ENP et d'après le PMSI de 6,8% pour la France hexagonale. En IDF, 3 établissements franciliens situés dans 3 départements ne codaient pas du tout cet acte. Il pourrait être discuté de séparer le taux d'épisiotomie selon que l'accouchement par voie basse est spontané ou par voie instrumentale. S'il n'est pas recommandé de réaliser une épisiotomie de façon systématique en cas de voie basse spontanée, une épisiotomie peut être indiquée pour prévenir les lésions obstétricales du sphincter anal, en cas de voie basse instrumentale (Etude Instrumoda).

Évolution

Le taux d'épisiotomie diminue en France comme en IDF selon les ENP 2010, 2016 et 2021. Les taux calculés à partir des données du PMSI sont sous-estimés puisque certains établissements ne codent pas toujours cette information. Depuis 2016, ces taux chutent, passant en IDF de 22,0% en 2016 à 8,9% en 2021. Le recours à l'épisiotomie est plus important en IDF qu'en France d'après le PMSI, mais plus proche du taux de l'ENP 2021.

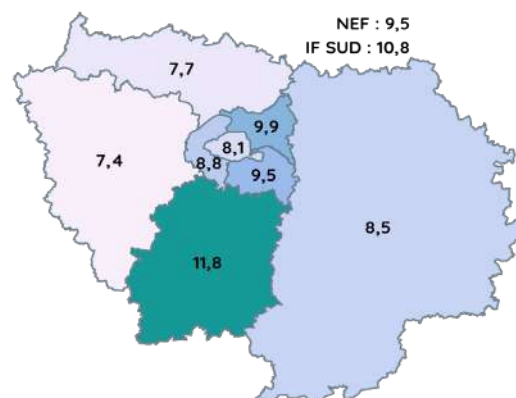


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Les taux d'épisiotomies codées dans le PMSI varient de 7,4% dans le 78 à 11,8% dans le 91.

Taux d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Analgesie peridurale pour l'accouchement par voie basse

A RETENIR - Le recours à l'analgésie péridurale lors d'un accouchement par voie basse est plus fréquent en IDF qu'en France hexagonale (85,4% versus 80,8%).

Fiabilité de l'indicateur : moyenne

Point méthodologique

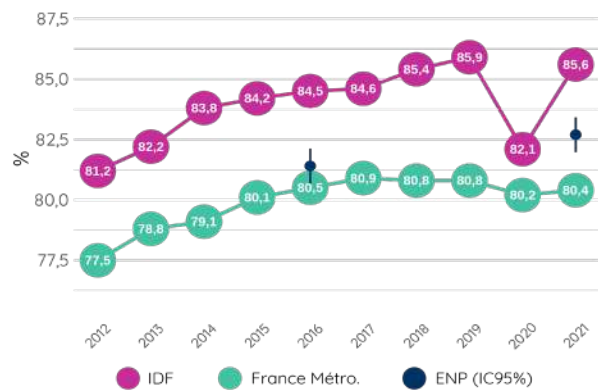
Le taux d'analgésies péridurales est calculé pour les accouchements par voie basse. Pour l'année 2020, un établissement parisien ne codait pas du tout cette information.

Évolution

En 2021, le recours à la péridurale lors d'un accouchement par voie basse est plus fréquent en IDF (85,6%) qu'en France hexagonale (80,4%).

Selon le PMSI, les taux de péridurales semblent augmenter en IDF comme en France. Cependant, les comparaisons avec les données des ENP 2010 et 2016 suggèrent plutôt que l'augmentation est principalement due à l'amélioration de l'enregistrement de cette information dans le PMSI, mais un sous-codage reste possible en comparaison avec le taux de l'ENP 2021 (82,7%).

Évolution des taux de péridurales pour les accouchements par voie basse en FH et IDF (%)

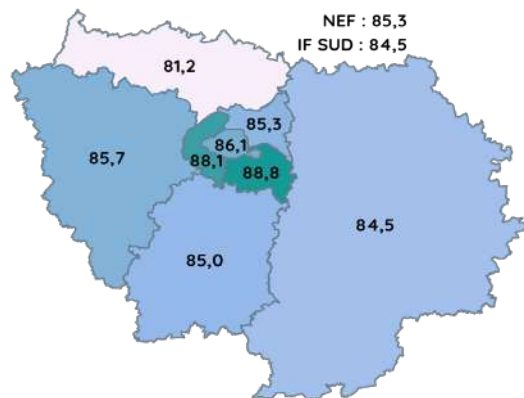


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

Le recours à la péridurale varie de 81,2% dans le 94 à 88,8% dans le 94.

Taux de péridurales pour les accouchements par voie basse par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Durée de séjour en suite de couches

A RETENIR - Les durées moyennes de séjour en suite de couches diminuent.

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

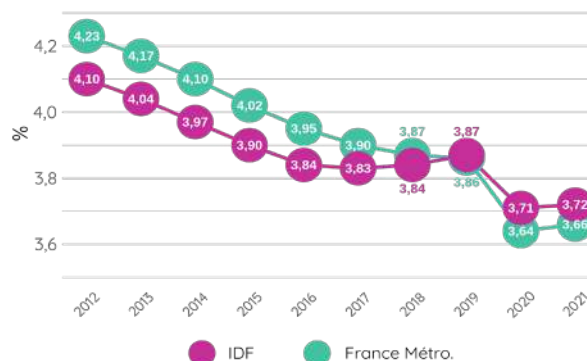
La durée moyenne de séjour (DMS) en suite de couches est la durée entre le jour d'accouchement et le jour de sortie. Elle est exprimée en nombre de nuitées. Les durées sont aussi calculées selon le mode d'accouchement : césarienne et voie basse.

Évolution

Les durées de séjour en suite de couches diminuent, tant pour les accouchements par voie basse que pour les accouchements par césarienne. La baisse est encore plus nette depuis l'année du début de la pandémie de COVID en 2020 ; elle est aussi importante entre 2019 et 2021 qu'au cours de la période 2012-2019. Globalement, les DMS ont été réduites de 0,4 nuitées en 10 ans pour l'IDF. La DMS lors d'une césarienne a diminué de façon plus importante que lors d'une voie basse (-13% en IDF sur 10 ans versus -8%). Les durées de séjour sont légèrement plus courtes en IDF qu'en France.

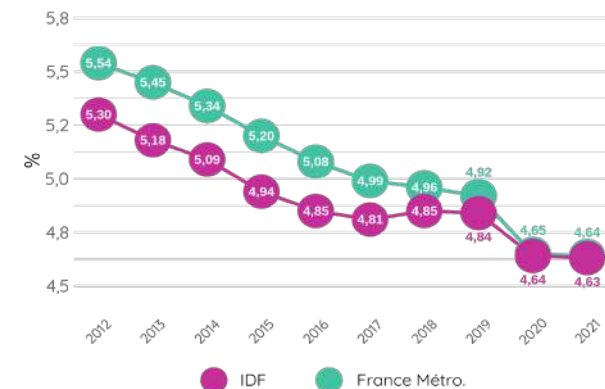
En 2021, la durée moyenne de séjour en suite de couches est de 3,7 nuitées en IDF : 4,6 lors d'une césarienne et 3,5 lors d'une voie basse.

Évolution des DMS en suite de couches pour l'ensemble des accouchements en FH et IDF (nuitées)



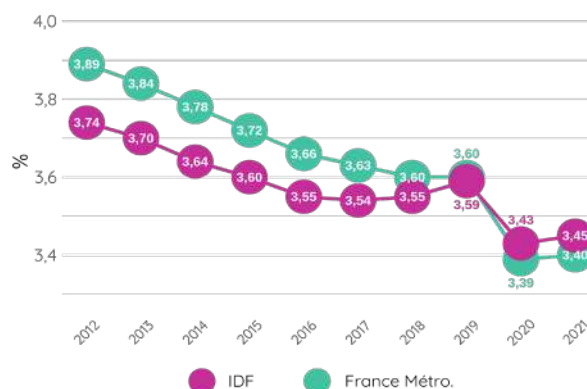
Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution des DMS en suite de couches pour les accouchements par césarienne en FH et IDF (nuitées)



Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Évolution des DMS en suite de couches pour les accouchements par voie basse en FH et IDF (nuitées)

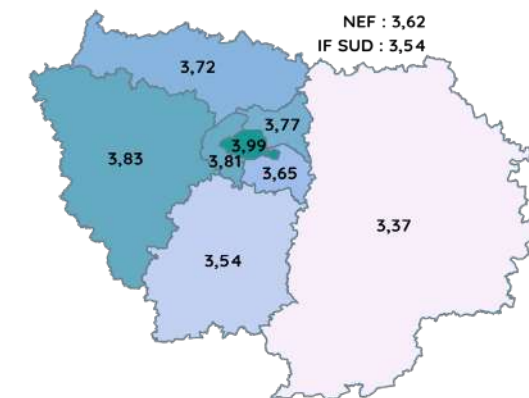


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

La DMS varie pour l'ensemble des accouchements, entre 3,4 nuitées dans le 77 et 4,0 dans le 75.

DMS en suite de couches par département et territoire de réseau (nuitées)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Morbidité maternelle

Indicateur de complication de l'accouchement : Hémorragie du post-partum

Fiabilité de l'indicateur : correcte

Point méthodologique

Le repérage des hémorragies du post-partum (HPP) dans le PMSI repose sur l'analyse des diagnostics et des actes de traitement de cette pathologie mais le niveau de sévérité est difficile à apprécier puisque cela nécessite la mesure du volume de sang perdu. Dans cette analyse il a été considéré qu'une HPP était sévère « au sens du PMSI », si on retrouvait dans les séjours au moins une des situations suivantes : - un acte d'embolisation ou de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomies totales ou subtotaux ou de tamponnements utérins ; - un acte CCAM de transfusion sanguine ; - un passage dans une unité de réanimation de soins intensifs, ou de soins continus. Ces actes et passages sont recherchés dans la sélection des séjours d'accouchements avec HPP et également dans les séjours de patientes transférées identifiés par un code diagnostic ou un acte de traitement des HPP ce qui nécessite d'utiliser une base chaînée de RSA. Les HPP tardives ne sont pas traitées dans ce chapitre.

Une augmentation des HPP globales peut par exemple s'expliquer en partie par un meilleur codage et par les actions d'amélioration de la surveillance du post-partum immédiat et être un indicateur de « bonne pratique ».

Les variations de taux d'HPP sévères peuvent aussi dépendre du codage des actes (par exemple celui de la transfusion sanguine pour HPP), mais le taux d'HPP sévères nous a semblé cependant être un

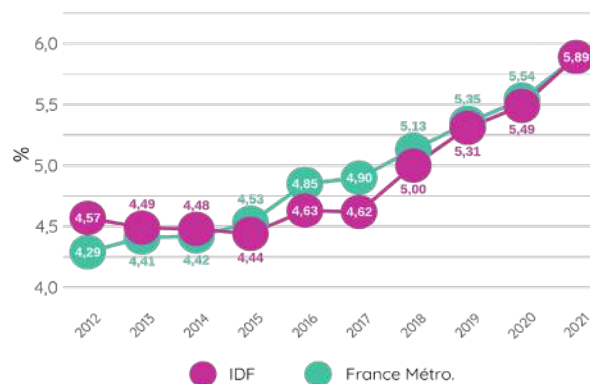
meilleur indicateur de la morbidité maternelle, même si l'utilisation de dispositif de tamponnement utérin est un reflet plus discutable de la gravité, car peut être utilisé avant l'aggravation importante des pertes sanguines.

L'HPP est encore la première cause de morbidité maternelle sévère en période péri-partum et représente 20% des causes directes des décès maternels.

Taux d'HPP en France hexagonale et en IDF de 2012 à 2021

En 2021 le taux d'HPP en IDF est de 5,9% comme en France hexagonale. On observe en IDF depuis 2012 une augmentation de 1,3% du taux d'HPP qui peut s'expliquer en partie par un meilleur codage. Dans l'ENP 2021, le taux d'HPP est en effet de 11,6%. Il y a donc un sous-codage global dans le PMSI pour les HPP.

Évolution du taux d'HPP en FH et IDF (%)

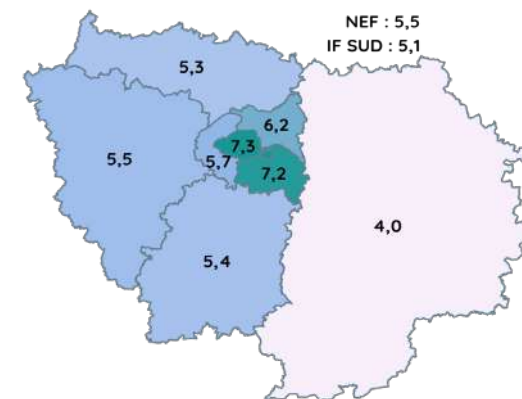


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

En 2021, la variation du taux d'HPP est nette entre les départements d'IDF allant de 4% dans le 77 à 7,3% dans le 75.

Proportion des HPP par département et territoire de réseau (%)



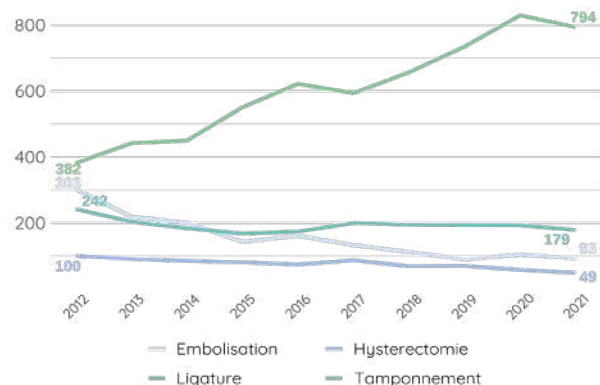
Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Prise en charge des HPP

Évolution

L'évolution des actes de traitement de l'hémorragie du post-partum entre 2012 et 2021 est marquée par une baisse des embolisations de 70%, d'une baisse des ligatures artérielles de 26% et des hystérectomies de 51% et d'une augmentation très importante des tamponnements « utérin ou intravaginal » incluant la compression par ballon de Bakri, de 107%.

Évolution du volume d'actes réalisés pour HPP en Île-de-France (%)



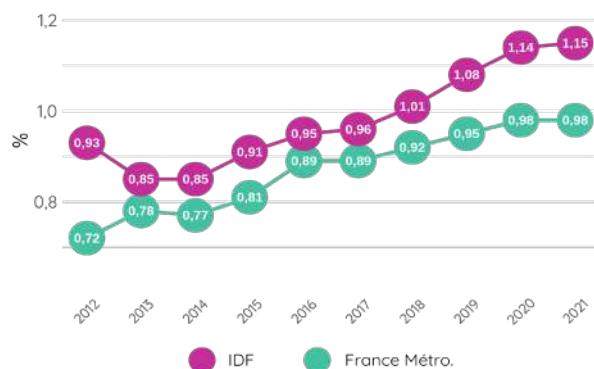
Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Hémorragie sévère du post-partum

Évolution

Le taux d'HPP sévères a beaucoup augmenté entre 2012 et 2021 (en lien avec l'augmentation des actes de transfusion et surtout du tamponnement intra-utérin - voir plus haut). Les taux franciliens sont légèrement inférieurs au taux national. En 2021, le taux d'HPP sévère est de 1,15 cas pour 100 accouchements en IDF, versus 0,98 cas en France hexagonale.

Évolution du taux d'HPP sévères en FH et IDF (%)

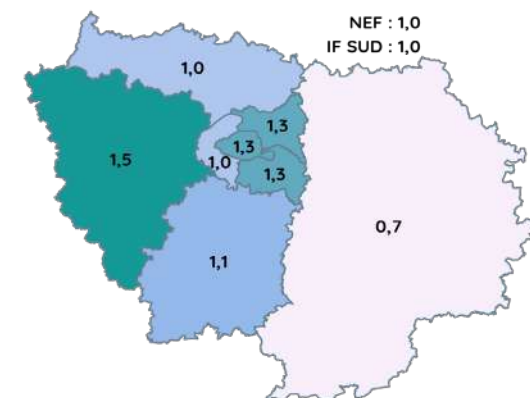


Source : PMSI 2012 à 2021 - données domiciliées

Situation 2021 dans la région

En 2021, les taux d'HPP sévères significativement plus élevés concernaient le 78 avec 1,5%. Les plus faibles étaient pour le 92 et le 77 avec 0,7%. Le protocole du réseau MYPA a utilisé le tamponnement intra-utérin de façon plus ancienne et plus fréquente. Or cet acte entre dans la définition utilisée pour le repérage des HPP sévères, ce qui peut être discutable avec l'augmentation de son utilisation qui a permis de prévenir la nécessité d'autres actes comme l'embolisation.

Proportion des HPP sévères par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Indicateurs concernant les nouveaux nés

| | |
|--|----|
| Prématurité..... | 47 |
| Poids de naissance..... | 51 |
| Nouveau-nés éligibles au suivi des nouveau-nés vulnérables (SEV)..... | 53 |
| Dépistage précoce de la surdité néonatale permanente | 56 |
| Mortinatalité et mortalité infantile..... | 57 |

Prématurité

A RETENIR – Le taux de la prématurité totale pour les naissances vivantes est de 6,93% en IDF et de 6,59% en France hexagonale ou 6,48% en France hexagonale hors IDF. Le taux de grande prématurité est de 1,55% en IDF et 1,38% en France hexagonale ou 1,32% en France hexagonale hors IDF.

L'écart entre l'IDF et la France hexagonale augmente légèrement entre 2016 et 2021.

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

L'âge gestationnel est une donnée obligatoire du résumé de sortie des nouveau-nés. Il est calculé en semaines d'aménorrhée révolues et correspond à l'âge gestationnel à la naissance qui doit être égal au terme de l'accouchement indiqué sur le résumé de la mère.

Évolution de la prématurité de 2016 à 2021 en IDF et France hexagonale pour les naissances vivantes

Évolution des taux de prématurité de 2016 à 2021 par département domicilié, IDF et FH

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Effectifs 2021 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| 75 | 6,70 | 6,59 | 6,56 | 6,38 | 6,48 | 6,22 | 1 555 |
| 77 | 7,95 | 7,13 | 7,98 | 7,54 | 7,84 | 7,39 | 1 350 |
| 78 | 6,89 | 7,28 | 6,40 | 6,48 | 6,12 | 6,67 | 1 214 |
| 91 | 7,57 | 7,72 | 7,29 | 7,58 | 7,34 | 7,37 | 1 353 |
| 92 | 6,78 | 6,85 | 6,68 | 5,97 | 6,17 | 6,17 | 1 342 |
| 93 | 7,09 | 7,44 | 7,50 | 7,09 | 7,18 | 7,46 | 1 963 |
| 94 | 7,76 | 7,17 | 6,77 | 7,11 | 7,23 | 7,22 | 1 409 |
| 95 | 7,05 | 7,35 | 7,03 | 7,31 | 6,56 | 7,10 | 1 355 |
| IDF | 7,18 | 7,17 | 7,02 | 6,89 | 6,85 | 6,93 | 11 541 |
| Fr Hexa | 6,97 | 6,97 | 6,85 | 6,72 | 6,54 | 6,59 | 45 823 |

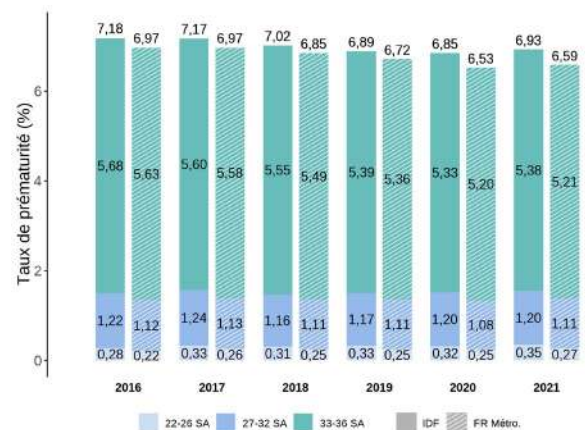
Source : PMSI 2016 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Évolution du taux prématurité en IDF selon les classes de terme de 2016 à 2021

Cette évolution témoigne d'un accroissement de la prise en charge active des extrêmes prématurés

(nés entre 22 et 26 SA), depuis les comparaisons internationales à la suite de l'étude Epipage 2 réalisée en France en 2011 (dont le projet européen Epice en 2016 <https://www.epiceproject.eu/en/>).

Évolution du taux prématurité en IDF et FH selon les classes de terme de 2016 à 2021



Source : PMSI 2016 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Situation 2021 en IDF

Dans le tableau ci-dessous, le taux de prématurité global de l'année 2021 de 6,93% est analysé par classes de terme et par département d'IDF, et montre de grandes disparités allant de 7,46% en Seine-Saint-Denis à 6,17% dans le 92.

Dans chaque classe de terme, le 93 enregistre les effectifs les plus importants.

En IDF le taux de prématurés de moins de 33 SA (1,55%) est supérieur à celui de la France hexagonale (1,38%). 5 départements ont des taux supérieurs à la moyenne d'IDF : 93 (1,76%), 77 (1,70%), 78 (1,54%), 91 (1,53%), 94 (1,68%) et 95 (1,77%). Le 75 et le 92 ont les taux de prématurité de moins de 33 SA les moins élevés (1,25%) à Paris et (1,26%) dans le 92.

À noter que le Val d'Oise (avec 34 enfants soit 0,51%) et la Seine-Saint-Denis (avec 118 enfants soit 0,45%) ont des taux de naissances

d'extrêmes prématurés proches du double de celui de Paris (62 enfants soit 0,25 %) ou le 92 (50 enfants soit 0,26%).

Naissances vivantes domiciliées par classe de terme en %, année 2021

| | 22-26 SA | 27-32 SA | 33-36 SA | 37+ SA | Effectif naissances 2021 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------------------|
| 75 | 0,25 | 1,00 | 4,97 | 93,78 | 25 014 |
| 77 | 0,33 | 1,37 | 5,69 | 92,61 | 18 277 |
| 78 | 0,31 | 1,23 | 5,13 | 93,33 | 18 210 |
| 91 | 0,36 | 1,17 | 5,84 | 92,61 | 18 347 |
| 92 | 0,23 | 1,03 | 4,91 | 93,83 | 21 750 |
| 93 | 0,45 | 1,31 | 5,70 | 92,54 | 26 330 |
| 94 | 0,39 | 1,29 | 5,54 | 92,78 | 19 511 |
| 95 | 0,51 | 1,26 | 5,33 | 92,90 | 19 082 |
| IDF | 0,35 | 1,20 | 5,38 | 93,07 | 166 521 |
| Fr Hexa | 0,27 | 1,11 | 5,21 | 93,41 | 695 807 |

Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

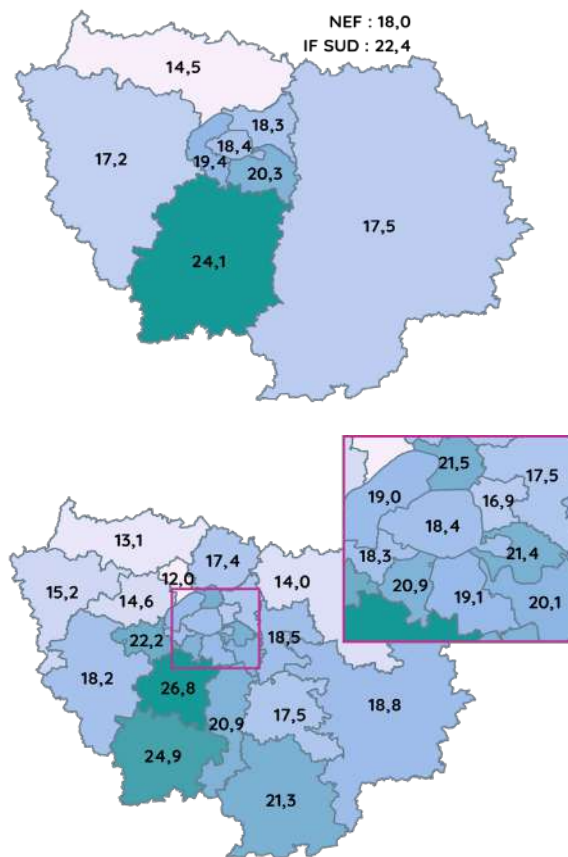
Prise en charge en néonatalogie

Les unités de néonatalogie sont classées selon la lourdeur croissante de la prise en charge et sont identifiables par le code d'autorisation d'unité médicale (UM) présent dans le RSA. Ainsi il est possible de distinguer au sein du séjour d'un nouveau-né les passages dans chacune des unités médicales autorisées, qui sont définies par les codes UM : 06 (néonatalogie avec réanimation), 05 (néonatalogie avec soins intensifs) et 04 (néonatalogie). Cette dernière autorisation caractérise également les unités « Kangourou » installées au sein des services de maternité. Le séjour d'un nouveau-né peut se dérouler dans une ou plusieurs unités médicales. Dans ce rapport nous prendrons en compte le niveau de prise en charge le plus élevé retrouvé dans le RSA du patient. Les enfants pris en charge dans les chambres de leurs mères en maternité 1+ ont eu une admission en néonatalogie.

Les unités de néonatalogie prennent en charge aussi bien les nouveau-nés nés dans la maternité de

l'établissement que des nouveau-nés « outborn » admis par transfert d'un autre établissement.

Taux de prise en charge en néonatalogie par département et par arrondissement INSEE en 2021 (%)

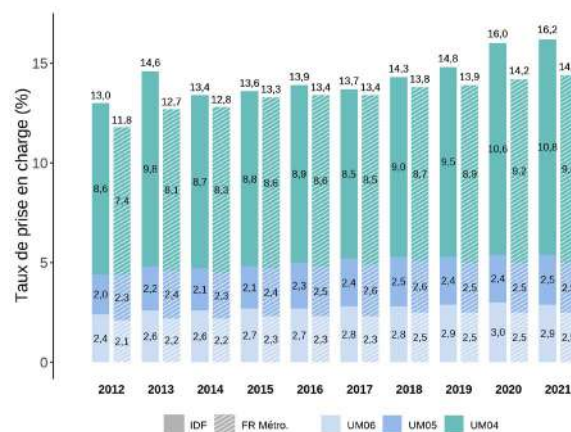


Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Évolution 2012-2021 du taux de prises en charge en néonatalogie en France hexagonale et IDF

L'augmentation du taux de prise en charge en UM 04 en IDF en 2020 et 2021 est due à des augmentations capacitaires en rapport avec l'ouverture des 6 lits par maternité dans les 5 maternités 1+ de l'expérimentation.

Évolution 2012-2021 du taux de prises en charge en néonatalogie en IDF et FH



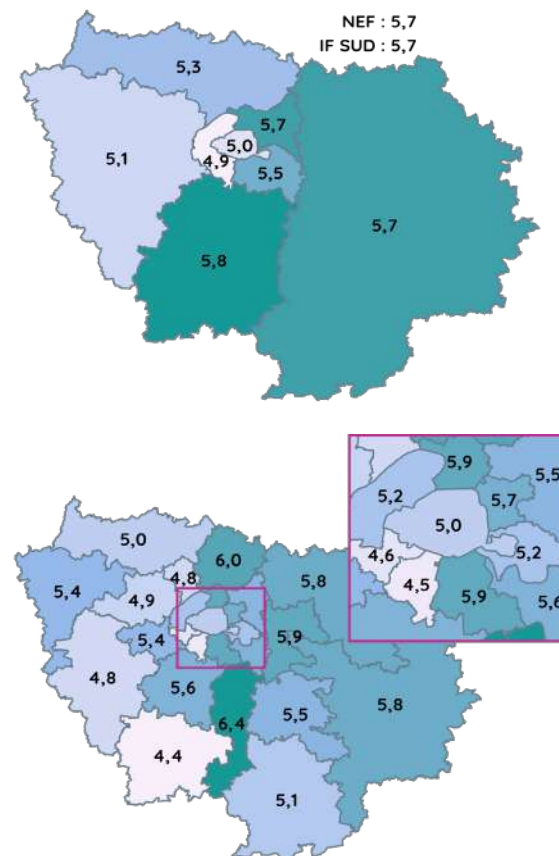
Source : PMSI 2012 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Prématurité moyenne et tardive : Prise en charge des 33-36 SA

Les départements de l'Essonne (5,8%), Seine et Marne et Seine-Saint-Denis ont les taux de prématurité moyenne et tardive les plus élevés de l'IDF (5,7%).

Des taux particulièrement élevés sont constatés dans les arrondissements d'Evry-Courcouronnes (6,4%) et de Sarcelles (6,0%).

Taux de naissances vivantes entre 33 et 36 SA par département et par arrondissement INSEE, année 2021 (%)



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Lieu de naissance des prématurés de 33 à 36 SA

Dans ce groupe la situation des naissances prématurées en IDF est différente de celle de la France hexagonale, les naissances en type 1 étant deux fois moins fréquentes (4,9 % versus 10,1 %) alors que les naissances en type 3 sont plus élevées (46,9% versus 38,6%), l'offre de soins pouvant expliquer en grande partie ces écarts.

Au sein de l'IDF on observe aussi des différences de taux de prise en charge selon les types

d'établissements en particulier entre les types 2B : 45,6% dans le 77 versus 10,8 % dans le 94. Ces résultats doivent tenir compte du nombre d'établissements implantés et du nombre de naissances enregistrées dans les départements d'IDF. Le 77 compte 3 établissements de type 2B qui regroupent près de 60% des naissances, le 94 compte 1 établissement de type 2B enregistrant 17% des naissances.

L'analyse par terme de naissance pour chaque SA montre que les types 1 et 1IA prennent en charge essentiellement des enfants d'âge gestationnel supérieur à 34 SA.

Lieu de naissance par type de maternité des 33-36 SA nés vivants année 2021 (%)

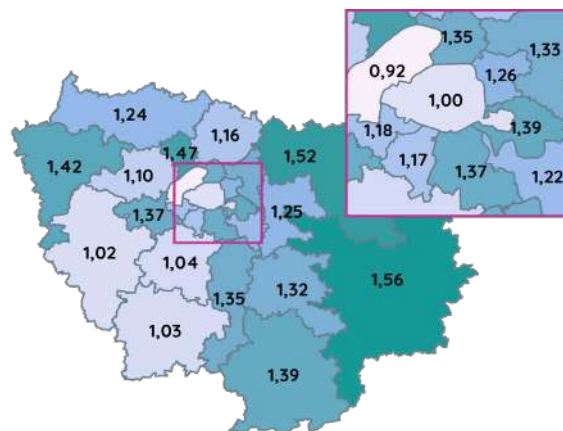
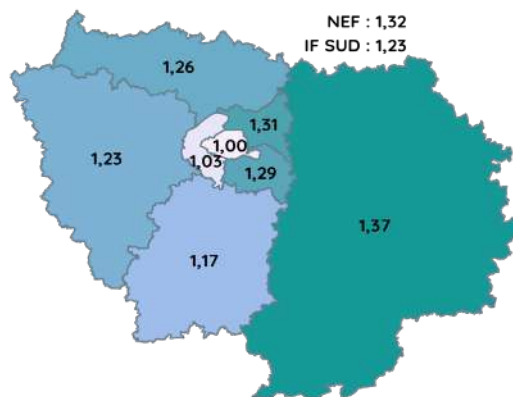
| | Type 1 | Type 2A | Type 2B | Type 3 | Effectifs |
|---------|--------|---------|---------|--------|-----------|
| 75 | 9,2 | 23,7 | 10,9 | 56,2 | 1 243 |
| 77 | 3,8 | 15,2 | 45,6 | 35,4 | 1 040 |
| 78 | 5,0 | 18,7 | 33,6 | 42,6 | 934 |
| 91 | 5,5 | 26,3 | 22,9 | 45,3 | 1 072 |
| 92 | 4,8 | 24,3 | 26,5 | 44,4 | 1 068 |
| 93 | 3,1 | 15,7 | 34,9 | 46,3 | 1 500 |
| 94 | 5,6 | 25,2 | 10,8 | 58,5 | 1 081 |
| 95 | 2,5 | 22,7 | 31,0 | 43,9 | 1 017 |
| IDF | 4,9 | 21,3 | 26,9 | 46,9 | 8 955 |
| Fr Hexa | 10,1 | 24,4 | 26,8 | 38,6 | 36 218 |

Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

La grande prématurité : Prise en charge des 27-32 SA

La grande prématurité est prédominante dans les départements du nord et est de la région ; mais aussi avec les taux les plus élevés dans les arrondissements de grande couronne comme ceux de Mantes-la Jolie (1,42%) à l'ouest, Sarcelles (1,47%), Meaux (1,52%) et Provins (1,56%), avec cependant pour ce dernier une faible densité de naissances pouvant s'accompagner de variations annuelles importantes.

Taux de naissances vivantes entre 27 et 32 SA par département et par arrondissement INSEE (%), année 2021



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Lieu de naissance des prématurés de 27 à 32 SA

Plus de 80% des enfants nés d'âge gestationnel de 27 à 32 SA sont nés dans un centre périnatal de type 3 et 14% dans un 2B. Le département de Seine et Marne présente toujours la particularité d'avoir le taux de naissance de grands prématurés en type 3 le plus bas avec 73% et des grands prématurés qui sont pris en charge à près de 24% en type 2B. Ceci peut s'expliquer par le nombre important d'établissements de type 2B et le faible nombre de lits en type 3 de ce département.

Lieu de naissance par type de maternité des 27-32 SA nés vivants année 2021 (%)

| | Type 1 | Type 2A | Type 2B | Type 3 | Effectifs |
|---------|--------|---------|---------|--------|-----------|
| 75 | 0,4 | 6,4 | 8,8 | 84,3 | 249 |
| 77 | 0,8 | 2,0 | 24,0 | 73,2 | 250 |
| 78 | 2,7 | 5,4 | 15,2 | 76,8 | 224 |
| 91 | 1,4 | 6,5 | 12,1 | 80,0 | 215 |
| 92 | 2,2 | 2,7 | 14,3 | 80,8 | 224 |
| 93 | 1,2 | 3,8 | 16,6 | 78,5 | 344 |
| 94 | 0,8 | 3,6 | 5,6 | 90,1 | 252 |
| 95 | 0,8 | 3,3 | 14,6 | 81,2 | 240 |
| IDF | 1,3 | 4,2 | 14,0 | 80,6 | 1 998 |
| Fr Hexa | 2,4 | 5,3 | 15,1 | 77,2 | 7 757 |

Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Extrême prématurité : Prise en charge des 22-26 SA

1708 naissances vivantes entre 22 et 26 SA sont recensées dans les établissements franciliens de 2019 à 2021 dont 582 pour l'année 2021. 76 % d'entre elles sont nées entre 24 et 26 SA en IDF et 84% en France hexagonale.

Parmi les naissances vivantes extrêmes prématurées, le taux de moins de 24 SA est le plus élevé dans le Val d'Oise (23,9%) et dans le Val de Marne (23,3% alors qu'il est le plus bas dans le 92 (8,1%). En terme d'effectifs le 93 recense sur cette période le plus grand nombre de prématurés de moins de 24 SA (soit 73 enfants) et le 92 le plus faible (soit 12 enfants).

Sur cette période en IDF on dénombre 145 naissances de 22 SA et 159 de 23 SA. À partir de 24 SA les effectifs doublent : 24 SA 309, 25 SA 500, 26 SA 507.

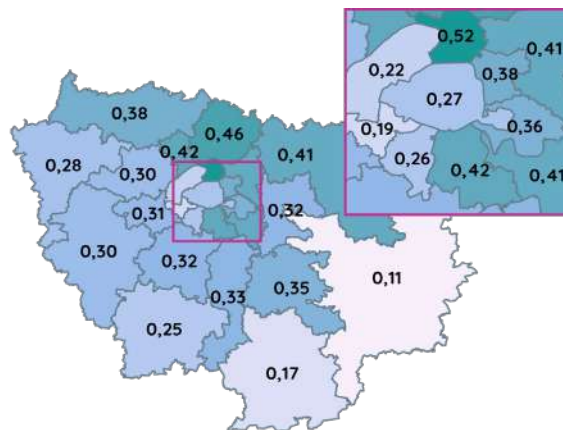
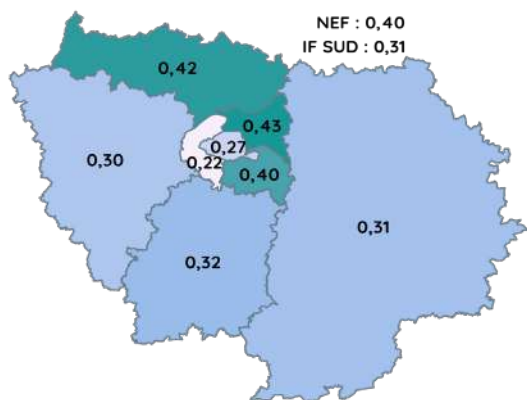
Taux par âge gestationnel des naissances vivantes extrêmes prématurées sur 3 années glissantes cumulées 2019-2020-2021 (%)

| | 22 SA | 23 SA | 24 SA | 25 SA | 26 SA | Effectifs |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| 75 | 9,0 | 9,4 | 25,5 | 25,0 | 31,1 | 212 |
| 77 | 5,8 | 4,7 | 27,3 | 38,4 | 23,8 | 172 |
| 78 | 11,7 | 5,5 | 27,0 | 29,4 | 26,4 | 163 |
| 91 | 4,0 | 8,0 | 24,4 | 31,8 | 31,8 | 176 |
| 92 | 2,7 | 5,4 | 26,4 | 30,4 | 35,1 | 148 |
| 93 | 9,3 | 11,3 | 22,9 | 26,0 | 30,5 | 354 |
| 94 | 12,5 | 10,8 | 18,3 | 31,7 | 26,7 | 240 |
| 95 | 9,9 | 14,0 | 18,1 | 26,3 | 31,7 | 243 |
| IDF | 8,5 | 9,3 | 23,2 | 29,3 | 29,7 | 1 708 |
| Fr Hexa. | 6,6 | 9,6 | 21,9 | 29,1 | 32,8 | 5 407 |

Source : PMSI 2019-2020-2021 - naissances vivantes données domiciliées

Le taux de naissances extrêmes prématurées est plus élevé dans les départements situés au nord et à l'est de la région parisienne mais le détail par arrondissement de domicile permet de préciser ces résultats et de montrer, au sein des départements, des arrondissements où le taux de naissances extrêmes prématurées est le plus élevé : ceux de Saint-Denis (0,52%) et de Sarcelles (0,46%).

Taux de naissances vivantes entre 22 et 26 SA par département et par arrondissement INSEE sur 3 années glissantes cumulées 2019-2020-2021 (%)



Source : PMSI 2019-2020-2021 - naissances vivantes données domiciliées

Lieu de naissances des extrêmes prématurés

De 2019 à 2021, 84,3% des 1708 naissances de moins de 27 SA ont eu lieu dans l'un des 15 centres périnatals de type 3 de la région (1440), 10,8% dans un type 2B (184), 4,2% dans un type 2A (71) et 0,8% dans un type 1 (13).

En 2021, les centres périnatals de type 3 ont enregistré 490 naissances vivantes d'extrêmes prématurés.

Lieu de naissance par type de maternité des 22-26 SA nés vivants sur 3 années glissantes cumulées 2019-2020-2021

| | Type 1 | Type 2A | Type 2B | Type 3 | Effectifs |
|----------|--------|---------|---------|--------|-----------|
| 75 | 0,0 | 8,5 | 7,5 | 84,0 | 212 |
| 77 | 0,6 | 1,7 | 19,2 | 78,5 | 172 |
| 78 | 2,5 | 4,9 | 9,8 | 82,8 | 163 |
| 91 | 2,3 | 3,4 | 7,4 | 86,9 | 176 |
| 92 | 0,0 | 1,4 | 7,4 | 91,2 | 148 |
| 93 | 0,8 | 3,4 | 13,8 | 81,9 | 354 |
| 94 | 0,0 | 6,2 | 3,3 | 90,4 | 240 |
| 95 | 0,4 | 3,3 | 15,6 | 80,7 | 243 |
| IDF | 0,8 | 4,2 | 10,8 | 84,3 | 1 708 |
| Fr Hexa. | 2,3 | 5,3 | 8,2 | 84,1 | 5 407 |

Source : PMSI 2019-2020-2021 - naissances vivantes données domiciliées

Taux de survie des nouveau-nés extrêmes prématurés

Le taux de survie est présenté pour les enfants vivants à J0 et J1, il est un peu plus faible en IDF qu'en France hexagonale en raison du plus grand nombre de prématurés de 22 et 23 SA nés vivants en IDF.

L'analyse de la survie immédiatement après la naissance par âge gestationnel indique nettement la limite de 24 SA terme à partir duquel on observe un taux de survie à J1 de 88%, survie qui passe à 96% pour le terme de 25 SA.

La survie des termes plus précoces reste exceptionnelle.

Taux de nouveau-nés survivants à J0 et J1 par âge gestationnel sur 3 années glissantes cumulées en IDF, pour les années 2019-2020-2021 (en %)

| AG | Effectif | Survie J0 % | Survie J1 % |
|----------|----------|-------------|-------------|
| 22 SA | 146 | 12,3 | 7,5 |
| 23 SA | 159 | 40,3 | 33,3 |
| 24 SA | 396 | 88,1 | 84,1 |
| 25 SA | 500 | 96,2 | 94,2 |
| 26 SA | 507 | 96,8 | 96,8 |
| 22-26 SA | 1708 | 82,1 | 79,2 |

Source : PMSI 2019-2020-2021 - naissances vivantes données domiciliées

Poids de naissance

Le poids de naissance est une donnée obligatoire du recueil des séjours des naissances vivantes ou mort-nées et des nourrissons pris en charge jusqu'à 28 jours de vie.

Situation 2021

Le tableau ci-dessous présente la distribution des poids de naissance par classes pour l'année 2021. 93% des naissances ont un poids supérieur ou égal à 2500g. 7% des nouveau-nés ont un poids inférieur à 2500g dont 0,7% de moins de 1500g.

Classes de poids de naissance pour les naissances vivantes par départements, année 2021

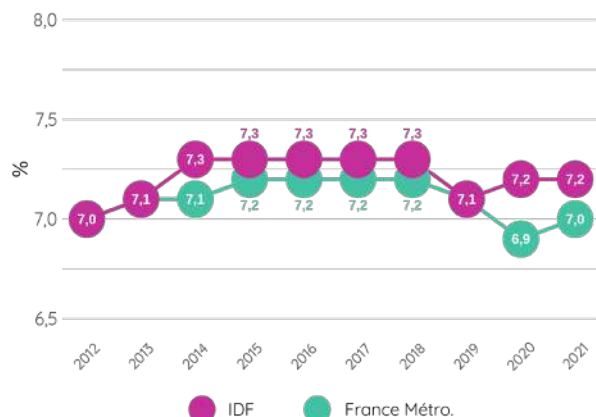
| | 400-999g | 1000-1499g | 1500-1999g | 2000-2499g | >2500g | Total |
|----------------|------------|------------|------------|------------|-------------|----------------|
| 75 | 0,4 | 0,5 | 1,2 | 4,4 | 93,5 | 25 014 |
| 77 | 0,5 | 0,7 | 1,6 | 4,7 | 92,4 | 18 277 |
| 78 | 0,5 | 0,6 | 1,3 | 4,9 | 92,6 | 18 210 |
| 91 | 0,5 | 0,7 | 1,6 | 4,6 | 92,6 | 18 347 |
| 92 | 0,4 | 0,6 | 1,2 | 4,3 | 93,5 | 21 750 |
| 93 | 0,6 | 0,7 | 1,6 | 4,9 | 92,2 | 26 330 |
| 94 | 0,6 | 0,7 | 1,5 | 4,6 | 92,6 | 19 511 |
| 95 | 0,6 | 0,7 | 1,4 | 4,7 | 92,6 | 19 082 |
| IDF | 0,5 | 0,7 | 1,4 | 4,6 | 92,8 | 166 521 |
| Fr Hexa | 0,4 | 0,6 | 1,3 | 4,6 | 93,0 | 695 807 |

Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Faible poids de naissance

Depuis 2015 on observe peu de variation du taux de naissances vivantes de faible poids (<2500g) qui est de 7,0% en France hexagonale, de 7,2% en IDF et de 7,5% [7,0 – 7,9] pour l'ENP 2016 et 7,3% pour l'ENP 2021.

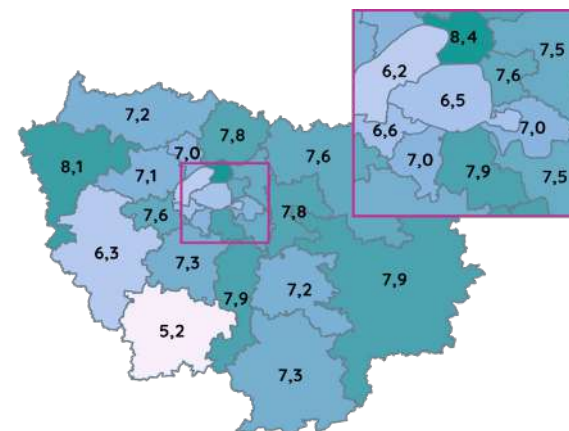
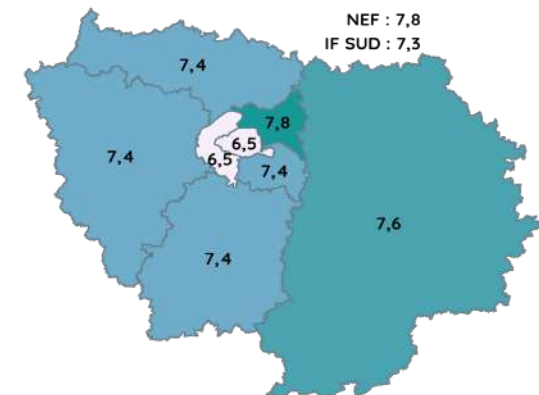
Évolution du taux de nouveau-nés de faible poids de naissance (<2500g) naissances vivantes de 2012 à 2021 (%)



Source : PMSI 2012 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Selon le département de résidence, le taux de faible poids de naissance varie de façon significative entre 6,5% dans le 92 à 7,8% dans le 93. Les différences infra départementales sont illustrées dans le graphique par arrondissements. Les taux les plus élevés sont observés dans l'arrondissement de Mantes-la Jolie (8,1%) et celui de Saint-Denis (8,4%).

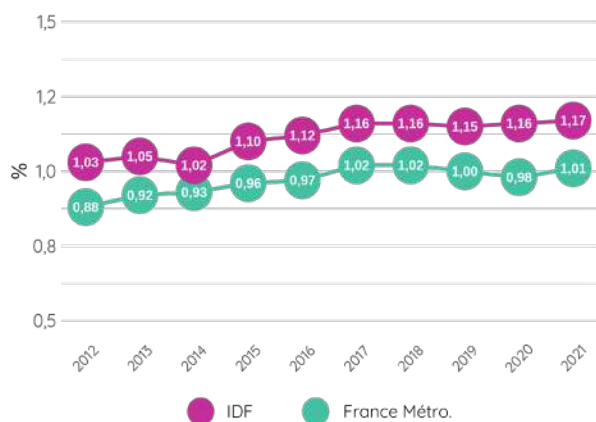
Taux de nouveau-nés de faible poids de naissance (<2500g) par département et par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Depuis 2017, on observe peu de variation du taux de naissances vivantes de très faible poids (<1500g). Le taux en France hexagonale en 2021 est de 1,0%, et de 1,2% dans la région IDF ; il est de 1,1% et 1,0% pour l'ENP en 2016 et 2021.

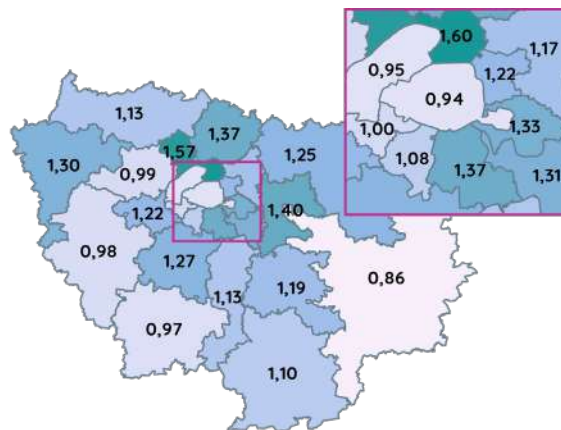
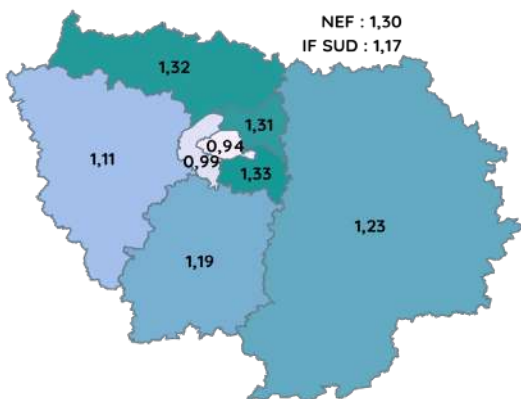
Évolution 2012-2021 du taux de nouveau-nés de très faible poids (<1500g) parmi les naissances vivantes



Source : PMSI 2012 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Selon le département de résidence, le taux de très faible poids de naissance varie de façon significative entre 0,9% dans le 75 et 1% dans le 92 à 1,3% dans le 93. Les différences infra départementales sont illustrées dans le graphique par arrondissements où le taux de très faible poids de naissance le plus élevé se situe dans l'arrondissement de Saint-Denis (1,6%).

Taux de nouveau-nés de très faible poids (<1500g) vivantes par département et par arrondissement INSEE (%)

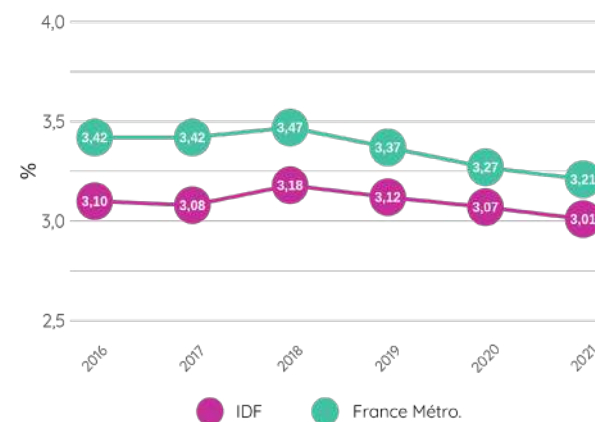


Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Petit poids de naissance pour l'âge gestationnel "PAG"

Un fœtus ou nouveau-né de petit poids de naissance pour l'âge gestationnel (PAG) est caractérisé par un poids de naissance inférieur au 10^{ème} percentile d'une courbe de référence. Nous décrivons dans ce rapport le taux d'enfants de très petit poids pour l'âge gestationnel, inférieur au 3^{ème} percentile selon les courbes de trophicité d'AUDIPOG. En 2021, ce taux est de 3,2% en France hexagonale et de 3,0% en IDF. Son évolution est en légère baisse depuis 2016.

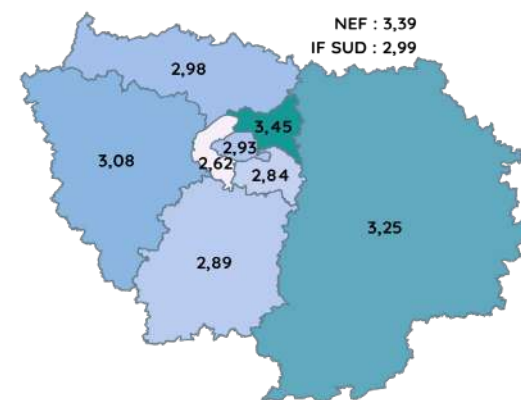
Évolution 2016-2021 du taux de PAG pour les naissances vivantes selon le 3ème percentile des courbes AUDIPOG (%)

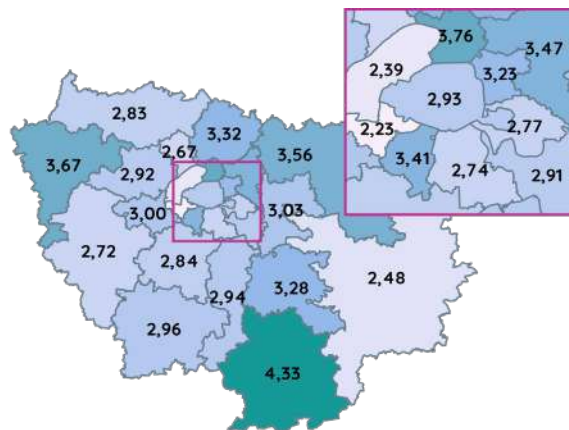


Source : PMSI 2016 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

En 2021 selon le département de résidence, le taux varie entre 2,62% dans le 92 à 3,45% dans le 93. L'arrondissement où ce taux est le plus bas est celui de Boulogne-Billancourt à 2,23 % et le plus élevé à 4,33% celui de Fontainebleau.

Taux de PAG parmi les naissances vivantes par département et par arrondissement INSEE en 2021 (%) selon le 3ème percentile des courbes AUDIPOG





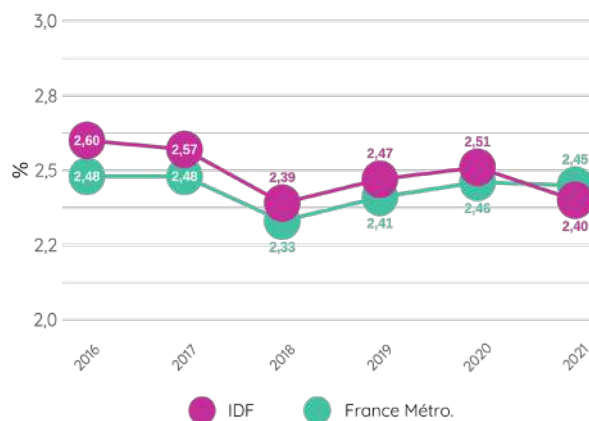
Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Poids très élevé pour l'âge gestationnel

Le poids élevé pour l'âge gestationnel (GAG) est défini par un poids de naissance supérieur au 90^{ème} percentile d'une courbe de référence de poids à la naissance. Nous décrivons dans ce rapport le taux d'enfants de poids très élevé pour l'âge gestationnel, supérieur au 97^{ème} percentile selon les courbes de trophicité d'AUDIPOG.

En 2021, ce taux est de 2,45 % en France hexagonale pour 2,4 % en IDF. Ce taux diminue très légèrement depuis 2016 en France hexagonale et de façon plus importante en IDF.

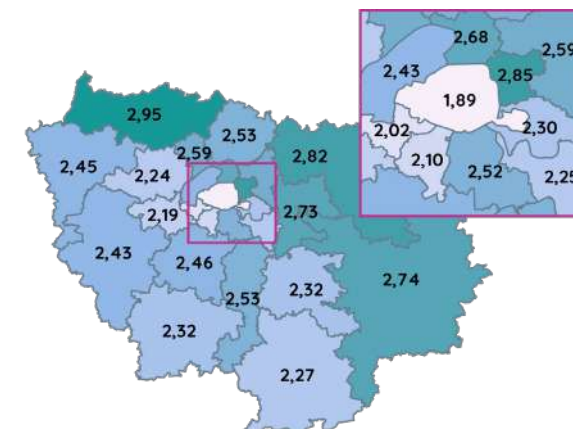
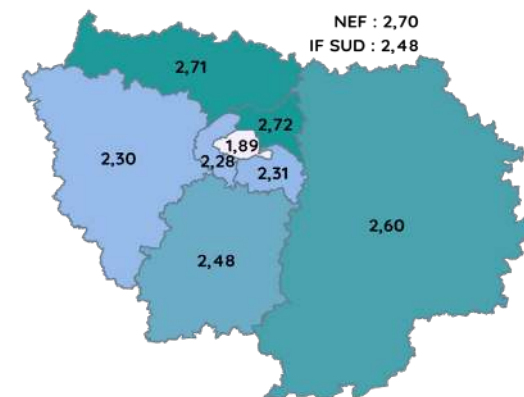
Évolution 2016-2021 du taux de GAG (> 97ème percentile des courbes AUDIPOG) parmi les naissances vivantes (%)



Source : PMSI 2016 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

En 2021 selon le département de résidence, le taux varie entre 1,9% dans le 75 et 2,7 % dans le 93 et le 95. Le poids élevé pour l'âge gestationnel est plus souvent retrouvé dans les départements du nord et de l'est de la région.

Les arrondissements où ce taux est le plus bas sont ceux du centre et de la petite couronne au sud et à l'ouest de Paris et le plus élevé celui de Pontoise à 2,95 %.



Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Nouveau-nés éligibles au suivi des nouveau-nés vulnérables (SEV)

Les données PMSI permettent d'estimer le nombre de nouveau-nés éligibles au programme de suivi des enfants vulnérables (SEV) pour 2 des principaux groupes d'inclusion qui représentent près de 90% des enfants inclus :

- les grands prématurés d'âge gestationnel inférieur à 33 SA

- les retards de croissance intra-utérin (RCIU) chez les nouveau-nés de terme compris entre 33 et 36 SA avec un poids de naissance inférieur au 3^{ème} percentile de la courbe AUDIPOG ou inférieur à 1500 g.

Les autres groupes d'inclusion, encéphalopathie anoxique ou ischémique de terme ≥ 33 SA sans RCIU et les autres pathologies périnatales susceptibles d'altérer le développement, ne sont pas inclus.

En 2021 on dénombre par le PMSI, 2851 nouveau-nés éligibles au suivi des enfants vulnérables en IDF, et 10736 en France hexagonale soit respectivement 17,3‰ et 15,4 ‰ des naissances vivantes. La part des 2 groupes de suivi est globalement de plus de 81% pour le groupe des grands prématurés et près de 19% pour les RCIU.

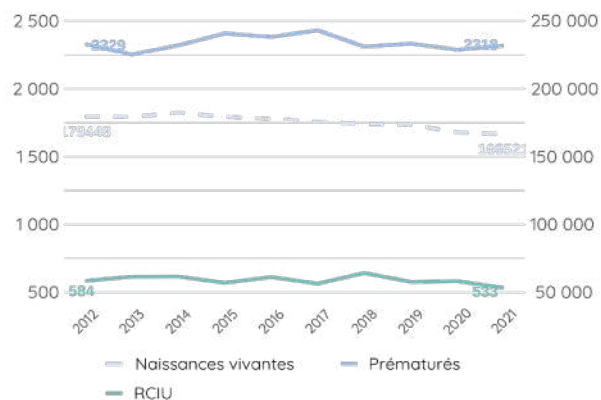
Effectif et distribution de nouveau-nés éligibles SEV en IDF et France hexagonale, année 2021 (%)

| | SEV prématurés | SEV RCIU | Total SEV |
|------------|----------------|-------------|---------------|
| 75 | 80,0 | 20,0 | 350 |
| 77 | 82,5 | 17,5 | 342 |
| 78 | 81,8 | 18,2 | 303 |
| 91 | 79,7 | 20,3 | 320 |
| 92 | 81,2 | 18,8 | 320 |
| 93 | 81,7 | 18,3 | 503 |
| 94 | 80,2 | 19,8 | 359 |
| 95 | 83,1 | 16,9 | 354 |
| IDF | 81,3 | 18,7 | 2 851 |
| FH | 80,6 | 19,4 | 10 736 |

Source : PMSI 2021 – naissances vivantes données domiciliées

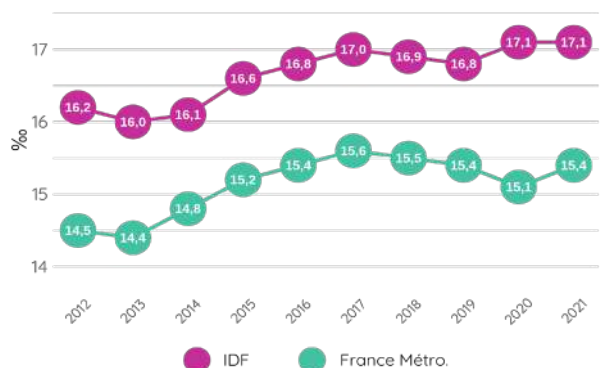
Les taux de nouveau-nés éligibles SEV sont en légère augmentation depuis 2012 probablement en raison de la survie et de la prise en charge des nouveau-nés extrêmes prématurés. Ceci est particulièrement vrai en IDF où l'on observe une baisse de la natalité de 7% depuis 2012, alors que le nombre d'enfants éligibles SEV ne diminue que de 2% (- 0,5% pour la prématurité et - 9% pour les RCIU).

Evolution 2009-2018 du nombre de nouveau-nés éligibles SEV par rapport aux naissances vivantes



Source : PMSI 2012 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

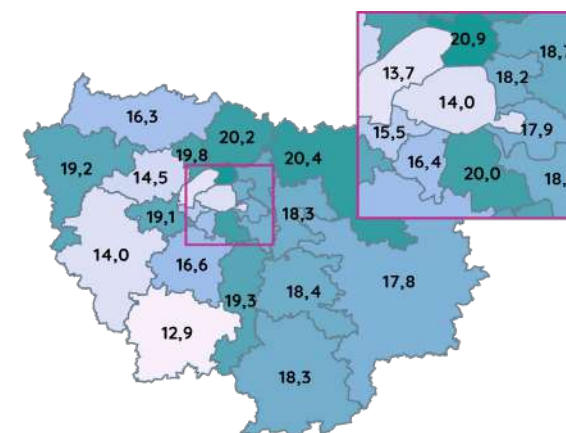
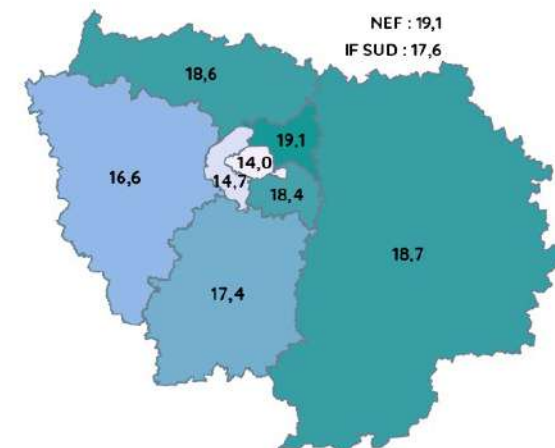
Évolution du taux de nouveau-nés éligibles SEV grands prématurés (<33SA) et RCIU en FH et IDF (% naissances vivantes)



Source : PMSI 2012 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

La distribution des taux par département suit celle de la grande et de l'extrême prématurité avec un taux maximum pour les naissances domiciliées dans le 93 (19,1‰) et en particulier dans l'arrondissement de Saint-Denis (932) (20,9 ‰).

Taux de nouveau-nés éligibles SEV par département et par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

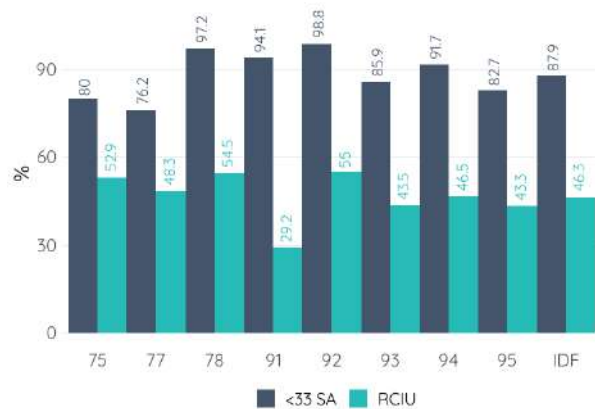
Les taux d'inclusion dans le programme HYGIE SEV sont calculés sur le nombre d'enfants inclus dans SEV en 2021 par rapport au nombre d'enfants éligibles en 2021 selon les données du PMSI, et sont produits par département de domicile.

87.9 % des grands prématurés domiciliés en IDF en 2021 ont été inclus dans le programme de suivi, avec

des variations allant de 76,2 % dans le 77 à 98,8 % dans le 92. Le taux d'inclusion des cas de RCIU est beaucoup plus faible en IDF : 46,3% même s'il a augmenté depuis 2017, avec des variations allant de 29,2% dans le 91 à 55 % dans le 92.

Taux d'inclusion au programme HYGIE SEV par département de résidence en %

Source : PMSI 2021 et HYGIESEV2021 - naissances vivantes données domiciliées



Dépistage précoce de la surdité néonatale permanente

Le programme national de dépistage de la surdité néonatale permanente mis en place en décembre 2014 vise à repérer précocement les enfants atteints pour permettre une prise en charge adaptée. L'évaluation de ce dépistage a été confiée à Santé Publique France (SPF) qui a réalisé une étude de son déploiement après deux années de fonctionnement.

L'objectif fixé par le ministère de la Santé était d'atteindre 90% d'exhaustivité du dépistage à la fin des deux premières années de fonctionnement. **Cette étude montre que pour les années 2015 et 2016 les objectifs ont été atteints puisqu'en France entière le taux d'exhaustivité du dépistage était de 83,3 % en 2015 et de 93,8 % en 2016. Pour la région IDF ces taux étaient de 90,8 % en 2015 et de 96,7 % en 2016.**

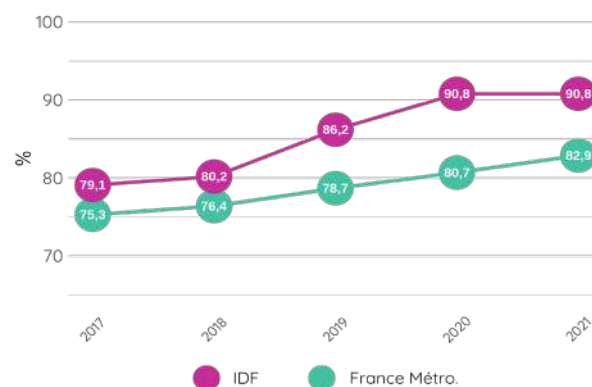
Parallèlement il a été demandé aux établissements de santé d'enregistrer dans le RSS des nouveau-nés la réalisation de ce dépistage par le code CIM créé à cet effet Z13.51 : Examen spécial de dépistage des affections des oreilles, ainsi que les actes éventuellement pratiqués : otoémissions acoustiques (OEA) et/ ou les potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA).

Nous présentons dans ce rapport le codage de la réalisation du dépistage de la surdité chez les nouveau-nés en France hexagonale et en Île-de-France. Cette analyse montre une montée en charge régulière du dépistage depuis 2017 mais qui n'atteint pas en 2021 les résultats de l'évaluation publiée par SPF pour l'année 2016 : taux de 90,8% en IDF et de 82,9% en France hexagonale. Cette différence témoigne possiblement d'une mise en place encore incomplète du dépistage, mais

également d'un défaut d'exhaustivité de codage, ce codage étant beaucoup plus faible pour les nouveau-nés hospitalisés (65,2 %) que pour ceux restés en maternité (82,5 %). Le codage du dépistage de la surdité est de 80% en maternité et 11% en néonatalogie pour 2021 en IDF.

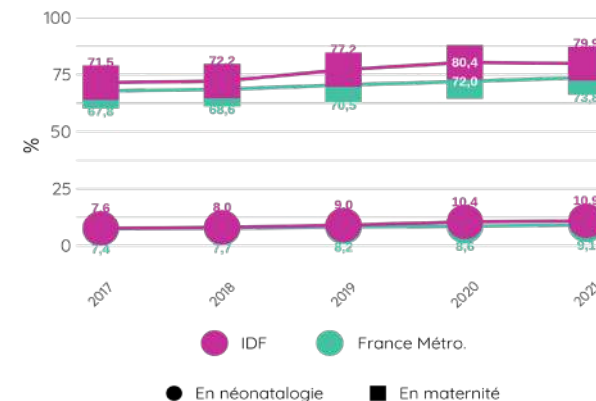
En 2021, sur les 80 maternités d'IDF, 3 n'ont pas renseigné le code Z13.51 et 7 avaient un taux de dépistage inférieur à 80% des séjours.

Évolution du codage du dépistage de la surdité en France Hexagonale et IDF naissances vivantes domiciliées (%)



Source : PMSI 2017 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

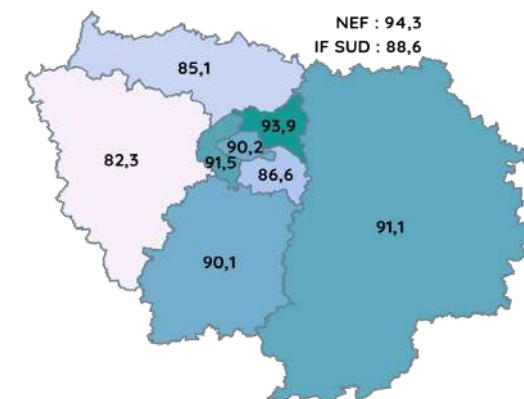
Évolution du codage du taux de dépistage de la surdité en maternité et en néonatalogie en FH et IDF (%)



Source : PMSI 2017 à 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Les taux par département permettent de voir les zones géographiques où ce dépistage est le mieux ou le moins bien renseigné dans le PMSI. Le meilleur taux est atteint dans le réseau NEF avec 94,3% et le moins bon dans le réseau MYPA avec 82,3% de renseignement du dépistage de la surdité d'après le PMSI en 2021.

Taux de codage du dépistage de la surdité par département (%)



Source : PMSI 2021 - naissances vivantes données domiciliées

Mortinatalité et mortalité infantile

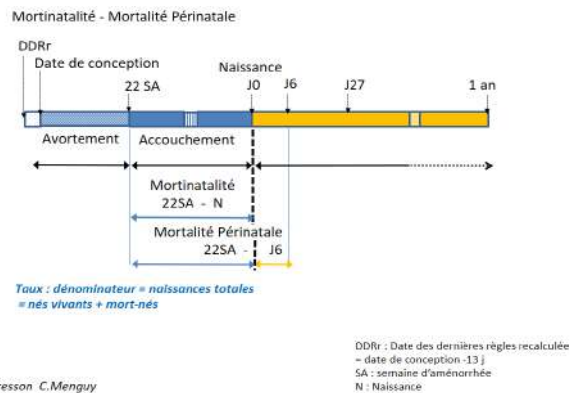
Définitions

Le taux de

- **mortinatalité** est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie à l'ensemble des naissances vivantes et mort-nées.
- **mortalité périnatale** est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie et des décès de 0 à 6 jours à l'ensemble des naissances vivantes et mort-nées.
- **mortalité infantile** est le rapport entre le nombre d'enfants décédés de 0 à 364 jours sur le nombre total de naissances vivantes.

Les taux sont exprimés pour 1000 naissances.

- **Au sein de la mortalité infantile, la mortalité néonatale** est le rapport du nombre d'enfants décédés avant 28 jours de vie postnatale sur le nombre total de naissances vivantes. On distingue la **mortalité néonatale précoce** comprenant les décès de 0 à 6 jours et la **mortalité néonatale tardive** comprenant les décès de 7 à 27 jours.



J. Fresson C. Menguy
FFRSP

Point méthodologique

Remarques pour l'analyse des morts nés, de la mortalité périnatale et de la mortalité néonatale précoce

La qualité de ces 3 indicateurs est soumise à la concordance des enregistrements des enfants nés sans vie et des décès néonataux précoces dans les données du PMSI et les actes d'état civil. Ces données faisant l'objet de recueils souvent séparés au sein des établissements de santé.

Ainsi on peut observer dans le PMSI un petit sous-enregistrement des nouveau-nés morts nés et ou des erreurs sur le mode de sortie « décès » des nouveau-nés nés vivants.

Par ailleurs, dans l'objectif d'éviter un risque de double compte : mort-nés enregistrés dans le PMSI mais enregistrés comme nés vivants puis décédés, pour l'Etat-civil (source des données INSEE), la Direction des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) utilise depuis son étude parue en 2021 sur l'évolution de la mortalité périnatale 2014-2019, une autre méthode basée sur les données de la même source soit le PMSI.

Les conséquences en terme d'analyse dans notre rapport :

- La mortinatalité repose sur l'analyse du PMSI qui est le recueil réglementaire
- La mortalité périnatale est présentée selon les 2 méthodes
 - PMSI pour les morts nés et données INSEE pour les morts néonatales
 - PMSI pour l'ensemble des données
- La mortalité néonatale est présentée selon les données INSEE

L'amélioration de la qualité de ces enregistrements devrait conduire à des résultats fiables quelles que soient les sources.

Mortinatalité

Fiabilité de l'indicateur : satisfaisante

Point méthodologique

Depuis l'instruction GS/DGOS/DREES/ 2011/403 du 26 octobre 2011, le PMSI est utilisé pour la production de l'indicateur national de mortinatalité qui inclut les mort-nés issus des interruptions médicales de grossesse (IMG) réalisées à partir de 22 SA et les mort-nés spontanés (avant ou pendant le travail) à partir de 22 SA. Le recueil s'est progressivement mis en place et l'indicateur est exploitable depuis l'année 2013.

L'analyse de la mortinatalité est réalisée de façon annuelle pour les données de France hexagonale et d'IDF et sur 3 années cumulées pour les données par département ou par arrondissement, et selon le type de grossesse de façon à avoir des effectifs suffisants.

Dans le PMSI, il est possible de dénombrer les mort-nés de deux façons, à partir des séjours des nouveau-nés ou à partir des séjours des mères. En raison d'un défaut d'exhaustivité des séjours des nouveau-nés mort-nés le nombre de naissances mort-nées est estimé à partir du séjour des mères et peut être calculé pour les naissances domiciliées et enregistrées.

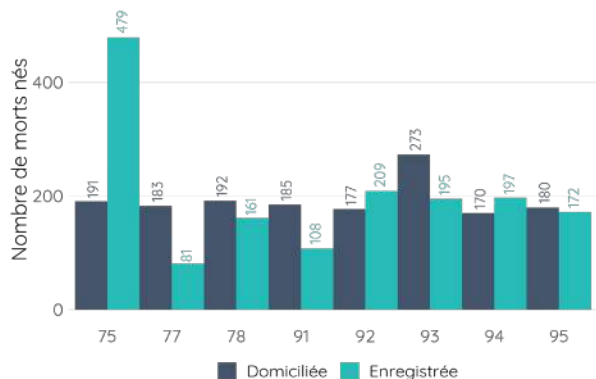
Le taux de mortinatalité est exprimé pour 1000 naissances totales.

Situation 2021

En 2021, 1 602 mort-nés ont été enregistrés en Île-de-France (6057 en France hexagonale) dont 1551 domiciliés (6015 pour la France hexagonale) soit 26% des naissances mort-nées de l'hexagone. La répartition du nombre de mort-nés par département d'IDF est significativement plus élevée en Seine-Saint-Denis (273, soit 18% des mort-nés domiciliés régionaux) et plus faible dans le 92 (177, soit 11%).

C'est à Paris que l'on retrouve le nombre le plus élevé d'enregistrement de naissances mort-nées avec 479 soit 30% des mort-nés enregistrés en IDF. Les naissances mort-nées à la suite d'une IMG représentent près de 37% de ces enregistrements en 2021.

Nombre de mort-nés par lieu de domicile et par lieu de naissance en 2021



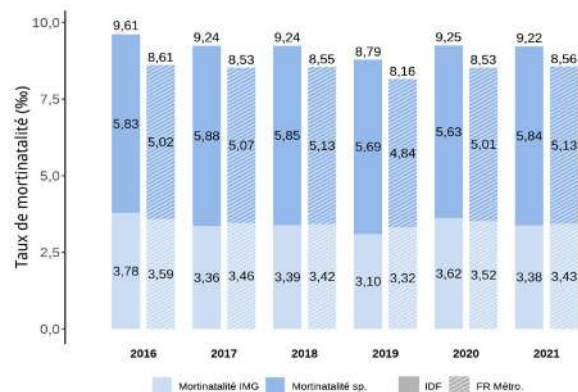
Source : PMSI 2021 - données domiciliées

Évolution du taux de mortalité en France hexagonale et en IDF de 2016 à 2021

En IDF comme en France hexagonale on observe une stabilité des taux de mortalité depuis 2016, le taux de l'IDF restant toujours plus élevé en 2021 (9,22%) qu'en France hexagonale (8,56%).

Le taux de mort-nés issus d'une IMG est presque identique : 3,38% en IDF vs 3,43% en France hexagonale. La mortalité spontanée est plus élevée en IDF (5,84%) qu'en France hexagonale (5,13%).

Évolution 2016-2021 de la mortalité estimée sur les séjours des mères en Île-de-France



Source : PMSI 2016 à 2021 - données domiciliées

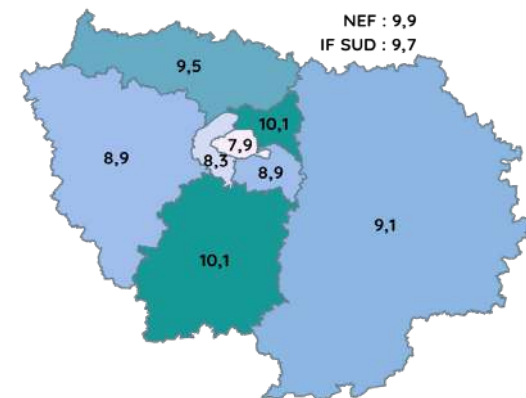
Situation 2019-2020-2021 dans la région

Selon le lieu de domicile, le taux de mortalité globale est significativement inférieur au taux de l'IDF pour le 92 (8,3%) et pour Paris (7,9%). À l'inverse, les départements où la mortalité est significativement supérieure au reste de l'IDF sont le 91 et le 93 (10,1%).

La distinction entre la mortalité spontanée ou secondaire à une IMG est illustrée par département de domicile. Le taux de mortalité à la suite d'une IMG est de 3,4 % en IDF avec un maximum à 4,3% pour le 91 et un minimum à 2,7% pour le 78.

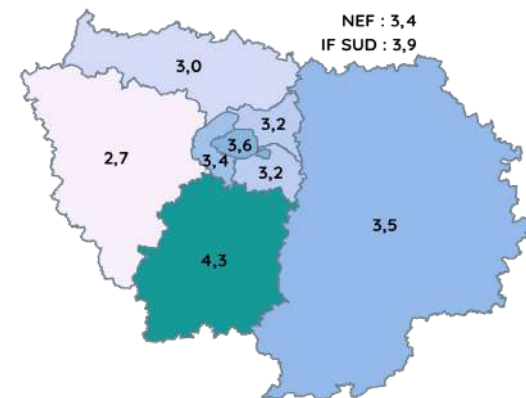
Les taux de mortalité spontanée sont les plus élevés dans le 93 et le 95 alors que 3 départements (75, 92, 94) ont des taux inférieurs à la moyenne de l'IDF (5,9%).

Taux de mortalité totale estimée sur les séjours des mères par département présenté sur 3 années cumulées (%)



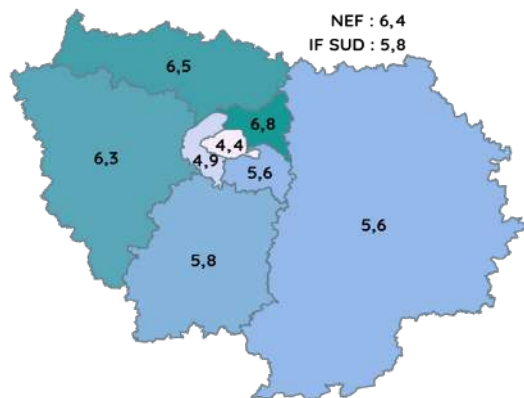
Source : PMSI 2019-2020-2021 - données domiciliées

Taux de mortalité après IMG estimée sur les séjours des mères par département présenté sur 3 années cumulées (%)



Source : PMSI 2019-2020-2021 - données domiciliées

Taux de mortalité spontanée estimée sur les séjours des mères par département présenté sur 3 années cumulées (%o)



Source : PMSI 2019-2020-2021 - données domiciliées

Le détail des taux par arrondissement est présenté dans le tableau ci-dessous soulignant en gras les zones géographiques où les taux sont supérieurs à la moyenne de l'IDF pour la mortalité totale, spontanée ou à la suite d'une IMG.

Taux de mortalité estimée sur les séjours des mères par arrondissement INSEE présenté sur 3 années cumulées 2019-2020-2021

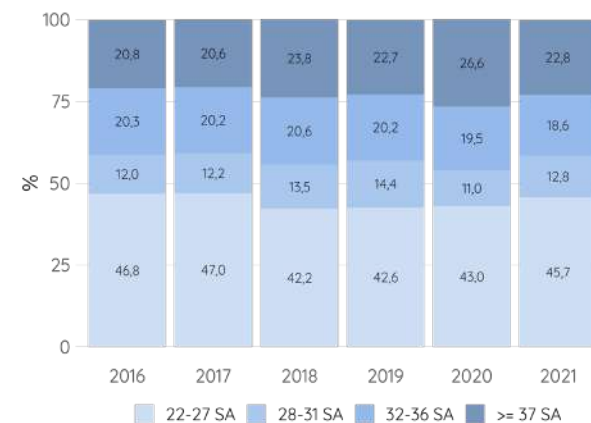
| Arrondissements | Taux de mortalité (%o) | | |
|---------------------------|------------------------|------------|------------|
| | Totale | Spontanée | Suite IMG |
| 751 Paris Nord | 8,4 | 4,6 | 3,7 |
| 752 Paris Est | 9,4 | 5,1 | 4,3 |
| 753 Paris Sud | 7,1 | 3,1 | 4,0 |
| 771 Meaux | 7,8 | 6,3 | 1,6 |
| 772 Melun | 8,6 | 6,1 | 2,5 |
| 773 Provins | 10,6 | 3,7 | 6,9 |
| 774 Fontainebleau | 10,0 | 6,2 | 3,9 |
| 775 Torcy | 10,2 | 5,5 | 4,7 |
| 781 Mantes-la-Jolie | 7,7 | 6,5 | 1,2 |
| 782 Rambouillet | 5,5 | 4,3 | 1,3 |
| 783 Saint-Germain-en-Laye | 9,7 | 5,8 | 3,9 |
| 784 Versailles | 6,4 | 4,0 | 2,3 |
| 911 Étampes | 11,8 | 5,6 | 6,2 |
| 912 Évry-Courcouronnes | 12,8 | 6,6 | 6,1 |
| 913 Palaiseau | 8,1 | 4,3 | 3,8 |
| 921 Antony | 9,8 | 5,8 | 4,0 |
| 922 Nanterre | 8,9 | 5,4 | 3,6 |
| 923 Boulogne-Billancourt | 6,8 | 2,8 | 4,0 |
| 931 Bobigny | 10,1 | 6,6 | 3,6 |
| 932 Le Raincy | 9,5 | 6,4 | 3,1 |
| 933 Saint-Denis | 13,0 | 9,7 | 3,3 |
| 941 Créteil | 9,2 | 6,0 | 3,1 |
| 942 Nogent-sur-Marne | 8,9 | 5,2 | 3,7 |
| 943 L'Haÿ-les-Roses | 7,0 | 2,7 | 4,3 |
| 951 Argenteuil | 8,1 | 5,6 | 2,6 |
| 952 Sarcelles | 11,9 | 8,9 | 3,0 |
| 953 Pontoise | 8,4 | 4,5 | 3,9 |
| IDF | 9,3 | 5,6 | 3,6 |

Source : PMSI 2019-2020-2021 - données domiciliées

Distribution par âge gestationnel

De façon globale en 2021, près de 80% des mort-nés sont nés prématurés et 50% sont nés avant 28 SA. En ce qui concerne la mortalité spontanée ces taux sont respectivement de 77 % de mort-nés prématurés et 46% nés avant 28 SA. Pour la mortalité à la suite d'une IMG 96% sont nés avant 37 Sa et 61% avant 28 SA.

Évolution 2016-2021 de la mortalité spontanée en IDF par classe de terme



Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Évolution 2016-2021 de la mortalité par IMG en IDF par classe de terme



Source : PMSI 2016 à 2021 - données domiciliées

IMG et taux de mortalité

Dans le cadre de l'analyse de la mortalité il est important de considérer l'évolution de l'ensemble des interruptions médicales de grossesse. En effet, le

taux de mortinatalité sera modifié selon que l'IMG intervient avant ou après 22 SA, limite qui distingue un avortement d'un accouchement, la réalisation plus précoce des IMG pouvant avoir comme conséquence une baisse du taux de mortinatalité.

Nous avons étudié l'évolution de la pratique des IMG avant et après 22 SA en IDF et selon les départements pour les années 2019, 2020 et 2021 en comparaison avec les valeurs de 2016.

De façon globale en IDF, on observe une augmentation du taux d'IMG réalisées avant 22 SA dont le taux augmente de 55,6% en 2016 à 73,2% en 2021.

Cette évolution est particulièrement marquée à Paris où le taux d'IMG précoce a évolué de 61,4% à 79,4% et dans le 78 où ce taux est passé de 63,1% en 2016 à 78,1% en 2021.

Cependant certains départements n'ont pas eu cette évolution aussi marquée (77, 93, 91), avec même une évolution récente semblant plutôt péjorative depuis 2019. Une des raisons pourrait être liée à l'offre de soins moins riche en diagnostic ante natal ou un refus plus important de l'IMG.

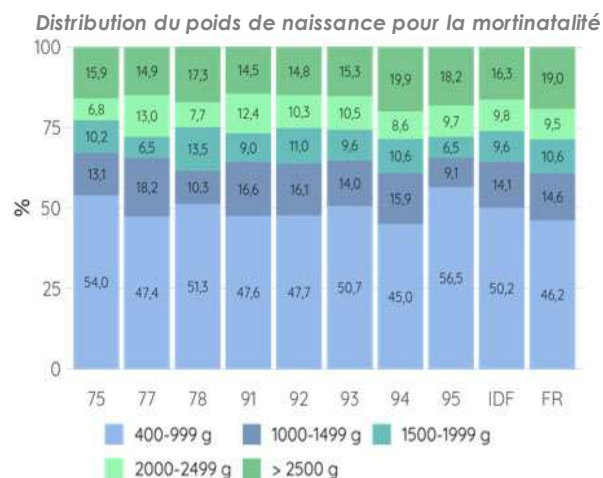
Évolution des IMG avant et après 22 SA parmi les IMG totales par départements domiciliés (%)

| | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|-----|-----------------|--------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| | IMG avant 22 SA | IMG après 22 SA (mort-nés issus IMG) | IMG avant 22 SA | IMG après 22 SA (mort-nés issus IMG) | IMG avant 22 SA | IMG après 22 SA (mort-nés issus IMG) |
| 75 | 79,7 | 20,3 | 72,8 | 27,2 | 79,4 | 20,6 |
| 77 | 73,9 | 26,1 | 67,2 | 32,8 | 64,3 | 35,7 |
| 78 | 76,4 | 23,6 | 78,0 | 22,0 | 78,1 | 21,9 |
| 91 | 72,2 | 27,8 | 61,1 | 38,9 | 66,1 | 33,9 |
| 92 | 74,0 | 26,0 | 72,3 | 27,7 | 75,6 | 24,4 |
| 93 | 72,5 | 27,5 | 69,8 | 30,2 | 65,8 | 34,2 |
| 94 | 73,3 | 26,7 | 70,2 | 29,8 | 76,5 | 23,5 |
| 95 | 72,5 | 27,5 | 68,8 | 31,2 | 74,1 | 25,9 |
| IDF | 74,8 | 25,2 | 70,2 | 29,8 | 73,2 | 26,8 |

Source : PMSI 2019-2020-2021 - données domiciliées

Distribution du poids de naissance

83,7% des mort-nés ont un poids inférieur à 2500g en IDF, versus 81% en France hexagonale et 64,3% ont un poids inférieur à 1500g en IDF, versus 60,8% en France hexagonale.



Source : PMSI 2021 - données domiciliées

³Mortalité infantile en Ile de France et système d'information. C Crenn Hebert, C Menguy, E Lebreton. Journal de gestion et d'économie médicales.2013/6 (vol31) 369-379 https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2013-6-page-369.htm?try_download=1

gestion-et-d-economie-medicales-2013-6-page-369.htm?try_download=1

Taux de mortinatalité selon le type de grossesse

Le taux de mortinatalité sur 3 années cumulées (2019-2020-2021) est beaucoup plus élevé en cas de grossesse multiple (22%) qu'en cas de grossesse unique (8%).

Mortalité périnatale

Fiabilité de l'indicateur : à préciser

Point méthodologique

2 méthodes sont possibles pour le calcul de cet indicateur.

Nous avons utilisé dans les précédents rapports, la prise en compte des décès de 0 à 6 jours de vie à partir des données de l'INSEE et celle des mort-nés à partir des données du PMSI. Ceci faisait suite à une étude indiquant une exhaustivité de 85% des décès néonataux précoces dans le PMSI par rapport aux données INSEE.³

La Direction des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) utilise depuis son étude parue en 2021 sur l'évolution de la mortalité périnatale 2014-2019, une autre méthode basée sur les données de la même source soit le PMSI.⁴

Nous avons conservé pour ce Rapport 2021 notre méthode précédente (indicateur construit à partir de 2 sources différentes), dans l'attente d'un travail prévu en région IDF sur l'enregistrement des mort-nés et des morts néonatales précoces hospitalières.

Mais nous avons effectué la comparaison des résultats selon les 2 méthodes pour décrire

⁴ Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019. Annick

Vilain, Jeanne Fresson, Sylvie Rey, Etudes et Résultats juillet 2021 / N° 1199

l'évolution de la mortalité périnatale en IDF et en France hexagonale.

Évolution

Avec l'indicateur utilisant les 2 sources, en France hexagonale, le taux de mortalité périnatale est en 2021 de 10,3 décès pour 1000 naissances totales. Il est constamment plus élevé en IDF avec 11,4‰ en 2021.

Avec l'indicateur n'utilisant que le PMSI, le taux de mortalité périnatale se situe à un niveau inférieur mais la différence entre l'IDF (10,3‰) et la France hexagonale (9,8‰) reste identique.

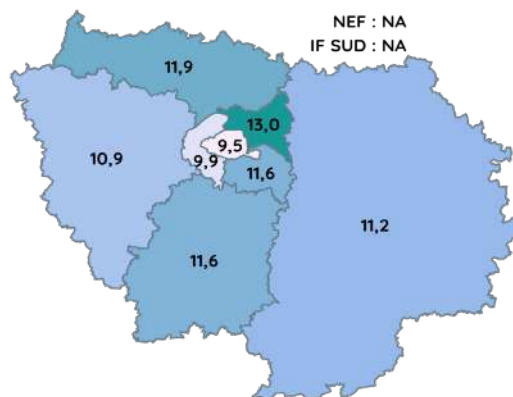
Évolution de la mortalité périnatale en FH et IDF de 2013 à 2021 (‰) selon les 2 méthodes d'analyse

Sources : INSEE (Décès 0 à 6 jours) et PMSI ou PMSI seul (mort-nés et décès néonataux précoces hospitaliers) 2013 à 2021 données domiciliées

Situation 2019-2020-2021 dans la région (méthode PMSI + INSEE)

Selon les départements de domicile, ce taux varie entre 9,5 ‰ pour le 75 à 13‰ pour le 93. Le département du 75 a un taux significativement plus faible que le reste de l'IDF, alors que pour les départements du 91, 93, 94, et 95 les taux sont significativement plus élevés.

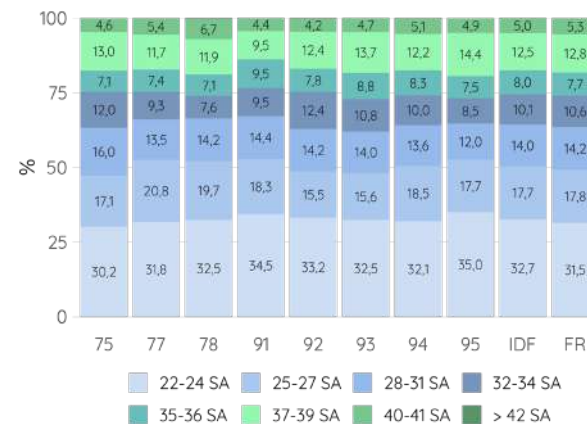
Taux de mortalité périnatale par département (‰)



Source : INSEE (Décès 0 à 6 jours) et PMSI (mort-nés estimés sur les séjours des mères) 2019-2020-2021 - données domiciliées

Distribution de l'âge gestationnel

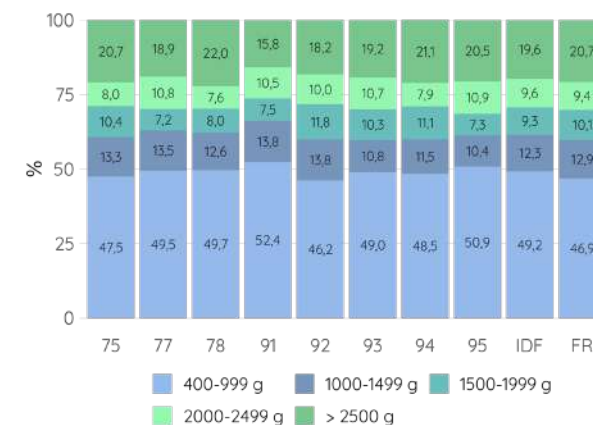
Distribution de l'âge gestationnel pour la mortalité périnatale



Source : PMSI 2019-2020-2021 - données domiciliées

Distribution du poids de naissance

Distribution du poids de naissance pour la mortalité périnatale

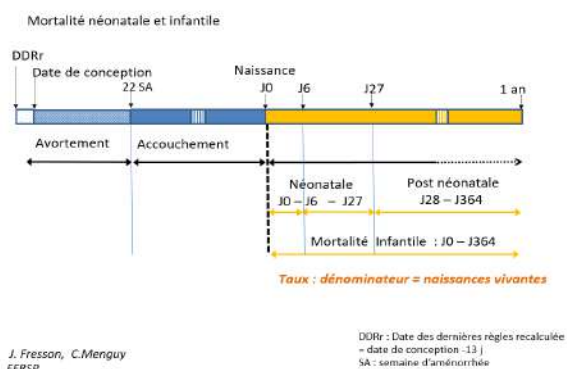


Source : PMSI 2019-2020-2021 - données domiciliées

Taux de mortalité périnatale selon le type de grossesse

Le taux de mortalité périnatale sur 3 années cumulées (2019-2020-2021) est beaucoup plus élevé en cas de grossesse multiple. Il est de 9,8‰ en cas de grossesse unique et multiplié par 3,3 (32,3‰) pour les grossesses multiples.

Mortalité néonatale et infantile



Fiabilité de l'indicateur : en question

Point méthodologique

La mortalité infantile, représente le nombre de décès survenus entre la naissance et J 364 rapporté au nombre de naissances vivantes.

Elle englobe la mortalité néonatale, nombre d'enfants vivants décédés avant J28.

La mortalité néonatale peut être précoce, avec décès survenu entre la naissance et J6 ou tardive entre J7 et J27.

Nous reprendrons la source des données de l'INSEE (État-civil), tout en questionnant l'intérêt du PMSI, pour la mortalité néonatale précoce, en comparant les 2 sources dans le tableau ci-dessous.

En effet, la mortalité néonatale représente 74% de la mortalité infantile et la mortalité néonatale précoce 54% d'après les données de l'INSEE.

Exhaustivité de la mortalité infantile et néonatale enregistrées dans le PMSI

L'exhaustivité des décès enregistrés dans le PMSI est comparée pour chaque département d'IDF aux données de l'état civil analysées par l'INSEE. À noter que tous les décès infantiles ne sont pas survenus dans un établissement de santé, expliquant, en partie le plus faible nombre de décès dénombrés dans le PMSI. Cependant l'amélioration du codage du mode de sortie « décès » dans le PMSI permettrait probablement d'obtenir des chiffres plus proches.

L'exhaustivité de la mortalité infantile dans le PMSI en 2021 est en IDF de 92,2 % et varie entre 103,4% pour le 78 et 83,7% pour le 95. Le taux d'exhaustivité montre les mêmes anomalies pour la mortalité néonatale avec 106,4% pour le 78 et une moyenne de 93% pour l'IDF et plus particulièrement pour la mortalité néonatale précoce qui varie de 79,3% pour le 95 à 105,4 % pour le 78 et est en moyenne de 91,3% pour l'IDF.

Les différences observées pour les décès à 0 jour de vie entre les 2 sources peuvent être expliquées soit parce que certains des enfants enregistrés comme mort-nés dans le PMSI sont déclarés à l'état civil comme des enfants nés vivants et décédés peu après leur naissance, soit au contraire déclarés nés sans vie à l'état civil alors qu'ils sont enregistrés comme nés vivants puis décédés dans le PMSI.

Exhaustivité de la mortalité infantile, néonatale et néonatale précoce (0-6 jours) par département en 2021

| | Morts infantiles | | | Morts néonatales | | | Morts néonatales précoces | | |
|------------|------------------|------------|-------------|------------------|------------|-------------|---------------------------|------------|-------------|
| | PMSI | INSEE | % | PMSI | INSEE | % | PMSI | INSEE | % |
| 75 | 80 | 90 | 88,9 | 57 | 59 | 96,6 | 38 | 37 | 102,7 |
| 77 | 75 | 79 | 94,9 | 54 | 58 | 93,1 | 39 | 43 | 90,7 |
| 78 | 61 | 59 | 103,4 | 50 | 47 | 106,4 | 39 | 37 | 105,4 |
| 91 | 63 | 71 | 88,7 | 48 | 53 | 90,6 | 31 | 35 | 88,6 |
| 92 | 49 | 56 | 87,5 | 36 | 42 | 85,7 | 21 | 27 | 77,8 |
| 93 | 142 | 151 | 94,0 | 103 | 108 | 95,4 | 78 | 83 | 94,0 |
| 94 | 78 | 80 | 97,5 | 59 | 61 | 96,7 | 42 | 46 | 91,3 |
| 95 | 77 | 92 | 83,7 | 61 | 75 | 81,3 | 46 | 58 | 79,3 |
| IDF | 625 | 678 | 92,2 | 468 | 503 | 93,0 | 334 | 366 | 91,3 |

Source : INSEE et PMSI 2021 - données domiciliées

Mortalité néonatale

Fiabilité de l'indicateur : en question

Point méthodologique

La mortalité néonatale est définie par les décès d'enfants nés vivants survenus avant 28 jours.

Nous avons repris la source de donnée de référence classique de l'INSEE à partir de l'état-civil.

Mais nous avons vu que l'exhaustivité de la mortalité néonatale précoce (survenue entre 0 à 6 jours) pouvait être sujette à question

Elle représente 73% de la mortalité néonatale d'après l'INSEE et 71% d'après le PMSI. Parmi les facteurs de risque de décès néonatal, on retiendra la prématurité en particulier l'extrême prématurité (<28 SA) qui affecte en premier lieu la mortalité néonatale précoce, et les grossesses multiples. Les causes sont représentées par les malformations congénitales (source d'effet possible de l'accès au diagnostic prénatal et des interruptions médicales de grossesse) et les affections d'origine périnatale, notamment les asphyxies du nouveau-né avec l'encéphalopathie hypoxique-ischémique ou les infections.

Les taux sont calculés par année pour 2012 à 2021 et présentés par périodes de trois années glissantes cumulées selon les données de l'INSEE.

Évolution de la mortalité néonatale de 2012 à 2021 en IDF et France hexagonale

La mortalité néonatale augmente en IDF entre 2012 et 2021 de façon légèrement supérieure à la France hexagonale : elle passe de 2,52 à 3,01 décès pour 1000 naissances vivantes en IDF et de 2,26 à 2,56 ‰ en France hexagonale. Cette augmentation peut être mise en parallèle avec l'augmentation

légèrement plus importante de la prise en charge de nouveau-nés extrêmement prématurés en IDF par rapport à la France hexagonale. Une comparaison de la mortalité néonatale précoce et tardive selon les classes de terme sera importante à réaliser pour suivre l'effet de cette prise en charge active.

Évolution de la mortalité néonatale en FH et IDF (‰)

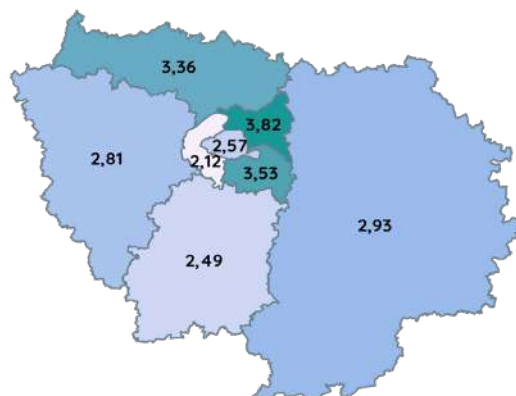


Source : Etat civil 2012 à 2021 (INSEE) - données domiciliées

Situation 2019-2020-2021 dans la région

Le taux de mortalité néonatale varie selon le département de domicile. Le département du 92 a un taux significativement plus bas que le reste de l'IDF (2,5‰), alors que celui du 93 a un taux significativement plus élevé (3,82‰) pour les années cumulées de 2019 à 2021.

Taux de mortalité néonatale et effectifs par département présentés sur 3 années glissantes cumulées (‰)



| | Nés vivants | Décédés de moins de 28j | Décédés de moins de 7j | Taux décès de moins de 28j | Taux décès de moins de 7j |
|-----|-------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 75 | 79 340 | 204 | 137 | 2,57 | 1,73 |
| 77 | 55 228 | 162 | 118 | 2,93 | 2,14 |
| 78 | 55 092 | 155 | 110 | 2,81 | 2,00 |
| 91 | 55 320 | 138 | 86 | 2,49 | 1,55 |
| 92 | 64 980 | 138 | 92 | 2,12 | 1,42 |
| 93 | 82 191 | 314 | 241 | 3,82 | 2,93 |
| 94 | 59 232 | 209 | 157 | 3,53 | 2,65 |
| 95 | 58 042 | 195 | 147 | 3,36 | 2,53 |
| IDF | 509 425 | 1 515 | 1 088 | 2,97 | 2,14 |

Source : Etat civil 2019-2020-2021 (INSEE) - données domiciliées

Mortalité infantile

Fiabilité de l'indicateur : en question

Point méthodologique

La source des données utilisée est l'INSEE (État-civil). Il s'agit du nombre de décès survenus entre la naissance et J 364 rapporté au nombre de naissances vivantes. Nous avons vu que la mortalité néonatale représentait 74% de la mortalité infantile.

Evolution de la mortalité infantile de 2012 à 2021 en IDF et France hexagonale

On constate l'augmentation de la mortalité infantile, déjà étudiée pour la période 2001 à 2019⁵, qui se poursuit sur les 3 dernières années. Le taux de mortalité infantile en IDF reste supérieur au taux national : 4,06 décès pour 1000 naissances en IDF pour 2021 versus 3,41 en France hexagonale.

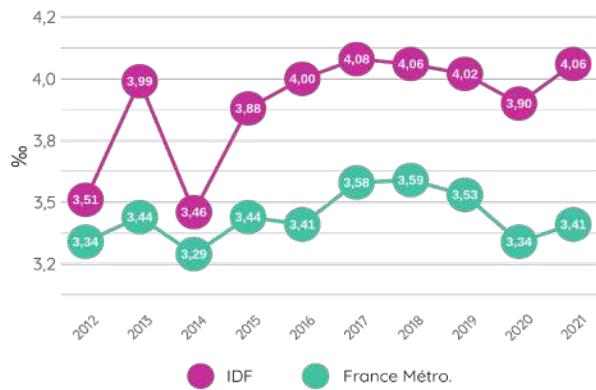
Évolution de la mortalité infantile en FH et IDF (‰)

⁵ Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019 Nhung T.H. Trinh, a Sophie de Visme, a, b Jeremie F. Cohen, a, c Tim Bruckner, d

Nathalie Lelong, a Pauline Adnot, c Jean-Christophe Roze, b, e Beatrice Blondel, a Francois Goffinet, a, f Gregoire Rey, g Pierre-Yves Ancel, a, h Jennifer Zeitlin, a and Martin Chalumeau a, c The Lancet Regional Health -

Europe 2022;16: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100339>

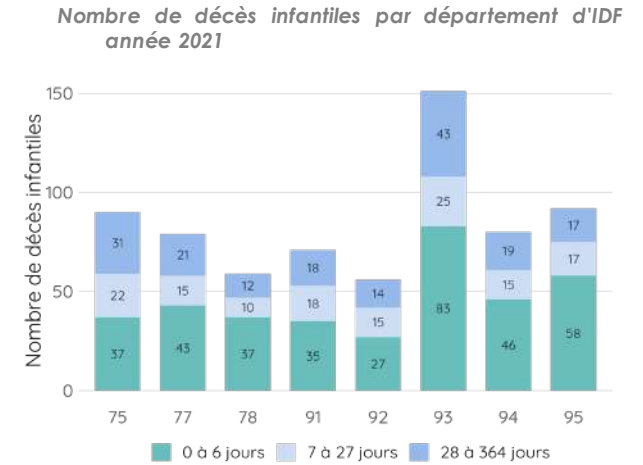
100339



| | Décédés de moins d'un an | Taux mortalité | Nés vivants |
|------------|--------------------------|----------------|----------------|
| 75 | 283 | 3,57 | 79 340 |
| 77 | 206 | 3,73 | 55 228 |
| 78 | 191 | 3,47 | 55 092 |
| 91 | 196 | 3,54 | 55 320 |
| 92 | 189 | 2,91 | 64 980 |
| 93 | 443 | 5,39 | 82 191 |
| 94 | 267 | 4,51 | 59 232 |
| 95 | 259 | 4,46 | 58 042 |
| IDF | 2 034 | 3,99 | 509 425 |

Source : Etat civil 2019-2020-2021 (INSEE) - données domiciliées

A l'échelle des arrondissements, les taux varient de 2,3‰ dans celui de Boulogne à 6,7‰ dans celui de Saint-Denis.

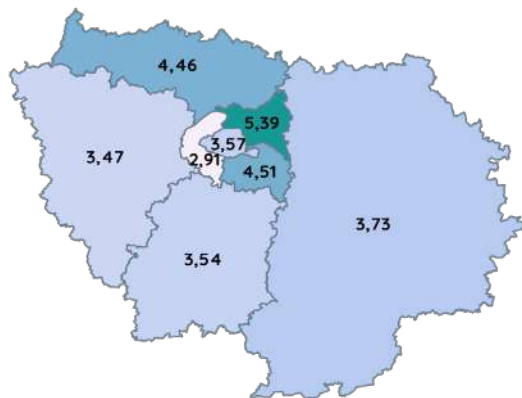


Source : Etat civil 2021 (INSEE) - données domiciliées

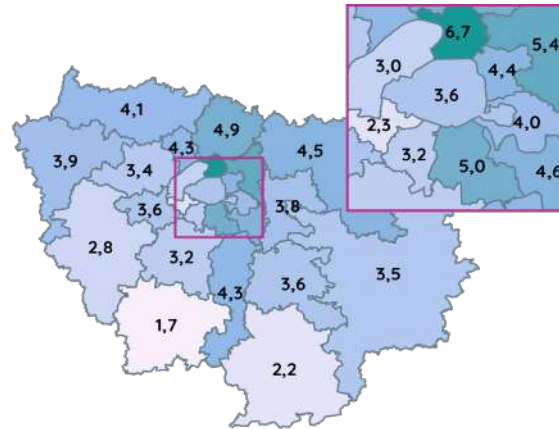
Situation 2019-2020-2021 dans la région

En IDF, les taux de mortalité infantile varient de 2,91 décès pour 1000 naissances vivantes dans le 92 à 5,39‰ dans le 93. Les 3 départements du 93, 94 et 95 ont des taux supérieurs à la moyenne de l'IDF (3,99‰).

Taux de mortalité infantile par département présenté sur 3 années glissantes cumulées (‰)



Taux de mortalité infantile par arrondissement INSEE présenté sur 3 années glissantes cumulées (‰)



Source : Etat civil 2019-2020-2021 (INSEE) - données domiciliées

Situation de la mortalité infantile en IDF selon l'INSEE année 2021

Le graphique ci-dessous indique le nombre de décès domiciliés par département d'IDF en 2021. Le 93 est le département qui compte le plus de décès soit 22% des décès infantiles de l'IDF et ceci quel que soit l'âge au décès, alors qu'il compte 17% des naissances vivantes de l'IDF.

Conclusion et perspectives sur mortinatalité et mortalité infantile

La mortinatalité et la mortalité périnatale, indicateurs retenus du Projet régional de santé PRS2 qui visait à les réduire les inégalités territoriales de santé, ne s'améliorent pas en IDF et restent supérieures à celles de France hexagonale, surtout pour la part liée à la mortinatalité spontanée. Des variations importantes persistent entre départements et concernent la mortinatalité spontanée. L'évolution est différente entre départements pour les parts respectives des IMG réalisées avant ou après 22 SA, ce qui interroge sur des inégalités d'accès au diagnostic prénatal. Et ce qui peut avoir un impact de 2 façons car les IMG réalisées avant 22 SA ne seront pas comptabilisées dans les mort-nés et d'autre part la plupart des IMG sont réalisées pour des malformations qui ont une forte probabilité de représenter des causes de décès en période néonatale ou infantile.

La mortalité néonatale, qui représente 74% de la mortalité infantile, augmente, comme cette dernière et de façon un peu plus marquée qu'en France hexagonale. La prise en charge active des extrêmes prématurés et des grands prématurés en IDF peut conduire à des décès plus nombreux et survenant au-delà de 6 jours de vie même pour cette classe de terme. La surveillance du bénéfice attendu avec la baisse de mortalité néonatale pour les autres classes de terme est à instaurer.

La surveillance des indicateurs de mortalité périnatale et infantile restent inclus dans le Projet régional de santé PRS3, avec le même objectif de réduction des inégalités territoriales de santé. Les analyses ultérieures devront donc être présentées pour les différentes classes de terme, en incluant ou non les extrêmes prématurés et en tenant compte de la présence ou non de malformations congénitales. L'étude des différences entre départements enregistrés et domiciliés voire arrondissements de domicile reste indispensable.



Annexes

Annexes

Liste des maternités d'Île-de-France

| Département | Finess | Libellé | Type | Réseau | Statut | Nb accts |
|-------------|-----------|--|------|--------|-----------|----------|
| 75 | 750100166 | HÔPITAL COCHIN/ST VINCENT DE PAUL | 3 | RSPP | CHR/U | 5 226 |
| 75 | 750100109 | HÔPITAL TROUSSEAU | 3 | RSPP | CHR/U | 3 690 |
| 75 | 750000523 | GROUPEMENT HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH | 2B | RSPP | PSPH/EBNL | 3 384 |
| 75 | 750300667 | MATERNITE SAINTE FELICITE | 2A | RSPP | Privé | 3 342 |
| 75 | 750150013 | HÔPITAL PIERRE ROUQUES - LES BLUETS | 1+ | RSPP | PSPH/EBNL | 3 271 |
| 75 | 750100208 | HÔPITAL NECKER ENFANTS MALADES | 3 | RSPP | CHR/U | 3 170 |
| 75 | 750803454 | HÔPITAL ROBERT DEBRE | 3 | RSPP | CHR/U | 2 963 |
| 75 | 750150260 | HÔPITAL DES DIACONESSES | 1+ | RSPP | PSPH/EBNL | 2 523 |
| 75 | 750100273 | HÔPITAL TENON | 2A | RSPP | CHR/U | 2 346 |
| 75 | 750100125 | GROUPEMENT HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE | 2A | RSPP | CHR/U | 2 235 |
| 75 | 750100042 | CHU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIERE-APHP | 2A | RSPP | CHR/U | 2 206 |
| 75 | 750100232 | GIH BICHAT/CLAUDE BERNARD | 2B | RSPP | CHR/U | 1 978 |
| 75 | 750150104 | INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS | 1+ | RSPP | PSPH/EBNL | 1 891 |
| 75 | 750300931 | CLINIQUE SAINTE-THERESE | 1+ | RSPP | Privé | 1 269 |
| 75 | 750300840 | CLINIQUE DE LA MUETTE | 1 | RSPP | Privé | 1 268 |
| 77 | 770019032 | GHEF MARNE LA VALLEE SITE JOSSIGNY | 2B | NEF | CH | 3 399 |
| 77 | 770000156 | CH DE MELUN SITE SANTÉPOLE | 2B | IF SUD | CH | 3 343 |
| 77 | 770000446 | CH DE MEAUX SITE SAINT FARON | 3 | NEF | CH | 3 028 |
| 77 | 770000149 | CH SUD SEINE ET MARNE FONTAINEBLEAU | 2B | IF SUD | CH | 1 533 |
| 77 | 770000131 | CH DE COULOMMIERS | 2A | NEF | CH | 746 |
| 77 | 770000172 | CH DE PROVINS LEON BINET | 2A | NEF | CH | 590 |
| 77 | 770000164 | CH SUD SEINE ET MARNE SITE MONTEREAU | 1 | IF SUD | CH | 544 |
| 77 | 770790707 | CLINIQUE DE TOURNAN | 1 | NEF | Privé | 530 |
| 78 | 780000311 | CHIC POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY | 3 | MYPA | CH | 4 432 |
| 78 | 780800256 | CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT | 2B | MYPA | CH | 3 145 |
| 78 | 780000287 | CH FRANCOIS QUESNAY MANTES | 2B | MYPA | CH | 1 968 |
| 78 | 780000329 | CH DE RAMBOUILLET | 2A | MYPA | CH | 1 606 |
| 78 | 780300406 | CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL DE PARLY II | 2A | MYPA | Privé | 1 079 |
| 78 | 780000295 | CHIC DE MEULAN LES MUREAUX | 1 | MYPA | CH | 908 |
| 78 | 780300323 | CLINIQUE DES FRANCISCAINES | 2A | MYPA | Privé | 881 |
| 78 | 780018727 | CLINIQUE SAINT GERMAIN | 1 | MYPA | Privé | 828 |
| 78 | 780300422 | HÔPITAL PRIVÉ OUEST | 2A | MYPA | Privé | 820 |
| 78 | 780300208 | CLINIQUE SAINT LOUIS | 1 | MYPA | Privé | 155 |
| 91 | 910020254 | CH SUD FRANCIEN SITE JEAN JAURES | 3 | IF SUD | CH | 5 130 |
| 91 | 910000298 | CH DES DEUX VALLEES SITE LONGJUMEAU | 2B | IF SUD | CH | 2 044 |
| 91 | 910000272 | CH D ARPAJON | 2A | IF SUD | CH | 1 482 |
| 91 | 910000306 | CH D ORSAY | 2A | IF SUD | CH | 1 283 |
| 91 | 910001973 | CH DOURDAN ETAMPES SITE ETAMPES | 2A | IF SUD | CH | 1 147 |
| 91 | 910803543 | CH PRIVÉ CLAUDE GALIEN | 2A | IF SUD | Privé | 921 |
| 91 | 910300177 | CLINIQUE DE L'YVETTE | 1 | IF SUD | Privé | 813 |
| 91 | 910300144 | CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL ET OBST | 1 | IF SUD | Privé | 645 |
| 91 | 910805357 | CLINIQUE DE L'ESSONNE | 1 | IF SUD | Privé | 598 |
| 92 | 920100021 | HÔPITAL ANTOINE BECLERE | 3 | RP92 | CHR/U | 3 474 |
| 92 | 920000650 | HÔPITAL FOCH | 2B | RP92 | PSPH/EBNL | 3 433 |
| 92 | 920300043 | HÔPITAL PRIVÉ D ANTONY | 2A | RP92 | Privé | 3 168 |
| 92 | 920100047 | HÔPITAL LOUIS MOURIER | 3 | RP92 | CHR/U | 3 160 |
| 92 | 920000619 | CH DES QUATRE VILLES SITE ST CLOUD | 2A | RP92 | CH | 2 717 |
| 92 | 920000585 | CH RIVES DE SEINE SITE NEUILLY S/SEINE | 2B | RP92 | CH | 2 642 |
| 92 | 920000643 | INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANIQUE - SITE KLEBER | 2A | RP92 | PSPH/EBNL | 1 668 |
| 92 | 920000577 | CH DE NANTERRE | 1 | RP92 | CH | 1 431 |
| 92 | 920100039 | HÔPITAL BEAUJON | 2A | RP92 | CHR/U | 1 386 |

| Département | Finess | Libellé | Type | Réseau | Statut | Nb accts |
|-------------|-----------|---------------------------------------|------|--------|-----------|----------------|
| 92 | 920300787 | HOPITAL AMERICAIN | 1 | RP92 | Privé | 648 |
| 92 | 920300415 | CLINIQUE LAMBERT | 1 | RP92 | Privé | 46 |
| 93 | 930000328 | CH GENERAL DELAFONTAINE | 3 | NEF | CH | 3 830 |
| 93 | 930000302 | CHIC ANDRE GREGOIRE | 3 | NEF | CH | 3 772 |
| 93 | 930000336 | CHIC ROBERT BALLANGER | 2B | NEF | CH | 3 427 |
| 93 | 930300116 | HÔPITAL PRIVÉ DE SEINE ST DENIS | 2B | NEF | Privé | 2 273 |
| 93 | 930000286 | GHI LE RAINCY MONTFERMEIL | 2B | NEF | CH | 1 928 |
| 93 | 930100045 | HÔPITAL JEAN VERDIER | 2B | NEF | CHR/U | 1 831 |
| 93 | 930300553 | CLINIQUE DE L'ESTREE | 2A | NEF | Privé | 1 321 |
| 93 | 930150032 | MATERNITE DES LILAS | 1+ | NEF | PSPH/EBNL | 1 113 |
| 93 | 930300298 | POLYCLINIQUE VAUBAN | 1 | NEF | Privé | 759 |
| 93 | 930300025 | HÔPITAL EUROPEEN LA ROSERAIE | 2A | NEF | Privé | 464 |
| 94 | 940016868 | LES HÔPITAUX DE SAINT MAURICE | 2A | RPVM | CH | 3 567 |
| 94 | 940100043 | HÔPITAL DE BICETRE | 3 | RPVM | CHR/U | 3 430 |
| 94 | 940000599 | CHIC LUCIE ET RAYMOND AUBRAC | 2B | RPVM | CH | 3 362 |
| 94 | 940000573 | CHIC DE CRETEIL | 3 | RPVM | CH | 2 997 |
| 94 | 940006679 | HÔPITAL PRIVÉ DE MARNE-LA-VALLÉE | 2A | RPVM | Privé | 1 889 |
| 94 | 940300270 | HÔPITAL PRIVÉ ARMAND BRILLARD | 2A | RPVM | Privé | 1 870 |
| 94 | 940300551 | HÔPITAL PRIVÉ DE VITRY SITE NORIETS | 2A | RPVM | Privé | 1 130 |
| 94 | 940300379 | CLINIQUE GASTON METIVET | 1 | RPVM | Privé | 777 |
| 95 | 950000364 | CH RENE DUBOS | 3 | RPVO | CH | 4 371 |
| 95 | 950000323 | GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE | 2B | RPVO | CH | 3 361 |
| 95 | 950000307 | CH VICTOR DUPOUY | 3 | RPVO | CH | 3 047 |
| 95 | 950000331 | CH GENERAL DE GONESSE | 2B | RPVO | CH | 3 011 |
| 95 | 950807982 | CLINIQUE CLAUDE BERNARD | 2A | RPVO | Privé | 1 916 |
| 95 | 950300277 | HÔPITAL PRIVÉ NORD PARISIEN | 2A | RPVO | Privé | 1 188 |
| 95 | 950000315 | GH CARNELLE PORTES OISE SITE BEAUMONT | 2A | RPVO | CH | 1 149 |
| 95 | 950300202 | CLINIQUE CONTI | 1 | RPVO | Privé | 862 |
| IDF | | | | | | 167 334 |

Source : PMSI 2021 - données enregistrées

Liste des établissements avec activité d'Orthogénie (avec au moins 10 IVG/an)

| Département | Finess | Libellé | Type | Réseau | Statut | IVG | Médicamenteuse | Instrumentale | Non précisée |
|-------------|-----------|--|------|--------|-----------|------|----------------|---------------|--------------|
| 75 | 750100166 | HÔPITAL COCHIN/ST VINCENT DE PAUL | 3 | RSPP | CHR/U | 1761 | 748 | 983 | 30 |
| 75 | 750150013 | HÔPITAL PIERRE ROUQUES - LES BLUETS | 1+ | RSPP | PSPH/EBNL | 1088 | 428 | 660 | 0 |
| 75 | 750100125 | GROUPEMENT HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE | 2A | RSPP | CHR/U | 923 | 498 | 412 | 13 |
| 75 | 750100042 | CHU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIERE-APHP | 2A | RSPP | CHR/U | 869 | 456 | 358 | 55 |
| 75 | 750100273 | HÔPITAL TENON | 2A | RSPP | CHR/U | 492 | 344 | 146 | 2 |
| 75 | 750100232 | GIH BICHAT/CLAUDE BERNARD | 2B | RSPP | CHR/U | 440 | 253 | 186 | 1 |
| 75 | 750100109 | HÔPITAL TROUSSEAU | 3 | RSPP | CHR/U | 377 | 164 | 211 | 2 |
| 75 | 750150104 | INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS | 1+ | RSPP | PSPH/EBNL | 184 | 42 | 141 | 1 |
| 75 | 750803454 | HÔPITAL ROBERT DEBRE | 3 | RSPP | CHR/U | 69 | 18 | 47 | 4 |
| 75 | 750300931 | CLINIQUE SAINTE-THERESE | 1+ | RSPP | Privé | 40 | 0 | 40 | 0 |
| 75 | 750300840 | CLINIQUE DE LA MUETTE | 1 | RSPP | Privé | 23 | 13 | 10 | 0 |
| 77 | 770000446 | CH DE MEAUX SITE SAINT FARON | 3 | NEF | CH | 605 | 420 | 185 | 0 |
| 77 | 770019032 | GHEF MARNE LA VALLEE SITE JOSSIGNY | 2B | NEF | CH | 442 | 292 | 150 | 0 |
| 77 | 770000149 | CH SUD SEINE ET MARNE FONTAINEBLEAU | 2B | IF SUD | CH | 310 | 304 | 6 | 0 |
| 77 | 770000156 | CH DE MELUN SITE SANTÉPOLE | 2B | IF SUD | CH | 240 | 94 | 144 | 2 |
| 77 | 770000164 | CH SUD SEINE ET MARNE SITE MONTEREAU | 1 | IF SUD | CH | 213 | 200 | 12 | 1 |
| 77 | 770000131 | CH DE COULOMMIERS | 2A | NEF | CH | 181 | 160 | 21 | 0 |
| 77 | 770790707 | CLINIQUE DE TOURNAN | 1 | NEF | Privé | 104 | 56 | 48 | 0 |
| 77 | 770000172 | CH DE PROVINS LEON BINET | 2A | NEF | CH | 42 | 31 | 11 | 0 |
| 78 | 780800256 | CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT | 2B | MYPA | CH | 599 | 454 | 139 | 6 |
| 78 | 780000287 | CH FRANCOIS QUESNAY MANTES | 2B | MYPA | CH | 383 | 311 | 70 | 2 |
| 78 | 780000311 | CHIC POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY | 3 | MYPA | CH | 221 | 0 | 219 | 2 |
| 78 | 780000329 | CH DE RAMBOUILLET | 2A | MYPA | CH | 99 | 66 | 33 | 0 |
| 78 | 780300422 | HÔPITAL PRIVÉ OUEST | 2A | MYPA | Privé | 35 | 0 | 30 | 5 |
| 78 | 780300406 | CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL DE PARLY II | 2A | MYPA | Privé | 21 | 17 | 3 | 1 |
| 91 | 910000298 | CH DES DEUX VALLEES SITE LONGJUMEAU | 2B | IF SUD | CH | 1233 | 871 | 362 | 0 |
| 91 | 910020254 | CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES | 3 | IF SUD | CH | 904 | 373 | 530 | 1 |
| 91 | 910300144 | CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL ET OBST | 1 | IF SUD | Privé | 270 | 250 | 19 | 1 |
| 91 | 910000272 | CH D ARPAJON | 2A | IF SUD | CH | 208 | 140 | 68 | 0 |
| 91 | 910001973 | CH DOURDAN ETAMPES SITE ETAMPES | 2A | IF SUD | CH | 154 | 115 | 39 | 0 |
| 91 | 910803543 | CH PRIVÉ CLAUDE GALIEN | 2A | IF SUD | Privé | 143 | 94 | 49 | 0 |
| 91 | 910805357 | CLINIQUE DE L ESSONNE | 1 | IF SUD | Privé | 70 | 41 | 29 | 0 |
| 91 | 910000306 | CH D ORSAY | 2A | IF SUD | CH | 52 | 45 | 7 | 0 |
| 91 | 910300177 | CLINIQUE DE L'YVETTE | 1 | IF SUD | Privé | 18 | 16 | 2 | 0 |
| 92 | 920100047 | HÔPITAL LOUIS MOURIER | 3 | RP92 | CHR/U | 921 | 230 | 689 | 2 |
| 92 | 920100021 | HÔPITAL ANTOINE BECLERE | 3 | RP92 | CHR/U | 835 | 448 | 377 | 10 |
| 92 | 920100039 | HÔPITAL BEAUJON | 2A | RP92 | CHR/U | 370 | 257 | 112 | 1 |
| 92 | 920000619 | CH DES QUATRE VILLES SITE ST CLOUD | 2A | RP92 | CH | 322 | 242 | 80 | 0 |
| 92 | 920000577 | CH DE NANTERRE | 1 | RP92 | CH | 304 | 239 | 65 | 0 |
| 92 | 920300043 | HÔPITAL PRIVÉ D ANTONY | 2A | RP92 | Privé | 194 | 156 | 35 | 3 |
| 92 | 920000585 | CH RIVES DE SEINE SITE NEUILLY S/SEINE | 2B | RP92 | CH | 140 | 96 | 44 | 0 |
| 92 | 920000643 | INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANIQUE - SITE KLEBER | 2A | RP92 | PSPH/EBNL | 38 | 13 | 25 | 0 |
| 92 | 920300415 | CLINIQUE LAMBERT | 1 | RP92 | Privé | 13 | 4 | 8 | 1 |
| 93 | 930000302 | CHIC ANDRE GREGOIRE | 3 | NEF | CH | 1048 | 769 | 279 | 0 |
| 93 | 930000328 | CH GENERAL DELAFONTAINE | 3 | NEF | CH | 1021 | 419 | 599 | 3 |
| 93 | 930000286 | GHI LE RAINCY MONTFERMEIL | 2B | NEF | CH | 746 | 507 | 233 | 6 |
| 93 | 930100045 | HÔPITAL JEAN VERDIER | 2B | NEF | CHR/U | 687 | 462 | 223 | 2 |
| 93 | 930150032 | MATERNITE DES LILAS | 1+ | NEF | PSPH/EBNL | 640 | 295 | 345 | 0 |
| 93 | 930000336 | CHIC ROBERT BALLANGER | 2B | NEF | CH | 605 | 457 | 140 | 8 |
| 93 | 930300116 | HÔPITAL PRIVÉ DE SEINE ST DENIS | 2B | NEF | Privé | 163 | 136 | 27 | 0 |
| 93 | 930300553 | CLINIQUE DE L'ESTREE | 2A | NEF | Privé | 107 | 5 | 102 | 0 |
| 93 | 930300298 | POLYCLINIQUE VAUBAN | 1 | NEF | Privé | 30 | 0 | 30 | 0 |
| 94 | 940100043 | HÔPITAL DE BICETRE | 3 | RPVM | CHR/U | 894 | 334 | 558 | 2 |
| 94 | 940016868 | LES HÔPITAUX DE SAINT MAURICE | 2A | RPVM | CH | 487 | 267 | 220 | 0 |
| 94 | 940000599 | CHIC LUCIE ET RAYMOND AUBRAC | 2B | RPVM | CH | 485 | 203 | 278 | 4 |
| 94 | 940000573 | CHIC DE CRETEIL | 3 | RPVM | CH | 362 | 245 | 103 | 14 |
| 94 | 940300551 | HÔPITAL PRIVÉ DE VITRY SITE NORIETS | 2A | RPVM | Privé | 116 | 0 | 115 | 1 |
| 94 | 940300270 | HÔPITAL PRIVÉ ARMAND BRILLARD | 2A | RPVM | Privé | 80 | 22 | 55 | 3 |
| 94 | 940300379 | CLINIQUE GASTON METIVET | 1 | RPVM | Privé | 33 | 0 | 30 | 3 |
| 94 | 940006679 | HÔPITAL PRIVÉ DE MARNE-LA-VALLÉE | 2A | RPVM | Privé | 26 | 0 | 25 | 1 |
| 95 | 950000364 | CH RENE DUBOS | 3 | RPVO | CH | 1122 | 773 | 349 | 0 |
| 95 | 950000323 | GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE | 2B | RPVO | CH | 757 | 559 | 190 | 8 |

| Département | Finess | Libellé | Type | Réseau | Statut | IVG | Médicamenteux | Instrumental | Non précisée |
|-------------|-----------|---------------------------------------|------|--------|--------|-------|---------------|--------------|--------------|
| 95 | 950000331 | CH GENERAL DE GONESSE | 2B | RPVO | CH | 649 | 528 | 119 | 2 |
| 95 | 950000307 | CH VICTOR DUPOUY | 3 | RPVO | CH | 460 | 382 | 78 | 0 |
| 95 | 950300277 | HÔPITAL PRIVÉ NORD PARISIEN | 2A | RPVO | Privé | 383 | 332 | 49 | 2 |
| 95 | 950000315 | GH CARNELLE PORTES OISE SITE BEAUMONT | 2A | RPVO | CH | 185 | 146 | 39 | 0 |
| 95 | 950300202 | CLINIQUE CONTI | 1 | RPVO | Privé | 28 | 0 | 27 | 1 |
| IDF | | | | | | 29767 | 17 470 | 12 031 | 266 |

Source : PMSI 2021 - données enregistrées

Mortinatalité

Évolution mortinatalité globale

Évolution de la mortinatalité estimée sur les séjours des mères en FH et IDF (%)

| | Année | Mort-nés | Naissances | Taux mort-nés |
|--------------|-------|----------|------------|---------------|
| France Métro | 2015 | 6 553 | 763 451 | 8,58 |
| | 2016 | 6 448 | 748 566 | 8,61 |
| | 2017 | 6 256 | 732 990 | 8,53 |
| | 2018 | 6 185 | 722 891 | 8,56 |
| | 2019 | 5 851 | 716 673 | 8,16 |
| | 2020 | 5 961 | 699 121 | 8,53 |
| | 2021 | 6 015 | 702 876 | 8,56 |
| IDF | 2015 | 1 721 | 181 041 | 9,51 |
| | 2016 | 1 726 | 179 650 | 9,61 |
| | 2017 | 1 638 | 177 344 | 9,24 |
| | 2018 | 1 628 | 176 122 | 9,24 |
| | 2019 | 1 542 | 175 366 | 8,79 |
| | 2020 | 1 571 | 169 809 | 9,25 |
| 2021 | 1 551 | 168 190 | 9,22 | |

Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Évolution de la mortinatalité sur les naissances uniques estimée sur les séjours des mères en FH et IDF (%)

| | Année | Mort-nés N. uniques | Naissances uniques | Taux mort-nés N. uniques |
|--------------|-------|---------------------|--------------------|--------------------------|
| France Métro | 2015 | 5 919 | 736 548 | 8,04 |
| | 2016 | 5 764 | 722 326 | 7,98 |
| | 2017 | 5 615 | 707 636 | 7,93 |
| | 2018 | 5 551 | 698 408 | 7,95 |
| | 2019 | 5 248 | 693 380 | 7,57 |
| | 2020 | 5 388 | 676 908 | 7,96 |
| | 2021 | 5 410 | 680 954 | 7,94 |
| IDF | 2015 | 1 538 | 174 061 | 8,84 |
| | 2016 | 1 534 | 172 714 | 8,88 |
| | 2017 | 1 459 | 170 639 | 8,55 |
| | 2018 | 1 483 | 169 725 | 8,74 |
| | 2019 | 1 392 | 169 356 | 8,22 |
| | 2020 | 1 412 | 164 092 | 8,60 |
| 2021 | 1 397 | 162 504 | 8,60 | |

Source : PMSI 2019 à 2021 - données domiciliées

Évolution de la mortinatalité sur les naissances gémellaires estimée sur les séjours des mères en FH et IDF (%)

| | Année | Mort-nés N. gémellaires | Naissances gémellaires | Taux mort-nés N. gémellaires |
|--------------|-------|-------------------------|------------------------|------------------------------|
| France Métro | 2015 | 608 | 26 288 | 23,13 |
| | 2016 | 639 | 25 616 | 24,95 |
| | 2017 | 605 | 24 790 | 24,41 |
| | 2018 | 593 | 23 958 | 24,75 |
| | 2019 | 569 | 22 690 | 25,08 |
| | 2020 | 531 | 21 706 | 24,46 |
| | 2021 | 568 | 21 436 | 26,50 |
| IDF | 2015 | 177 | 6 824 | 25,94 |
| | 2016 | 173 | 6 750 | 25,63 |
| | 2017 | 165 | 6 516 | 25,32 |
| | 2018 | 127 | 6 238 | 20,36 |
| | 2019 | 140 | 5 830 | 24,01 |
| | 2020 | 146 | 5 570 | 26,21 |
| 2021 | 139 | 5 524 | 25,16 | |

Source : PMSI 2019 à 2021 - données domiciliées

Évolution de la mortinatalité sur les naissances triples estimée sur les séjours des mères en FH et IDF (%)

| | Année | Mort-nés N. triples | Naissances triples | Taux mort-nés N. triples |
|--------------|-------|---------------------|--------------------|--------------------------|
| France Métro | 2015 | 33 | 615 | 53,66 |
| | 2016 | 50 | 624 | 80,13 |
| | 2017 | 38 | 564 | 67,38 |
| | 2018 | 42 | 525 | 80,00 |
| | 2019 | 41 | 603 | 67,99 |
| | 2020 | 42 | 507 | 82,84 |
| | 2021 | 43 | 486 | 88,48 |
| IDF | 2015 | 6 | 156 | 38,46 |
| | 2016 | 19 | 186 | 10,215 |
| | 2017 | 14 | 189 | 74,07 |
| | 2018 | 18 | 159 | 113,21 |
| | 2019 | 12 | 180 | 66,67 |
| | 2020 | 13 | 147 | 88,44 |
| 2021 | 17 | 162 | 104,94 | |

Source : PMSI 2019 à 2021 - données domiciliées

Évolution mortinatalité spontanée et après IMG

Évolution de la mortinatalité spontanée et via IMG estimée sur les séjours des mères en FH et IDF (%)

| | Année | Mort-nés via IMG | Mort-nés spontanés | Naissances | Taux mort-nés via IMG | Taux mort-nés spontanés |
|--------------|-------|------------------|--------------------|------------|-----------------------|-------------------------|
| France Métro | 2015 | 2 763 | 3 790 | 763 451 | 3,62 | 4,96 |
| | 2016 | 2 687 | 3 761 | 748 566 | 3,59 | 5,02 |
| | 2017 | 2 537 | 3 719 | 732 990 | 3,46 | 5,07 |
| | 2018 | 2 473 | 3 712 | 722 891 | 3,42 | 5,13 |
| | 2019 | 2 380 | 3 471 | 716 673 | 3,32 | 4,84 |
| | 2020 | 2 461 | 3 500 | 699 121 | 3,52 | 5,01 |
| | 2021 | 2 408 | 3 607 | 702 876 | 3,43 | 5,13 |
| IDF | 2015 | 666 | 1 055 | 181 041 | 3,68 | 5,83 |
| | 2016 | 679 | 1 047 | 179 650 | 3,78 | 5,83 |
| | 2017 | 595 | 1 043 | 177 344 | 3,36 | 5,88 |
| | 2018 | 597 | 1 031 | 176 122 | 3,39 | 5,85 |
| | 2019 | 544 | 998 | 175 366 | 3,10 | 5,69 |
| | 2020 | 615 | 956 | 169 809 | 3,62 | 5,63 |
| 2021 | 569 | 982 | 168 190 | 3,38 | 5,84 | |

Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Évolution de la mortinatalité spontanée et via IMG sur les naissances uniques estimée sur les séjours des mères en FH et IDF (%)

| | Année | Mort-nés via IMG N. uniques | Mort-nés spontanés N. uniques | Naissances uniques | Taux mort-nés via IMG N. uniques | Taux mort-nés spontanés N. uniques |
|--------------|-------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| France Métro | 2015 | 2 589 | 3 330 | 736 548 | 3,52 | 4,52 |
| | 2016 | 2 514 | 3 250 | 722 326 | 3,48 | 4,50 |
| | 2017 | 2 356 | 3 259 | 707 636 | 3,33 | 4,61 |
| | 2018 | 2 286 | 3 265 | 698 408 | 3,27 | 4,67 |
| | 2019 | 2 176 | 3 072 | 693 380 | 3,14 | 4,43 |
| | 2020 | 2 262 | 3 126 | 676 908 | 3,34 | 4,62 |
| | 2021 | 2 245 | 3 165 | 680 954 | 3,30 | 4,65 |
| IDF | 2015 | 610 | 928 | 174 061 | 3,50 | 5,33 |
| | 2016 | 618 | 916 | 172 714 | 3,58 | 5,30 |
| | 2017 | 545 | 914 | 170 639 | 3,19 | 5,36 |
| | 2018 | 558 | 925 | 169 725 | 3,29 | 5,45 |
| | 2019 | 496 | 896 | 169 356 | 2,93 | 5,29 |
| | 2020 | 550 | 862 | 164 092 | 3,35 | 5,25 |
| 2021 | 526 | 871 | 162 504 | 3,24 | 5,36 | |

Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Évolution de la mortinatalité spontanée et via IMG sur les naissances gémellaires estimée sur les séjours des mères en FH et IDF (%)

| | Année | Mort-nés via IMG N. gémeillaires | Mort-nés spontanés N. gémeillaires | Naissances gémeillaires | Taux mort-nés via IMG N. gémeillaires | Taux mort-nés spontanés N. gémeillaires |
|--------------|-------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---|
| France Métro | 2015 | 162 | 446 | 26 288 | 6,16 | 16,97 |
| | 2016 | 164 | 475 | 25 616 | 6,40 | 18,54 |
| | 2017 | 178 | 427 | 24 790 | 7,18 | 17,22 |
| | 2018 | 183 | 410 | 23 958 | 7,64 | 17,11 |
| | 2019 | 196 | 373 | 22 690 | 8,64 | 16,44 |
| | 2020 | 189 | 342 | 21 706 | 8,71 | 15,76 |
| | 2021 | 157 | 411 | 21 436 | 7,32 | 19,17 |
| IDF | 2015 | 53 | 124 | 6 824 | 7,77 | 18,17 |
| | 2016 | 57 | 116 | 6 750 | 8,44 | 17,19 |
| | 2017 | 47 | 118 | 6 516 | 7,21 | 18,11 |
| | 2018 | 37 | 90 | 6 238 | 5,93 | 14,43 |
| | 2019 | 46 | 94 | 5 830 | 7,89 | 16,12 |
| | 2020 | 61 | 85 | 5 570 | 10,95 | 15,26 |
| | 2021 | 44 | 95 | 5 524 | 7,97 | 17,20 |

Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Évolution de la mortinatalité spontanée et via IMG sur les naissances triples estimée sur les séjours des mères en FH et IDF (‰)

| | Année | Mort-nés via IMG N. triples | Mort-nés spontanés N. triples | Naissances triples | Taux mort-nés via IMG N. triples | Taux mort-nés spontanés N. triples |
|--------------|-------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| France Métro | 2015 | 12 | 21 | 615 | 19,51 | 34,15 |
| | 2016 | 9 | 41 | 624 | 14,42 | 65,71 |
| | 2017 | 5 | 33 | 564 | 8,87 | 58,51 |
| | 2018 | 5 | 37 | 525 | 9,52 | 70,48 |
| | 2019 | 13 | 28 | 603 | 21,56 | 46,43 |
| | 2020 | 10 | 32 | 507 | 19,72 | 63,12 |
| | 2021 | 10 | 33 | 486 | 20,58 | 67,90 |
| IDF | 2015 | 3 | 3 | 156 | 19,23 | 19,23 |
| | 2016 | 4 | 15 | 186 | 21,51 | 80,65 |
| | 2017 | 3 | 11 | 189 | 15,87 | 58,20 |
| | 2018 | 2 | 16 | 159 | 12,58 | 100,63 |
| | 2019 | 4 | 8 | 180 | 22,22 | 44,44 |
| | 2020 | 4 | 9 | 147 | 27,21 | 61,22 |
| | 2021 | 1 | 16 | 162 | 6,17 | 98,77 |

Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Mortinatalité par départements domiciliés sur 3 années cumulées (‰)

| | Naissances | Mort-nés | Taux mort-nés | p value |
|-----|------------|----------|---------------|---------|
| 75 | 78 149 | 620 | 7,93 | < 0,01 |
| 77 | 55 340 | 504 | 9,11 | 0,97 |
| 78 | 55 266 | 494 | 8,94 | 0,72 |
| 91 | 55 613 | 560 | 10,07 | 0,01 |
| 92 | 66 857 | 557 | 8,33 | 0,03 |
| 93 | 83 423 | 839 | 10,06 | < 0,01 |
| 94 | 60 522 | 537 | 8,87 | 0,57 |
| 95 | 58 195 | 553 | 9,50 | 0,27 |
| IDF | 513 365 | 4 664 | 9,09 | |

Source : PMSI 2019 à 2021 - données domiciliées

Mortinatalité après IMG par départements domiciliés sur 3 années cumulées (‰)

| | Naissances | Mort-nés via IMG | Taux mort-nés via IMG | p value |
|-----|------------|------------------|-----------------------|---------|
| 75 | 78 149 | 280 | 3,58 | 0,27 |
| 77 | 55 340 | 193 | 3,49 | 0,63 |
| 78 | 55 266 | 147 | 2,66 | < 0,01 |
| 91 | 55 613 | 240 | 4,32 | < 0,01 |
| 92 | 66 857 | 229 | 3,43 | 0,8 |
| 93 | 83 423 | 268 | 3,21 | 0,42 |
| 94 | 60 522 | 196 | 3,24 | 0,59 |
| 95 | 58 195 | 175 | 3,01 | 0,12 |
| IDF | 513 365 | 1 728 | 3,37 | |

Source : PMSI 2019 à 2021 - données domiciliées

Mortinatalité spontanée par départements domiciliés sur 3 années cumulées (‰)

| | Naissances | Mort-nés spontanés | Taux mort-nés spontanés | p value |
|-----|------------|--------------------|-------------------------|---------|
| 75 | 78 149 | 340 | 4,35 | < 0,01 |
| 77 | 55 340 | 311 | 5,62 | 0,77 |
| 78 | 55 266 | 347 | 6,28 | 0,07 |
| 91 | 55 613 | 320 | 5,75 | 0,93 |
| 92 | 66 857 | 328 | 4,91 | < 0,01 |
| 93 | 83 423 | 571 | 6,84 | < 0,01 |
| 94 | 60 522 | 341 | 5,63 | 0,79 |
| 95 | 58 195 | 378 | 6,50 | < 0,01 |
| IDF | 513 365 | 2 936 | 5,72 | |

Source : PMSI 2019 à 2021 - données domiciliées

Mortinatalité estimée sur le séjour des mères par types de grossesse et par départements domiciliés sur 3 années cumulées (‰)

| | Naissances | Mort-nés | Taux mort-nés | |
|--------------------|------------|----------|---------------|-------|
| Grossesse unique | 75 | 75 403 | 550 | 7,29 |
| | 77 | 53 466 | 453 | 8,47 |
| | 78 | 53 417 | 442 | 8,27 |
| | 91 | 53 709 | 499 | 9,29 |
| | 92 | 64 672 | 506 | 7,82 |
| | 93 | 80 684 | 759 | 9,41 |
| | 94 | 58 377 | 486 | 8,33 |
| 95 | 56 224 | 506 | 9,00 | |
| IDF | 495 952 | 4 201 | 8,47 | |
| Grossesse multiple | 75 | 2 746 | 70 | 25,49 |
| | 77 | 1 874 | 51 | 27,21 |
| | 78 | 1 849 | 52 | 28,12 |
| | 91 | 1 904 | 61 | 32,04 |
| | 92 | 2 185 | 51 | 23,34 |
| | 93 | 2 739 | 80 | 29,21 |
| | 94 | 2 145 | 51 | 23,78 |
| 95 | 1 971 | 47 | 23,85 | |
| IDF | 17 413 | 463 | 26,59 | |

Source : PMSI -2019 à 2021 - données domiciliées

Situation 2019-2020-2021 de la mortinatalité par département

Situation 2019-2020-2021 de la mortinatalité par département et par type de grossesse

| | Naissances | Mort-nés spontanés | Taux mort-nés spontanés | |
|------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------|
| Grossesse unique | 75 | 75 403 | 303 | 4,02 |
| | 77 | 53 466 | 279 | 5,22 |
| | 78 | 53 417 | 306 | 5,73 |
| | 91 | 53 709 | 283 | 5,27 |
| | 92 | 64 672 | 291 | 4,50 |
| | 93 | 80 684 | 521 | 6,46 |
| | 94 | 58 377 | 303 | 5,19 |
| | 95 | 56 224 | 343 | 6,10 |
| | IDF | 495 952 | 2 629 | 5,30 |
| | Grossesse multiple | 75 | 2 746 | 37 |
| 77 | | 1 874 | 32 | 17,08 |
| 78 | | 1 849 | 41 | 22,17 |
| 91 | | 1 904 | 37 | 19,43 |
| 92 | | 2 185 | 37 | 16,93 |
| 93 | | 2 739 | 50 | 18,25 |
| 94 | | 2 145 | 38 | 17,72 |
| 95 | | 1 971 | 35 | 17,76 |
| IDF | | 17 413 | 307 | 17,63 |

Source : PMSI -2019 à 2021 - données domiciliées

Mortalité après IMG estimée sur le séjour des mères par types de grossesse et par départements domiciliés sur 3 années cumulées (%)

| | Naissances | Mort-nés via IMG | Taux mort-nés via IMG | |
|------------------|--------------------|------------------|-----------------------|-------|
| Grossesse unique | 75 | 75 403 | 247 | 3,28 |
| | 77 | 53 466 | 174 | 3,25 |
| | 78 | 53 417 | 136 | 2,55 |
| | 91 | 53 709 | 216 | 4,02 |
| | 92 | 64 672 | 215 | 3,32 |
| | 93 | 80 684 | 238 | 2,95 |
| | 94 | 58 377 | 183 | 3,13 |
| | 95 | 56 224 | 163 | 2,90 |
| | IDF | 495 952 | 1 572 | 3,17 |
| | Grossesse multiple | 75 | 2 746 | 33 |
| 77 | | 1 874 | 19 | 10,14 |
| 78 | | 1 849 | 11 | 5,95 |
| 91 | | 1 904 | 24 | 12,61 |
| 92 | | 2 185 | 14 | 6,41 |
| 93 | | 2 739 | 30 | 10,95 |
| 94 | | 2 145 | 13 | 6,06 |
| 95 | | 1 971 | 12 | 6,09 |
| IDF | | 17 413 | 156 | 8,96 |

Source : PMSI -2019 à 2021 - données domiciliées

Évolution des IMG avant 22 SA en FH et IDF (%)

| | Année | IMG avant 22 SA | Naissances | Taux IMG avant 22 SA | |
|--------------|-------|-----------------|------------|----------------------|------|
| France Métro | 2015 | 3 452 | 763 451 | 4,52 | |
| | 2016 | 3 504 | 748 566 | 4,68 | |
| | 2017 | 3 574 | 732 990 | 4,88 | |
| | 2018 | 3 681 | 722 891 | 5,09 | |
| | 2019 | 6 453 | 716 673 | 9,00 | |
| | 2020 | 6 079 | 699 121 | 8,70 | |
| | 2021 | 6 414 | 702 876 | 9,13 | |
| | IDF | 2015 | 816 | 181 041 | 4,51 |
| | | 2016 | 851 | 179 650 | 4,74 |
| | | 2017 | 901 | 177 344 | 5,08 |
| 2018 | | 963 | 176 122 | 5,47 | |
| 2019 | | 1 615 | 175 366 | 9,21 | |
| 2020 | | 1 451 | 169 809 | 8,54 | |
| 2021 | | 1 551 | 168 190 | 9,22 | |

Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

| | Année | IMG | Naissances | Taux IMG | |
|--------------|-------|-------|------------|----------|------|
| France Métro | 2015 | 6 215 | 763 451 | 8,14 | |
| | 2016 | 6 191 | 748 566 | 8,27 | |
| | 2017 | 6 111 | 732 990 | 8,34 | |
| | 2018 | 6 154 | 722 891 | 8,51 | |
| | 2019 | 8 833 | 716 673 | 12,33 | |
| | 2020 | 8 540 | 699 121 | 12,22 | |
| | 2021 | 8 822 | 702 876 | 12,55 | |
| | IDF | 2015 | 1 482 | 181 041 | 8,19 |
| | | 2016 | 1 530 | 179 650 | 8,52 |
| | | 2017 | 1 496 | 177 344 | 8,44 |
| 2018 | | 1 560 | 176 122 | 8,86 | |
| 2019 | | 2 159 | 175 366 | 12,31 | |
| 2020 | | 2 066 | 169 809 | 12,17 | |
| 2021 | | 2 120 | 168 190 | 12,60 | |

Source : PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

IMG avant 22 SA par départements domiciliés sur 3 années cumulées (%)

| | Naissances | IMG avant 22 SA | Taux IMG avant 22 SA | p value |
|-----|------------|-----------------|----------------------|---------|
| 75 | 78 149 | 965 | 12,35 | < 0,01 |
| 77 | 55 340 | 418 | 7,55 | < 0,01 |
| 78 | 55 266 | 507 | 9,17 | 0,65 |
| 91 | 55 613 | 479 | 8,61 | 0,33 |
| 92 | 66 857 | 650 | 9,72 | 0,03 |
| 93 | 83 423 | 608 | 7,29 | < 0,01 |
| 94 | 60 522 | 542 | 8,96 | 0,93 |
| 95 | 58 195 | 448 | 7,70 | < 0,01 |
| IDF | 513 365 | 4 617 | 8,99 | |

Source : PMSI 2019 à 2021 - données domiciliées

IMG total par départements domiciliés sur 3 années cumulées (%)

| | Naissances | IMG | Taux IMG | p value |
|-----|------------|-------|----------|---------|
| 75 | 78 149 | 1 245 | 15,93 | < 0,01 |
| 77 | 55 340 | 611 | 11,04 | < 0,01 |
| 78 | 55 266 | 654 | 11,83 | 0,24 |
| 91 | 55 613 | 719 | 12,93 | 0,21 |
| 92 | 66 857 | 879 | 13,15 | 0,05 |
| 93 | 83 423 | 876 | 10,50 | < 0,01 |
| 94 | 60 522 | 738 | 12,19 | 0,71 |
| 95 | 58 195 | 623 | 10,71 | < 0,01 |
| IDF | 513 365 | 6 345 | 12,36 | |

Source : PMSI 2019 à 2021 - données domiciliées

IMG total

Évolution des IMG avant et après 22 SA en FH et IDF (%)

IMG

IMG avant 22 SA

Mortalité périnatale

Évolution de la mortalité périnatale en FH et IDF (%)

| | Année | Morts périnatales | Naissances PMSI | Taux morts périnatales |
|--------------|-------|-------------------|-----------------|------------------------|
| France Métro | 2015 | 7 847 | 763 451 | 10,28 |
| | 2016 | 7 729 | 748 566 | 10,33 |
| | 2017 | 7 601 | 732 990 | 10,37 |
| | 2018 | 7 413 | 722 891 | 10,25 |
| | 2019 | 7 155 | 716 673 | 9,98 |
| | 2020 | 7 150 | 699 121 | 10,23 |
| 2021 | 7 265 | 702 876 | 10,34 | |
| IDF | 2015 | 2 080 | 181 041 | 11,49 |
| | 2016 | 2 094 | 179 650 | 11,66 |
| | 2017 | 2 010 | 177 344 | 11,33 |
| | 2018 | 1 982 | 176 122 | 11,25 |
| | 2019 | 1 912 | 175 366 | 10,90 |
| | 2020 | 1 923 | 169 809 | 11,32 |
| 2021 | 1 917 | 168 190 | 11,40 | |

Source : INSEE et PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

Évolution de la mortalité périnatale en FH et IDF (%)

| | Année | Morts périnatales | Naissances vivantes INSEE + mort-nés PMSI | Taux morts périnatales |
|--------------|-------|-------------------|---|------------------------|
| France Métro | 2015 | 7 847 | 766 974 | 10,23 |
| | 2016 | 7 729 | 751 145 | 10,29 |
| | 2017 | 7 601 | 736 498 | 10,32 |
| | 2018 | 7 413 | 725 922 | 10,21 |
| | 2019 | 7 155 | 719 880 | 9,94 |
| | 2020 | 7 150 | 702 625 | 10,18 |
| 2021 | 7 265 | 707 834 | 10,26 | |
| IDF | 2015 | 2 080 | 181 482 | 11,46 |
| | 2016 | 2 094 | 179 709 | 11,65 |
| | 2017 | 2 010 | 177 437 | 11,33 |
| | 2018 | 1 982 | 176 067 | 11,26 |
| | 2019 | 1 912 | 175 434 | 10,90 |
| | 2020 | 1 923 | 170 038 | 11,31 |
| 2021 | 1 917 | 168 617 | 11,37 | |

Source : INSEE et PMSI 2013 à 2021 - données domiciliées

département et par type de grossesse

Mortalité périnatale par types de grossesse et par départements domiciliés sur 3 années cumulées (%)

| | | Naissances | Mort périnatales | Taux morts périnatales |
|------------------|--------------------|------------|------------------|------------------------|
| Grossesse unique | 75 | 74 899 | 643 | 8,58 |
| | 77 | 52 972 | 514 | 9,70 |
| | 78 | 52 814 | 510 | 9,66 |
| | 91 | 53 161 | 534 | 10,04 |
| | 92 | 64 037 | 546 | 8,53 |
| | 93 | 79 809 | 923 | 11,57 |
| | 94 | 57 692 | 570 | 9,88 |
| | 95 | 55 681 | 591 | 10,61 |
| | IDF | 491 065 | 4 831 | 9,84 |
| | Grossesse multiple | 75 | 3 294 | 90 |
| 77 | | 2 327 | 61 | 26,21 |
| 78 | | 2 245 | 52 | 23,16 |
| 91 | | 2 379 | 64 | 26,90 |
| 92 | | 2 681 | 55 | 20,51 |
| 93 | | 3 414 | 94 | 27,53 |
| 94 | | 2 575 | 67 | 26,02 |
| 95 | | 2 466 | 63 | 25,55 |
| IDF | | 21 381 | 546 | 25,54 |

Source : PMSI -2019 à 2021 - données domiciliées

| | Année | Morts néonatales | Naissances | Taux morts néonatales |
|--------------|-------|------------------|------------|-----------------------|
| France Métro | 2015 | 1 869 | 760 421 | 2,46 |
| | 2016 | 1 808 | 744 697 | 2,43 |
| | 2017 | 1 921 | 730 242 | 2,63 |
| | 2018 | 1 830 | 719 737 | 2,54 |
| | 2019 | 1 830 | 714 029 | 2,56 |
| | 2020 | 1 730 | 696 664 | 2,48 |
| 2021 | 1 795 | 701 819 | 2,56 | |
| IDF | 2015 | 521 | 179 761 | 2,90 |
| | 2016 | 517 | 177 983 | 2,90 |
| | 2017 | 532 | 175 799 | 3,03 |
| | 2018 | 524 | 174 439 | 3,00 |
| | 2019 | 515 | 173 892 | 2,96 |
| | 2020 | 497 | 168 467 | 2,95 |
| 2021 | 503 | 167 066 | 3,01 | |

Source : Etat civil 2012 à 2021 (INSEE) - données domiciliées

Mortalité infantile

Évolution de la mortalité infantile en FH et IDF (%)


| | Année | Morts infantiles | Naissances | Taux morts infantiles |
|--------------|-------|------------------|------------|-----------------------|
| France Métro | 2015 | 2 619 | 760 421 | 3,44 |
| | 2016 | 2 542 | 744 697 | 3,41 |
| | 2017 | 2 611 | 730 242 | 3,58 |
| | 2018 | 2 581 | 719 737 | 3,59 |
| | 2019 | 2 522 | 714 029 | 3,53 |
| | 2020 | 2 329 | 696 664 | 3,34 |
| 2021 | 2 392 | 701 819 | 3,41 | |
| IDF | 2015 | 698 | 179 761 | 3,88 |
| | 2016 | 712 | 177 983 | 4,00 |
| | 2017 | 717 | 175 799 | 4,08 |
| | 2018 | 709 | 174 439 | 4,06 |
| | 2019 | 699 | 173 892 | 4,02 |
| | 2020 | 657 | 168 467 | 3,90 |
| 2021 | 678 | 167 066 | 4,06 | |

Source : Etat civil 2012 à 2021 (INSEE) - données domiciliées

Situation 2019-2020-2021 de la mortalité périnatale par

Mortalité néonatale

Évolution de la mortalité néonatale en FH et IDF (%)



Annexes 2 : fiches quadrants

Fiches Perinat-ARS-IDF

Les indicateurs sont calculés soit à partir de données enregistrées dans les établissements de santé identifiés par leur numéro Finess, soit à partir des données domiciliées identifiées par le code géographique de résidence obligatoire pour tout séjour. Pour la France métropolitaine, seules les données enregistrées ont été analysées.

Partie supérieure gauche : séjours avec accouchement.

Les indicateurs sont calculés avec le dénominateur des séjours d'accouchement (à partir d'un terme de 22 SA, quel qu'en soit son résultat), et concernent donc les mères. La durée de séjour, les caractéristiques du résultat de l'accouchement (pluralité, vitalité) et le terme sont des données obligatoires du RSS. Les indicateurs de morbidité ou de pathologies anténatales, voire les modes d'accouchement sont calculés d'après l'existence de codes diagnostiques ou d'actes dont la présence dans les résumés n'est pas obligatoire et sont soumis aux aléas de codage. Même si la mention d'un mode d'entrée ou de sortie avec le type de destination est obligatoire, l'exactitude de ces derniers est sujette à caution.

Partie supérieure droite : séjours d'hospitalisation en cours de grossesse sans mention d'un accouchement.

Il s'agit soit de :

- grossesses évolutives en ante partum. Les indicateurs sont calculés

avec le dénominateur des séjours de grossesse évolutive et permettent de décrire quelques éléments de pathologie ante- partum.

- grossesses non évolutives comme les grossesses extra-utérines ou les interruptions médicales de grossesse avant 22 SA. Le dénombrement des interruptions volontaires de grossesse faites à l'hôpital est effectué même en l'absence d'hospitalisation complète.

Partie inférieure gauche : séjours de naissances vivantes en maternité.

Les indicateurs sont calculés avec le dénominateur des séjours de naissances vivantes à partir de 22 SA et concernent les caractéristiques des nouveau-nés nés dans la maternité de l'établissement concerné. La durée de séjour, le sexe, le terme, le poids de naissance, la pluralité et la mention d'une naissance vivante à l'hôpital ou hors hôpital sont des données obligatoires du RSS. Les indicateurs de morbidité sont soumis aux aléas de codage. La notion de trophicité n'est pas reprise à partir du codage des diagnostics, mais est calculée à partir du poids et du terme présents dans le RSS. Même si la mention du mode de sortie (mutation, transfert et y compris le décès) est obligatoire, la qualité de cette information n'est pas considérée comme totalement fiable.

Partie inférieure droite : séjours de néonatalogie des nouveau-nés hospitalisés avant l'âge de 28 jours.

Les indicateurs sont calculés avec le dénominateur des séjours de néonatalogie de l'établissement.

Il peut s'agir d'enfants nés dans la maternité mutés en néonatalogie ou bien d'enfants qualifiés « d'outborn », c'est-à-dire admis par transfert d'un autre établissement ou venant du domicile. Comme pour les autres résultats les modes d'entrée ne sont pas toujours très fiables. L'unité de prise en charge est une donnée importante pour la facturation des séjours et donc bien renseignée. L'âge à l'entrée est une donnée calculée par le logiciel de groupage. La mention du terme à la naissance est obligatoire pour les enfants pris en charge avant le 29^{ème} jour de vie et peut être renseignée au-delà. Le poids qui doit être enregistré est celui de l'entrée du séjour. Les indicateurs de morbidité sont soumis aux aléas de codage. Même si la mention du mode de sortie, dont le décès, est obligatoire, la qualité de cette information n'est pas considérée comme totalement fiable.

Partie inférieure : séjours de mort-nés (à partir de 22 SA)

Le terme et le poids sont obligatoires. Les informations sur la pluralité, l'issue après IMG sont soumises aux aléas de codage.

| Populations enregistrées | | France métropolitaine | | Année 2022 | |
|--|---|---|--|--|---|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 678459 | | Séjours sans accouchement |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.47 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) |
| | Uniques : 667 546 (98.4%) | | Recrutement : < 20 ans : 10 090 (1.5%) | | Ante-partum : 212 975 |
| | Gémellaires : 10 762 (1.6%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 168 541 (24.8%) | | DMS : 1.58 |
| | Triplés ou autres : 157 (0%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 107 373 (50.4%) |
| | Avec enfant(s) mort-né(s) : 5 756 (0.8%) | | Césariennes : Voies basses : 143 557 (21.2%) | | MAP : 36 506 (17.1%) |
| | IMG après 22 SA : 2 380 (0.4%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 530 932 (78.3%) | | Diabète préexistants : 6 101 (2.9%) |
| | Estimation d'enfants mort-nés : 5 858 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 439 249 (82.7%) | | Diabète gestationnels : 56 779 (26.7%) |
| | MFUI : 2 343 (0.3%) | | anesthésies péridurales / VB : 14 675 (3.3%) | | RCIU : 9 271 (4.4%) |
| | Terme à l'acc. : | | 87 354 (16.5%) | | TIU envoyés : 10 011 (4.7%) |
| <28 SA : 5 101 (0.8%) | | Pathologies ante-natales : | | Séjours de grossesses non évolutives | |
| 28-31 SA : 4 953 (0.7%) | | Diabète préexistants : Diabète gestationnels : | | IMG avant 22 SA : 5 901 | |
| 32 SA : 2 204 (0.3%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures | | Rappel IMG après 22 SA : 2 380 | |
| 33-36 SA : 32 308 (4.8%) | | prématurées des membranes : 4 577 (0.7%) | | IVG : 140 968 | |
| >=37 SA : 633 893 (93.4%) | | 88 917 (13.1%) | | GEU : 15 589 | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts : | | Passage en réanimation adulte | |
| Prééclampsies sévères : 4 776 (0.7%) | | Mutations ou transferts en psy : 95 623 (14.1%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 1 034 | |
| Dont HELLP Sd : 1 305 | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 1 049 | |
| Eclampsies : 303 (0%) | | Sorties par transfert suite à l'acc. : | | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 42 345 (6.2%) | | Dont DS de 0 jour : 132 (0%) | | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 4 610 (0.7%) | | 1 049 (0.2%) | | | |
| Infections puerpérales : 852 (0.1%) | | 3 275 (0.5%) | | | |
| | | 6 288 (0.9%) | | | |
| | | 1 126 (17.9%) | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 680 895 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des NNés restant à la maternité : 3.48 | | Population étudiée : les NNés entrés avant 28J |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : | | NN en néonat : 118 126 DMS : 11.05 |
| | Garçons : 347 471 (51%) | | 91 166 (13.4%) | | Prise en charge maximum : |
| | Filles : 333 424 (49%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Néonatalogie (UM04) : 76 521 (64.8%) |
| | Naissances multiples : 21 320 (3.1%) | | Néonatalogie (UM 04) : 62 094 (9.1%) | | Néonatalogie (UM05) : 22 117 (18.7%) |
| | NN nés hors d'un hôpital : 4 135 (0.6%) | | Néonatalogie (UM 05) : 15 530 (2.3%) | | Réa Néonatale (UM06) : 19 488 (16.5%) |
| | | | Réa néonatale (UM 06) : 13 542 (2%) | | Terme à la naissance : |
| | Terme : | | Morbidité et mortalité : | | vide : 8 008 (6.8%) |
| | <28 SA : 2 603 (0.4%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 23 038 (3.4%) | | <28 SA : 2 680 (2.3%) |
| 28-31 SA : 4 647 (0.7%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 15 941 (2.3%) | | 28-31 SA : 6 134 (5.2%) | |
| 32 SA : 2 343 (0.3%) | | Malfo. sévères dépisables : 8 342 (1.2%) | | Morbidités et mortalité : | |
| 33-36 SA : 35 365 (5.2%) | | Détresse respiratoires : 53 239 (7.8%) | | 32 SA : 3 119 (2.6%) | |
| >=37 SA : 635 921 (93.4%) | | Patho neurologiques lourdes : 4 081 (0.6%) | | 33-36 SA : 29 540 (25%) | |
| Poids de naissance : | | Transfusion : 2 696 (0.4%) | | >=37 SA : 68 645 (58.1%) | |
| <1000g : 2 838 (0.4%) | | Décès post-nataux : 1 409 (0.2%) | | Outborn : 27 630 (23.4%) | |
| 1000-1499g : 4 382 (0.6%) | | Transferts (externes) : | | Âges à l'arrivée (pour les outborn) : | |
| 1500-1999g : 9 364 (1.4%) | | Transferts à partir de la mater : 5 510 (0.8%) | | 0-1 jour : 8 975 | |
| 2000-2499g : 32 487 (4.8%) | | Transferts après passage en néonat : 9 558 (1.4%) | | 2-7 jours : 6 609 | |
| >=2500g : 631 797 (92.8%) | | | | 7-27 jours : 12 046 | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 5 669 | | | |
| Terme : | | Poids : | | | |
| <28 SA : 2 800 (49.4%) | | 32 SA : 203 (3.6%) | | 1500-1999g : 535 (9.4%) | |
| 28-31 SA : 895 (15.8%) | | 33-36 SA : 856 (15.1%) | | 2000-2499g : 501 (8.8%) | |
| | | >=37 SA : 902 (15.9%) | | >=2500g : 940 (16.6%) | |
| | | <1000g : 2 977 (52.5%) | | Issu d'une IMG : 2 453 (43.3%) | |
| | | 1000-1499g : 711 (12.5%) | | Issu grossesse multiple : 407 (7.2%) | |

| Populations enregistrées | | IDF type 2A | Année 2022 | |
|--|--|--|--|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Séjours sans accouchement | |
| | Résultats de l'accouchement : Uniques : 43 436 (99.1%) Gémellaires : 408 (0.9%) Triplés ou autres : . Avec enfant(s) mort-né(s) : 194 (0.4%) IMG après 22 SA : 44 (0.1%) Estimation d'enfants mort-nés : 198 MFIU : 102 (0.2%) | | Accouchements : 43844 DMS : 4.37 Recrutement : < 20 ans : 310 (0.7%) >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 13 437 (30.6%) : 3 163 (7.2%) | |
| Séjours du NN | Terme à l'acc. : <28 SA : 128 (0.3%) 28-31 SA : 68 (0.2%) 32 SA : 48 (0.1%) 33-36 SA : 1 816 (4.1%) >=37 SA : 41 784 (95.3%) | | Modes d'accouchement : Césariennes : Voies basses : 10 259 (23.4%) Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 33 383 (76.1%) Dont extractions instrumentales : Dont : 27 576 (82.6%) anesthésies péridurales / VB : 1 258 (4.6%) 5 613 (16.8%) 29 065 (87.1%) | |
| | Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 215 (0.5%) Dont HELLP Sd : 41 Eclampsies : 17 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 873 (4.3%) HPP sévère (HPP avec acte) : 254 (0.6%) Infections puerpérales : 29 (0.1%) | | Pathologies ante-natales : Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : 29 Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 210 (0.5%) 5 486 (12.5%) 1 500 (3.4%) 4 297 (9.8%) | |
| Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | NN vivants : 43 959 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.41 | | |
| Recrutement : Garçons : 22 183 (50.5%) Filles : 21 776 (49.5%) Naissances multiples : 813 (1.8%) NN nés hors d'un hôpital : 215 (0.5%) | | Hospitalisations (mutations) : 6 980 (15.9%) Niveau de prise en charge maximum Néonatalogie (UM 04) : 6 980 (15.9%) Néonatalogie (UM 05) : . Réa néonatale (UM 06) : . | | |
| Terme : <28 SA : 32 (0.1%) 28-31 SA : 45 (0.1%) 32 SA : 48 (0.1%) 33-36 SA : 1 929 (4.4%) >=37 SA : 41 900 (95.3%) | | Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 1 198 (2.7%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 1 108 (2.5%) Malfo. sévères dépistables : 216 (0.5%) Détresse respiratoires : 3 053 (6.9%) Patho neurologiques lourdes : 82 (0.2%) Transfusion : 24 (0.1%) Décès post-nataux : 14 (0%) | | |
| Poids de naissance : <1000g : 29 (0.1%) 1000-1499g : 56 (0.1%) 1500-1999g : 302 (0.7%) 2000-2499g : 1 811 (4.1%) >=2500g : 41 761 (95%) | | Transterts (externes) : Transferts à partir de la mater : 216 (0.5%) Transferts après passage en néonatal : 588 (1.3%) | | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 202 | | |
| Terme : <28 SA : 101 (50%) 28-31 SA : 21 (10.4%) | | Poids : <1000g : 105 (52%) 1000-1499g : 19 (9.4%) | | |
| | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonatal : 8 145 DMS 6.91 | | |
| | | Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 8 145 (100%) Poids : Néonatalogie (UM05) : . Réa Néonatale (UM06) : . 1500-1999g : 525 (6.4%) Terme à la naissance : vide : 112 (1.4%) <28 SA : 9 (0.1%) 28-31 SA : 56 (0.7%) 32 SA : 96 (1.2%) 33-36 SA : 2 106 (25.9%) >=37 SA : 5 766 (70.8%) 2000-2499g : 1 736 (21.3%) >=2500g : 5 822 (71.5%) | | |
| | | Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 696 (8.5%) Macrosomes >97ème perc. : 342 (4.2%) Malfo. sévères dépistables : 96 (1.2%) Patho neuro. lourdes : 107 (1.3%) Transfusions : 29 (0.4%) Décès post-nataux : 3 (0%) | | |
| | | Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 260 2-7 jours : 514 7-27 jours : 428 | | |
| | | 1500-1999g : 9 (4.5%) Issu d'une IMG : 56 (27.7%) 2000-2499g : 23 (11.4%) Issu grossesse multiple : 9 (4.5%) >=2500g : 46 (22.8%) | | |

| Populations enregistrées | | IDF type ZB | Année 2022 | |
|--|--|---|---|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Séjours sans accouchement | |
| | Accouchements : 45719 DMS : 4.37 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 12 966 DMS : 1.75 | |
| | Résultats de l'accouchement : Uniques : 45 118 (98.7%) Gémellaires : 599 (1.3%) Triplés ou autres : 3 (0%) | | Diabète préexistants : 412 (3.2%) Diabète gestationnels : 4 182 (32.3%) RCIU : 521 (4%) TIU envoyés : 616 (4.8%) | |
| | Recrutement : < 20 ans : 492 (1.1%) >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 12 801 (28%) 4 627 (10.1%) | | Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 325 Rappel IMG après 22 SA : 80 IVG : 7 957 GEU : 948 | |
| | Modes d'accouchement : Césariennes : Voies basses : 9 978 (21.8%) Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 35 482 (77.6%) Dont extractions instrumentales : Dont anesthésies péridurales / VB : 1 254 (4.2%) 5 733 (16.2%) 30 281 (85.3%) | | Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 48 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 56 | |
| | Terme à l'acc. : <28 SA : 224 (0.5%) 28-31 SA : 179 (0.4%) 32 SA : 154 (0.3%) 33-36 SA : 2 008 (4.4%) >=37 SA : 43 154 (94.4%) | | Pathologies ante-natales : Diabète préexistants : Diabète gestationnels : Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 549 (1.2%) 7 265 (15.9%) 2 901 (6.3%) 5 500 (12%) | |
| | Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 307 (0.7%) Dont HELLP Sd : 64 Eclampsies : 21 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 2 620 (5.7%) HPP sévère (HPP avec acte) : 426 (0.9%) Infections puerpérales : 45 (0.1%) | | Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 5 500 (12%) Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : Sorties par transfert suite à l'acc. : Dont DS de 0 jour : 15 (0%) 56 (0.1%) 101 (0.2%) 258 (0.6%) 66 (25.6%) | |
| | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j NN en néonat : 8 176 DMS 9.93 | |
| | Recrutement : Garçons : 23 572 (51.2%) Filles : 22 453 (48.8%) Naissances multiples : 1 166 (2.5%) NN nés hors d'un hôpital : 290 (0.6%) | | Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 4 756 (58.2%) Néonatalogie (UM05) : 3 420 (41.8%) Réa Néonatale (UM06) : . | |
| | Terme : <28 SA : 90 (0.2%) 28-31 SA : 126 (0.3%) 32 SA : 153 (0.3%) 33-36 SA : 2 164 (4.7%) >=37 SA : 43 492 (94.5%) | | Terme à la naissance : vide : 417 (5.1%) <28 SA : 48 (0.6%) 28-31 SA : 394 (4.8%) 32 SA : 294 (3.6%) 33-36 SA : 1 969 (24.1%) >=37 SA : 5 054 (61.8%) | |
| Poids de naissance : <1000g : 80 (0.2%) 1000-1499g : 140 (0.3%) 1500-1999g : 592 (1.3%) 2000-2499g : 2 061 (4.5%) >=2500g : 43 146 (93.7%) | | Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 1 427 (3.1%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 1 100 (2.4%) Malfo. sévères dépitables : 411 (0.9%) Détresse respiratoires : 3 537 (7.7%) Patho neurologiques lourdes : 141 (0.3%) Transfusion : 73 (0.2%) Décès post-nataux : 41 (0.1%) | | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 327 | | |
| Terme : <28 SA : 144 (44%) 28-31 SA : 51 (15.6%) | | Poids : <1000g : 162 (49.5%) 1000-1499g : 35 (10.7%) 1500-1999g : 33 (10.1%) 2000-2499g : 28 (8.6%) >=2500g : 69 (21.1%) | | |
| Séjours du NN | Recrutement : Niveau de prise en charge maximum Néonatalogie (UM 04) : 3 956 (8.6%) Néonatalogie (UM 05) : 2 388 (5.2%) Réa néonatale (UM 06) : . | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j NN en néonat : 8 176 DMS 9.93 | |
| | Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 1 427 (3.1%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 1 100 (2.4%) Malfo. sévères dépitables : 411 (0.9%) Détresse respiratoires : 3 537 (7.7%) Patho neurologiques lourdes : 141 (0.3%) Transfusion : 73 (0.2%) Décès post-nataux : 41 (0.1%) | | Terme à la naissance : vide : 417 (5.1%) <28 SA : 48 (0.6%) 28-31 SA : 394 (4.8%) 32 SA : 294 (3.6%) 33-36 SA : 1 969 (24.1%) >=37 SA : 5 054 (61.8%) | |
| | Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 188 (0.4%) Transferts après passage en néonat : 396 (0.9%) | | Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 4 756 (58.2%) Néonatalogie (UM05) : 3 420 (41.8%) Réa Néonatale (UM06) : . | |
| | Terme : <28 SA : 144 (44%) 28-31 SA : 51 (15.6%) | | Terme à la naissance : vide : 417 (5.1%) <28 SA : 48 (0.6%) 28-31 SA : 394 (4.8%) 32 SA : 294 (3.6%) 33-36 SA : 1 969 (24.1%) >=37 SA : 5 054 (61.8%) | |
| | Poids de naissance : <1000g : 80 (0.2%) 1000-1499g : 140 (0.3%) 1500-1999g : 592 (1.3%) 2000-2499g : 2 061 (4.5%) >=2500g : 43 146 (93.7%) | | Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 654 (8%) Macrosomes >97ème perc. : 288 (3.5%) Malfo. sévères dépitables : 241 (2.9%) Patho neuro. lourdes : 251 (3.1%) Transfusions : 117 (1.4%) Décès post-nataux : 6 (0.1%) | |
| | Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 327 | |
| | Terme : <28 SA : 144 (44%) 28-31 SA : 51 (15.6%) | | Poids : <1000g : 162 (49.5%) 1000-1499g : 35 (10.7%) 1500-1999g : 33 (10.1%) 2000-2499g : 28 (8.6%) >=2500g : 69 (21.1%) | |
| | Recrutement : Niveau de prise en charge maximum Néonatalogie (UM 04) : 3 956 (8.6%) Néonatalogie (UM 05) : 2 388 (5.2%) Réa néonatale (UM 06) : . | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j NN en néonat : 8 176 DMS 9.93 | |
| | Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 1 427 (3.1%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 1 100 (2.4%) Malfo. sévères dépitables : 411 (0.9%) Détresse respiratoires : 3 537 (7.7%) Patho neurologiques lourdes : 141 (0.3%) Transfusion : 73 (0.2%) Décès post-nataux : 41 (0.1%) | | Terme à la naissance : vide : 417 (5.1%) <28 SA : 48 (0.6%) 28-31 SA : 394 (4.8%) 32 SA : 294 (3.6%) 33-36 SA : 1 969 (24.1%) >=37 SA : 5 054 (61.8%) | |
| | Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 188 (0.4%) Transferts après passage en néonat : 396 (0.9%) | | Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 4 756 (58.2%) Néonatalogie (UM05) : 3 420 (41.8%) Réa Néonatale (UM06) : . | |
| Terme : <28 SA : 144 (44%) 28-31 SA : 51 (15.6%) | | Terme à la naissance : vide : 417 (5.1%) <28 SA : 48 (0.6%) 28-31 SA : 394 (4.8%) 32 SA : 294 (3.6%) 33-36 SA : 1 969 (24.1%) >=37 SA : 5 054 (61.8%) | | |
| Poids de naissance : <1000g : 80 (0.2%) 1000-1499g : 140 (0.3%) 1500-1999g : 592 (1.3%) 2000-2499g : 2 061 (4.5%) >=2500g : 43 146 (93.7%) | | Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 654 (8%) Macrosomes >97ème perc. : 288 (3.5%) Malfo. sévères dépitables : 241 (2.9%) Patho neuro. lourdes : 251 (3.1%) Transfusions : 117 (1.4%) Décès post-nataux : 6 (0.1%) | | |

| Populations enregistrées | | IDF type 3 | Année 2022 | |
|---|--|--|--|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Séjours sans accouchement | |
| | Accouchements : 54415 DMS : 4.9 Résultats de l'accouchement : Uniques : 52 662 (96.8%) Gémellaires : 1 706 (3.1%) Triplés ou autres : 47 (0.1%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 974 (1.8%) IMG après 22 SA : 487 (0.9%) Estimation d'enfants mort-nés : 993 MFIU : 378 (0.7%) | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 19 236 DMS : 1.83 Séjours de + de 0 jour : 9 973 (51.8%) MAP : 2 988 (15.5%) Diabète préexistants : 621 (3.2%) Diabète gestationnels : 4 093 (21.3%) RCIU : 813 (4.2%) TIU envoyés : 284 (1.5%) | |
| | Recrutement : < 20 ans : 602 (1.1%) >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 6 460 (11.9%) | | Modes d'accouchement : Césariennes : Voies basses : 13 307 (24.5%) Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 40 842 (75.1%) Dont extractions instrumentales : Dont : 33 472 (82%) anesthésies péridurales / VB : 1 187 (3.5%) 6 849 (16.8%) | |
| | Termes à l'acc. : <28 SA : 1 121 (2.1%) 28-31 SA : 1 028 (1.9%) 32 SA : 325 (0.6%) 33-36 SA : 3 468 (6.4%) >=37 SA : 48 473 (89.1%) | | Pathologies ante-natales : 34 123 (83.5%) Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 594 (1.1%) 9 341 (17.2%) Mutations ou transferts : 7 365 (13.5%) Mutations ou transferts en psy : 4 103 (7.5%) Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : Sorties par transfert suite à l'acc : Dont DS de 0 jour : 20 (0%) | |
| | Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 643 (1.2%) Dont HELLP Sd : 180 Eclampsies : 34 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 4 745 (8.7%) HPP sévère (HPP avec acte) : 637 (1.2%) Infections puerpérales : 82 (0.2%) | | 262 (0.5%) 345 (0.6%) 53 (15.4%) | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie | |
| | Recrutement : Garçons : 28 069 (50.8%) Filles : 27 178 (49.2%) Naissances multiples : 3 432 (6.2%) NN nés hors d'un hôpital : 296 (0.5%) | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonatal : 13 139 DMS : 14.54 | |
| | Termes : <28 SA : 684 (1.2%) 28-31 SA : 994 (1.8%) 32 SA : 349 (0.6%) 33-36 SA : 4 105 (7.4%) >=37 SA : 49 114 (88.9%) | | Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 6 019 (45.8%) Néonatalogie (UM05) : 1 564 (11.9%) Réa Néonatale (UM06) : 5 556 (42.3%) Terme à la naissance : vide : 315 (2.4%) | |
| | Poids de naissance : <1000g : 778 (1.4%) 1000-1499g : 892 (1.6%) 1500-1999g : 1 409 (2.6%) 2000-2499g : 3 446 (6.2%) >=2500g : 48 718 (88.2%) | | Morbidités et mortalité : <28 SA : 816 (6.2%) 28-31 SA : 1 284 (9.8%) 32 SA : 442 (3.4%) 33-36 SA : 3 519 (26.8%) >=37 SA : 6 763 (51.5%) Outborn : 2 848 (21.7%) 0-1 jour : 1 550 2-7 jours : 463 7-27 jours : 835 | |
| | Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 2 204 (4%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 1 306 (2.4%) Malfo. sévères dépistables : 1 054 (1.9%) Détresse respiratoires : 5 732 (10.4%) Patho neurologiques lourdes : 817 (1.5%) Transfusion : 832 (1.5%) Décès post-nataux : 389 (0.7%) | | Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 6 019 (45.8%) Néonatalogie (UM05) : 1 564 (11.9%) Réa Néonatale (UM06) : 5 556 (42.3%) Terme à la naissance : vide : 315 (2.4%) <28 SA : 816 (6.2%) 28-31 SA : 1 284 (9.8%) 32 SA : 442 (3.4%) 33-36 SA : 3 519 (26.8%) >=37 SA : 6 763 (51.5%) Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 1 272 (9.7%) Macrosomes >97ème perc. : 389 (3%) Malfo. sévères dépistables : 762 (5.8%) Détresses respiratoires : 6 679 (50.8%) Patho neuro. lourdes : 1 316 (10%) Transfusions : 1 162 (8.8%) Décès post-nataux : 379 (2.9%) | |
| Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 225 (0.4%) Transferts après passage en néonatal : 1 806 (3.3%) | | Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 6 019 (45.8%) Néonatalogie (UM05) : 1 564 (11.9%) Réa Néonatale (UM06) : 5 556 (42.3%) Terme à la naissance : vide : 315 (2.4%) <28 SA : 816 (6.2%) 28-31 SA : 1 284 (9.8%) 32 SA : 442 (3.4%) 33-36 SA : 3 519 (26.8%) >=37 SA : 6 763 (51.5%) Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 1 272 (9.7%) Macrosomes >97ème perc. : 389 (3%) Malfo. sévères dépistables : 762 (5.8%) Détresses respiratoires : 6 679 (50.8%) Patho neuro. lourdes : 1 316 (10%) Transfusions : 1 162 (8.8%) Décès post-nataux : 379 (2.9%) | | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 978 | | |
| Termes : <28 SA : 533 (54.5%) 28-31 SA : 172 (17.6%) | | Poids : <1000g : 585 (59.8%) 1000-1499g : 128 (13.1%) 1500-1999g : 88 (9%) 2000-2499g : 70 (7.2%) >=2500g : 105 (10.7%) | | |
| Issu d'une IMG : 500 (51.1%) Issu grossesse multiple : 92 (9.4%) | | | | |

| Populations enregistrées | | 77 - Seine-et-Marne | | Année 2022 | |
|---|---|--|---|---|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 14064 | | Séjours sans accouchement |
| | DMS : 4.07 | | Recrutement : | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) |
| | Résultats de l'accouchement : | | < 20 ans : 190 (1.4%) | | Ante-partum : 2 928 |
| | Uniques : 13 863 (98.6%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 532 (3.8%) | | DMS : 2.45 |
| | Gémellaires : 201 (1.4%) | | | | Séjours de + de 0 jour : 1 868 (63.8%) |
| Séjours du NN | Triplés ou autres : . | | Modes d'accouchement : | | Diabète préexistants : 62 (2.1%) |
| | Avec enfant(s) mort-né(s) : 96 (0.7%) | | Césariennes : Voies basses : 3 109 (22.1%) | | Diabète gestationnels : 690 (23.6%) |
| | IMG après 22 SA : 16 (0.1%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 10 839 (77.1%) | | RCIU : 131 (4.5%) |
| | Estimation d'enfants mort-nés : 97 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 9 157 (84.5%) | | TIU envoyés : 224 (7.7%) |
| | MFIU : 58 (0.4%) | | anesthésies péridurales / VB : 393 (4.3%) | | Séjours de grossesses non évolutives |
| Terme à l'acc. : | | 1 595 (14.7%) | | IMG avant 22 SA : 55 | |
| <28 SA : 78 (0.6%) | | Pathologies ante-natales : | | Rappel IMG après 22 SA : 16 | |
| 28-31 SA : 77 (0.5%) | | Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : 9 189 (84.8%) | | IVG : 2 035 | |
| 32 SA : 55 (0.4%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 115 (0.8%) | | GEU : 269 | |
| 33-36 SA : 653 (4.6%) | | 2 317 (16.5%) | | Passage en réanimation adulte | |
| >=37 SA : 13 201 (93.9%) | | Mutations ou transferts : 636 (4.5%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 17 | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts en psy : 2 213 (15.7%) | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 20 | |
| Prééclampsies sévères : 100 (0.7%) | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : 45 (0.3%) | | | |
| Dont HELLP Sd : 16 | | Sorties par transfert suite à l'acc. : 1 (0%) | | | |
| Eclampsies : 6 (0%) | | Dont DS de 0 jour : 1 (0%) | | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 655 (4.7%) | | 20 (0.1%) | | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 64 (0.5%) | | 45 (0.3%) | | | |
| Infections puerpérales : 22 (0.2%) | | 168 (1.2%) | | | |
| | | 45 (26.8%) | | | |
| Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 14 181 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie | |
| nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des Nnés restant à la maternité : 3.12 | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J | |
| Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : 1 466 (10.3%) | | DMS : | |
| Garçons : 7 263 (51.2%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Prise en charge maximum : | |
| Filles : 6 918 (48.8%) | | Néonatalogie (UM 04) : 671 (4.7%) | | Néonatalogie (UM04) : 1 050 (50.4%) | |
| Naissances multiples : 400 (2.8%) | | Néonatalogie (UM 05) : 614 (4.3%) | | Néonatalogie (UM05) : 791 (38%) | |
| NN nés hors d'un hôpital : 118 (0.8%) | | Réa néonatale (UM 06) : 181 (1.3%) | | Réa Néonatale (UM06) : 242 (11.6%) | |
| Terme : | | Morbidité et mortalité : | | Terme à la naissance : | |
| <28 SA : 49 (0.3%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 454 (3.2%) | | vide : 204 (9.8%) | |
| 28-31 SA : 77 (0.5%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 308 (2.2%) | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| 33-36 SA : 725 (5.1%) | | Malfo. sévères dépistables : 72 (0.5%) | | 28-31 SA : 140 (6.7%) | |
| >=37 SA : 13 277 (93.6%) | | Détresse respiratoires : 1 036 (7.3%) | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| Poids de naissance : | | Patho neurologiques lourdes : 70 (0.5%) | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| <1000g : 51 (0.4%) | | Transfusion : 51 (0.4%) | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| 1000-1499g : 78 (0.6%) | | Décès post-nataux : 19 (0.1%) | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| 1500-1999g : 189 (1.3%) | | Transterts (externes) : | | vide : 204 (9.8%) | |
| 2000-2499g : 657 (4.6%) | | Transferts à partir de la mater : 128 (0.9%) | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| >=2500g : 13 205 (93.1%) | | Transferts après passage en néonatal : 213 (1.5%) | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 93 | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| Terme : | | Poids : | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| <28 SA : 39 (41.9%) | | <1000g : 44 (47.3%) | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| 28-31 SA : 10 (10.8%) | | 1000-1499g : 4 (4.3%) | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | >=37 SA : 32 (34.4%) | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8%) | |
| | | | | <28 SA : 44 (2.1%) | |
| | | | | 32 SA : 69 (3.3%) | |
| | | | | 33-36 SA : 550 (26.4%) | |
| | | | | >=37 SA : 1 076 (51.7%) | |
| | | | | Outborn : 633 (30.4%) | |
| | | | | vide : 204 (9.8 | |

| Populations enregistrées | | 78 - Yvelines | | Année 2022 | | |
|---|---|---|---|--|--|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | Accouchements : 15066 | DMS : 4.47 | Séjours sans accouchement | | |
| | Résultats de l'accouchement : | Recrutement : | < 20 ans : 101 (0.7%) >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 4 402 (29.2%) | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) | | |
| | Uniques : 14 816 (98.3%) Gémellaires : 243 (1.6%) Triplés ou autres : 7 (0%) | Modes d'accouchement : | Césariennes : Voies basses : 3 858 (25.6%) Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 11 127 (73.9%) Dont extractions instrumentales : 9 078 (81.6%) anesthésies péridurales / VB : 339 (3.7%) | Ante-partum : 2 745 DMS : 1.75 | Séjours de + de 0 jour : 1 751 (63.8%) MAP : 481 (17.5%) Diabète préexistants : 61 (2.2%) Diabète gestationnels : 621 (22.6%) RCIU : 78 (2.8%) | |
| | Avec enfant(s) mort-né(s) : 138 (0.9%) IMG après 22 SA : 51 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 143 MFIU : 62 (0.4%) | Pathologies ante-natales : | 9 978 (17.8%) 9 633 (86.6%) | TIU envoyés : 139 (5.1%) | | |
| | Terme à l'acc. : | Mutations ou transferts : | <28 SA : 144 (1%) 28-31 SA : 108 (0.7%) 32 SA : 47 (0.3%) 33-36 SA : 679 (4.5%) | Séjours de grossesses non évolutives | | |
| Indicateurs de morbidité : | Prééclampsies sévères : 137 (0.9%) Dont HELLP Sd : 22 Eclampsies : 9 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 015 (6.7%) HPP sévère (HPP avec acte) : 255 (1.7%) Infections puerpérales : 14 (0.1%) | Mutations ou transferts en psy : 1 451 (9.6%) Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : Sorties par transfert suite à l'acc : Dont DS de 0 jour : 4 (0%) | IMG avant 22 SA : 119 Rappel IMG après 22 SA : 51 IVG : 1 885 GEU : 238 | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | NN vivants : 15 159 | DMS des NNés restant à la maternité : 3.63 | Séjours en unités autorisées de néonatalogie | | |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | Hospitalisations (mutations) : 2 132 (14.1%) Niveau de prise en charge maximum | Néonatalogie (UM 04) : 1 279 (8.4%) Néonatalogie (UM 05) : 281 (1.9%) Réa néonatale (UM 06) : 572 (3.8%) | Population étudiée : les NNés entrés avant 28j NN en néonat : 2 607 DMS 10.08 | | |
| | Recrutement : | Morbidité et mortalité : | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 452 (3%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 353 (2.3%) Malfo. sévères dépistables : 122 (0.8%) Détrese respiratoires : 1 400 (9.2%) Patho neurologiques lourdes : 122 (0.8%) Transfusion : 66 (0.4%) Décès post-nataux : 53 (0.3%) | Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 1 527 (58.6%) Néonatalogie (UM05) : 405 (15.5%) Réa Néonatale (UM06) : 675 (25.9%) | | |
| | Garçons : 7 729 (51%) Filles : 7 430 (49%) Naissances multiples : 485 (3.2%) NN nés hors d'un hôpital : 84 (0.6%) | Transferts (externes) : | Transferts à partir de la mater : 45 (0.3%) Transferts après passage en néonat : 240 (1.6%) | Poids : <1000g : 110 (4.2%) 1000-1499g : 130 (5%) 1500-1999g : 292 (11.2%) 2000-2499g : 453 (17.4%) >=2500g : 1 621 (62.2%) | | |
| | Terme : | Transferts (externes) : | Transferts à partir de la mater : 45 (0.3%) Transferts après passage en néonat : 240 (1.6%) | Terme à la naissance : | | |
| <28 SA : 91 (0.6%) 28-31 SA : 104 (0.7%) 32 SA : 49 (0.3%) 33-36 SA : 755 (5%) >=37 SA : 14 159 (93.4%) | Transferts (externes) : | Transferts à partir de la mater : 45 (0.3%) Transferts après passage en néonat : 240 (1.6%) | vide : 46 (1.8%) <28 SA : 96 (3.7%) 28-31 SA : 141 (5.4%) 32 SA : 87 (3.3%) 33-36 SA : 696 (26.7%) >=37 SA : 1 541 (59.1%) Outborn : 486 (18.6%) | | | |
| Poids de naissance : | Mort-nés (>=22 SA) : 144 | Poids : | Morbidités et mortalité : | | | |
| <1000g : 104 (0.7%) 1000-1499g : 78 (0.5%) 1500-1999g : 208 (1.4%) 2000-2499g : 671 (4.4%) >=2500g : 14 098 (93%) | <28 SA : 7 (4.9%) 33-36 SA : 21 (14.6%) >=37 SA : 27 (18.8%) | <1000g : 83 (57.6%) 1000-1499g : 14 (9.7%) | Hypotrophes <3ème perc. : 227 (8.7%) Macrosomes >97ème perc. : 121 (4.6%) Malfo. sévères dépistables : 90 (3.5%) Détrese respiratoires : 1 460 (56%) Patho neuro. lourdes : 168 (6.4%) Transfusions : 96 (3.7%) Décès post-nataux : 42 (1.6%) | | | |
| Séjours des mort-nés | Terme : | Terme : | Issu d'une IMG : 59 (41%) Issu grossesse multiple : 24 (16.7%) | | | |
| <28 SA : 73 (50.7%) 28-31 SA : 16 (11.1%) | <28 SA : 73 (50.7%) 28-31 SA : 16 (11.1%) | <28 SA : 73 (50.7%) 28-31 SA : 16 (11.1%) | | | | |

| Populations enregistrées | | 91 - Essonne | | Année 2022 | |
|---|---|--|--|---|---|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 13841 | | Séjours sans accouchement |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.19 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) |
| | Uniques : 13 639 (98.5%) | | Recrutement : < 20 ans : 152 (1.1%) | | Ante-partum : 3 470 |
| | Gémellaires : 201 (1.5%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 3 489 (25.2%) | | DMS : 1.86 |
| | Triplés ou autres : 1 (0%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 1 874 (54%) |
| Avec enfant(s) mort-né(s) : 106 (0.8%) | | Césariennes : Voies basses : 3 290 (23.8%) | | MAP : 621 (17.9%) | |
| IMG après 22 SA : 34 (0.2%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 10 473 (75.7%) | | Diabète préexistants : 144 (4.1%) | |
| Estimation d'enfants mort-nés : 107 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 8 935 (85.3%) | | Diabète gestationnels : 948 (27.3%) | |
| MFIU : 48 (0.3%) | | anesthésies péridurales / VB : 626 (7%) | | RCIU : 97 (2.8%) | |
| Terme à l'acc. : | | 1 474 (14.1%) | | TIU envoyés : 113 (3.3%) | |
| <28 SA : 99 (0.7%) | | Pathologies ante-natales : | | Séjours de grossesses non évolutives | |
| 28-31 SA : 106 (0.8%) | | 8 643 (82.5%) | | IMG avant 22 SA : 62 | |
| 32 SA : 38 (0.3%) | | Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : | | Rappel IMG après 22 SA : 34 | |
| 33-36 SA : 625 (4.5%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 108 (0.8%) | | IVG : 3 370 | |
| >=37 SA : 12 973 (93.7%) | | 2 181 (15.8%) | | GEU : 328 | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts : | | Passage en réanimation adulte | |
| Prééclampsies sévères : 110 (0.8%) | | Mutations ou transferts en psy : 1 278 (9.2%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 19 | |
| Dont HELLP Sd : 25 | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 30 | |
| Eclampsies : 6 (0%) | | Sorties par transfert suite à l'acc. : | | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 739 (5.3%) | | Dont DS de 0 jour : 1 (0%) | | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 96 (0.7%) | | 30 (0.2%) | | | |
| Infections puerpérales : 8 (0.1%) | | 20 (0.1%) | | | |
| | | 60 (0.4%) | | | |
| | | 14 (23.3%) | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 13 914 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des Nnés restant à la maternité : 3.29 | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : | | NN en néonatalogie : 3 449 DMS 7.79 |
| | Garçons : 7 105 (51.1%) | | 2 952 (21.2%) | | Prise en charge maximum : |
| | Fillles : 6 809 (48.9%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Néonatalogie (UM04) : 2 623 (76.1%) |
| Naissances multiples : 397 (2.9%) | | Néonatalogie (UM 04) : 2 329 (16.7%) | | Néonatalogie (UM05) : 265 (7.7%) | |
| NN nés hors d'un hôpital : 75 (0.5%) | | Néonatalogie (UM 05) : 154 (1.1%) | | Réa Néonatalogie (UM06) : 561 (16.3%) | |
| Terme : | | Morbidité et mortalité : | | Terme à la naissance : | |
| <28 SA : 43 (0.3%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 462 (3.3%) | | vide : 87 (2.5%) | |
| 28-31 SA : 103 (0.7%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 369 (2.7%) | | <28 SA : 50 (1.4%) | |
| 32 SA : 30 (0.2%) | | Malfo. sévères dépistables : 100 (0.7%) | | 28-31 SA : 158 (4.6%) | |
| 33-36 SA : 698 (5%) | | Détrousse respiratoires : 1 086 (7.8%) | | 32 SA : 61 (1.8%) | |
| >=37 SA : 13 039 (93.7%) | | Patho neurologiques lourdes : 94 (0.7%) | | 33-36 SA : 650 (18.8%) | |
| Poids de naissance : | | Transfusion : 56 (0.4%) | | >=37 SA : 2 443 (70.8%) | |
| <1000g : 54 (0.4%) | | Décès post-nataux : 23 (0.2%) | | Détrusses respiratoires : 1 202 (34.9%) | |
| 1000-1499g : 79 (0.6%) | | Transterts (externes) : | | Outborn : 523 (15.2%) | |
| 1500-1999g : 161 (1.2%) | | Transferts à partir de la mater : 66 (0.5%) | | Patho neuro. lourdes : 146 (4.2%) | |
| 2000-2499g : 627 (4.5%) | | Transferts après passage en néonatalogie : 228 (1.6%) | | Transfusions : 92 (2.7%) | |
| >=2500g : 12 993 (93.4%) | | Mort-nés (>=22 SA) : 108 | | Décès post-nataux : 25 (0.7%) | |
| Séjours des mort-nés | | Terme : | | Âges à l'arrivée (pour les outborn) : | |
| <28 SA : 56 (51.9%) | | 32 SA : 5 (4.6%) | | 0-1 jour : 160 | |
| 28-31 SA : 13 (12%) | | 33-36 SA : 12 (11.1%) | | 2-7 jours : 141 | |
| | | >=37 SA : 22 (20.4%) | | 7-27 jours : 222 | |
| | | Poids : | | | |
| | | <1000g : 58 (53.7%) | | | |
| | | 1000-1499g : 10 (9.3%) | | | |
| | | 1500-1999g : 11 (10.2%) | | | |
| | | 2000-2499g : 6 (5.6%) | | | |
| | | >=2500g : 23 (21.3%) | | | |
| | | Issu d'une IMG : 39 (36.1%) | | | |
| | | Issu grossesse multiple : 5 (4.6%) | | | |

| Populations enregistrées | | 94 - Val-de-Marne | | Année 2022 | | |
|---|---|---|--|---|---|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 18896 | | Séjours sans accouchement | |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.48 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) | |
| | Uniques : 18 555 (98.2%) | | Recrutement : < 20 ans : 199 (1.1%) | | Ante-partum : 4 882 | |
| | Gémellaires : 331 (1.8%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 2 183 (11.6%) | | DMS : 1.78 | |
| | Triplés ou autres : 10 (0.1%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 2 560 (52.4%) | |
| | Avec enfant(s) mort-né(s) : 163 (0.9%) | | Césariennes : Voies basses : 4 645 (24.6%) | | MAP : 760 (15.6%) | |
| | IMG après 22 SA : 76 (0.4%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 14 146 (74.9%) | | Diabète préexistants : 103 (2.1%) | |
| | Estimation d'enfants mort-nés : 166 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 11 599 (82%) | | Diabète gestationnels : 1 180 (24.2%) | |
| | MFIU : 63 (0.3%) | | anesthésies péridurales / VB : 488 (4.2%) | | RCIU : 165 (3.4%) | |
| | Termine à l'acc. : | | 2 398 (17%) | | TIU envoyés : 216 (4.4%) | |
| <28 SA : 176 (0.9%) | | Pathologies ante-natales : | | Séjours de grossesses non évolutives | | |
| 28-31 SA : 172 (0.9%) | | Diabète préexistants : Diabète gestationnels : | | IMG avant 22 SA : 237 | | |
| 32 SA : 69 (0.4%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures | | Rappel IMG après 22 SA : 76 | | |
| 33-36 SA : 1 060 (5.6%) | | prématurées des membranes : 117 (0.6%) | | IVG : 2 697 | | |
| >=37 SA : 17 419 (92.2%) | | 3 004 (15.9%) | | GEU : 421 | | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts : | | Passage en réanimation adulte | | |
| Prééclampsies sévères : 122 (0.6%) | | Mutations ou transferts en psy : 1 799 (9.5%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 43 | | |
| Dont HELLP Sd : 30 | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 43 | | |
| Eclampsies : 8 (0%) | | Sorties par transfert suite à l'acc : | | | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 256 (6.6%) | | Dont DS de 0 jour : 10 (0.1%) | | | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 154 (0.8%) | | 43 (0.2%) | | | | |
| Infections puerpérales : 30 (0.2%) | | 114 (0.6%) | | | | |
| | | 109 (0.6%) | | | | |
| | | 33 (30.3%) | | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 19 052 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie | |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des Nnés restant à la maternité : 3.26 | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J | |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : | | NN en néonat : 4 030 DMS 10.67 | |
| | Garçons : 9 583 (50.3%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Prise en charge maximum : | |
| | Filles : 9 469 (49.7%) | | Néonatalogie (UM 04) : 2 539 (13.3%) | | Néonatalogie (UM04) : 2 955 (73.3%) Poids : | |
| | Naissances multiples : 680 (3.6%) | | Néonatalogie (UM 05) : 314 (1.6%) | | Néonatalogie (UM05) : 485 (12%) | |
| | NN nés hors d'un hôpital : 101 (0.5%) | | Réa néonatale (UM 06) : 469 (2.5%) | | Réa Néonatale (UM06) : 590 (14.6%) | |
| | Termes : | | Morbidité et mortalité : | | Terme à la naissance : | |
| | <28 SA : 98 (0.5%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 585 (3.1%) | | vide : 229 (5.7%) | |
| | 28-31 SA : 160 (0.8%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 437 (2.3%) | | <28 SA : 91 (2.3%) | |
| 32 SA : 65 (0.3%) | | Malfo. sévères dépitables : 253 (1.3%) | | 28-31 SA : 189 (4.7%) | | |
| 33-36 SA : 1 177 (6.2%) | | Détresse respiratoires : 1 653 (8.7%) | | 32 SA : 93 (2.3%) | | |
| >=37 SA : 17 551 (92.1%) | | Patho neurologiques lourdes : 125 (0.7%) | | 33-36 SA : 1 081 (26.8%) | | |
| Poids de naissance : | | Transfusion : 106 (0.6%) | | >=37 SA : 2 347 (58.2%) | | |
| <1000g : 113 (0.6%) | | Décès post-nataux : 49 (0.3%) | | Détresses respiratoires : 1 448 (35.9%) | | |
| 1000-1499g : 141 (0.7%) | | Transferts (externes) : | | Outborn : 730 (18.1%) | | |
| 1500-1999g : 302 (1.6%) | | Transferts à partir de la mater : 89 (0.5%) | | Ages à l'arrivée (pour les outborn) : | | |
| 2000-2499g : 1 000 (5.2%) | | Transferts après passage en néonat : 251 (1.3%) | | 0-1 jour : 173 | | |
| >=2500g : 17 494 (91.8%) | | 49 (0.3%) | | 2-7 jours : 183 | | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 170 | | 7-27 jours : 374 | | |
| Termes : | | 32 SA : 9 (5.3%) | | 1500-1999g : 15 (8.8%) | | |
| <28 SA : 84 (49.4%) | | 33-36 SA : 27 (15.9%) | | 2000-2499g : 23 (13.5%) | | |
| 28-31 SA : 29 (17.1%) | | >=37 SA : 21 (12.4%) | | >=2500g : 22 (12.9%) | | |
| | | Poids : | | Issu d'une IMG : 77 (45.3%) | | |
| | | <1000g : 83 (48.8%) | | Issu grossesse multiple : 8 (4.7%) | | |
| | | 1000-1499g : 25 (14.7%) | | | | |

| Populations enregistrées | | 95 - Val d'Oise | Année 2022 | |
|---|---|--|--|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 18846 | |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.38 | |
| | Uniques : 18 558 (98.5%) | | Recrutement : < 20 ans : 197 (1%) | |
| | Gémellaires : 283 (1.5%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 5 053 (26.8%) | |
| | Triplés ou autres : 5 (0%) | | Modes d'accouchement : | |
| Avec enfant(s) mort-né(s) : 178 (0.9%) | | Césariennes : Voies basses : 4 026 (21.4%) | | |
| IMG après 22 SA : 67 (0.4%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 14 700 (78%) | | |
| Estimation d'enfants mort-nés : 181 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 12 352 (84%) | | |
| MFIU : 103 (0.5%) | | anesthésies péridurales / VB : 349 (2.8%) | | |
| Terme à l'acc. : | | 2 241 (15.2%) | | |
| <28 SA : 170 (0.9%) | | Pathologies ante-natales : | | |
| 28-31 SA : 138 (0.7%) | | Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : 11 865 (80.7%) | | |
| 32 SA : 64 (0.3%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 125 (0.7%) | | |
| 33-36 SA : 795 (4.2%) | | 3 539 (18.8%) | | |
| >=37 SA : 17 679 (93.8%) | | 1 658 (8.8%) | | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts : 1 360 (7.2%) | | |
| Prééclampsies sévères : 144 (0.8%) | | Mutations ou transferts en psy : 1 360 (7.2%) | | |
| Dont HELLP Sd : 44 | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : 43 (0.2%) | | |
| Eclampsies : 14 (0.1%) | | Sorties par transfert suite à l'acc. : 11 (7.5%) | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 055 (5.6%) | | Dont DS de 0 jour : 6 (0%) | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 95 (0.5%) | | 26 (0.1%) | | |
| Infections puerpérales : 10 (0.1%) | | 43 (0.2%) | | |
| | | 147 (0.8%) | | |
| | | 11 (7.5%) | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 18 940 | |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des Nnés restant à la maternité : 3.5 | |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : 1 998 (10.5%) | |
| | Garçons : 9 626 (50.8%) | | Niveau de prise en charge maximum | |
| | Fillles : 9 314 (49.2%) | | Néonatalogie (UM 04) : 1 374 (7.3%) | |
| Naissances multiples : 554 (2.9%) | | Néonatalogie (UM 05) : 354 (1.9%) | | |
| NN nés hors d'un hôpital : 118 (0.6%) | | Réa néonatale (UM 06) : 270 (1.4%) | | |
| Terme : | | Morbidité et mortalité : | | |
| <28 SA : 76 (0.4%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 618 (3.3%) | | |
| 28-31 SA : 121 (0.6%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 480 (2.5%) | | |
| 32 SA : 73 (0.4%) | | Malfo. sévères dépistables : 215 (1.1%) | | |
| 33-36 SA : 856 (4.5%) | | Détrresse respiratoires : 1 675 (8.8%) | | |
| >=37 SA : 17 814 (94.1%) | | Patho neurologiques lourdes : 64 (0.3%) | | |
| Poids de naissance : | | Transfusion : 109 (0.6%) | | |
| <1000g : 80 (0.4%) | | Décès post-nataux : 33 (0.2%) | | |
| 1000-1499g : 127 (0.7%) | | Transterts (externes) : | | |
| 1500-1999g : 229 (1.2%) | | Transferts à partir de la mater : 75 (0.4%) | | |
| 2000-2499g : 877 (4.6%) | | Transferts après passage en néonatal : 282 (1.5%) | | |
| >=2500g : 17 625 (93.1%) | | Mort-nés (>=22 SA) : 180 | | |
| Séjours des mort-nés | | Terme : | | |
| Terme : | | 32 SA : 2 (1.1%) | | |
| <28 SA : 97 (53.9%) | | 33-36 SA : 24 (13.3%) | | |
| 28-31 SA : 25 (13.9%) | | >=37 SA : 32 (17.8%) | | |
| | | Poids : | | |
| | | <1000g : 108 (60%) | | |
| | | 1000-1499g : 18 (10%) | | |
| | | 1500-1999g : 10 (5.6%) | | |
| | | 2000-2499g : 16 (8.9%) | | |
| | | >=2500g : 28 (15.6%) | | |
| | | Issu d'une IMG : 67 (37.2%) | | |
| | | Issu grossesse multiple : 9 (5%) | | |
| | | Séjours sans accouchement | | |
| | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) | | |
| | | Ante-partum : 4 776 | | |
| | | DMS : 1.7 | | |
| | | Séjours de + de 0 jour : 2 858 (59.8%) | | |
| | | MAP : 766 (16%) | | |
| | | Diabètes préexistants : 143 (3%) | | |
| | | Diabètes gestationnels : 1 953 (40.9%) | | |
| | | RCIU : 159 (3.3%) | | |
| | | TIU envoyés : 135 (2.8%) | | |
| | | Séjours de grossesses non évolutives | | |
| | | IMG avant 22 SA : 140 | | |
| | | Rappel IMG après 22 SA : 67 | | |
| | | IVG : 3 545 | | |
| | | GEU : 285 | | |
| | | Passage en réanimation adulte | | |
| | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 17 | | |
| | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 26 | | |
| | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie | | |
| | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J | | |
| | | NN en néonatal : 2 399 | | |
| | | DMS : 11.55 | | |
| | | Prise en charge maximum : | | |
| | | Néonatalogie (UM04) : 1 590 (66.3%) | | |
| | | Poids : | | |
| | | Néonatalogie (UM05) : 454 (18.9%) | | |
| | | Réa Néonatale (UM06) : 355 (14.8%) | | |
| | | Terme à la naissance : | | |
| | | vide : 49 (2%) | | |
| | | <28 SA : 74 (3.1%) | | |
| | | 28-31 SA : 178 (7.4%) | | |
| | | 32 SA : 87 (3.6%) | | |
| | | 33-36 SA : 702 (29.3%) | | |
| | | >=37 SA : 1 309 (54.6%) | | |
| | | Morbidités et mortalité : | | |
| | | Détrresses respiratoires : 996 (41.5%) | | |
| | | Outborn : 413 (17.2%) | | |
| | | Patho neuro. lourdes : 85 (3.5%) | | |
| | | Transfusions : 137 (5.7%) | | |
| | | Décès post-nataux : 25 (1%) | | |
| | | Âges à l'arrivée (pour les outborn) : | | |
| | | 0-1 jour : 120 | | |
| | | 2-7 jours : 125 | | |
| | | 7-27 jours : 168 | | |

| Populations domiciliées | | IDF | Année 2022 | |
|-------------------------|--|-----|--|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Séjours sans accouchement | |
| | Accouchements : 161037 DMS : 4.53 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 43 422 DMS : 1.73 | |
| | Résultats de l'accouchement : Uniques : 158 283 (98.3%) Gémellaires : 2 707 (1.7%) Triplés ou autres : 48 (0%) | | Diabète préexistants : 1 254 (2.9%) Diabète gestationnels : 11 017 (25.4%) RCIU : 1 552 (3.6%) | |
| | Recrutement : < 20 ans : 1 437 (0.9%) >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 49 542 (30.8%) / 14 767 (9.2%) | | TIU envoyés : 1 706 (3.9%) | |
| | Modes d'accouchement : Césariennes : Voies basses : 37 305 (23.2%) Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 122 926 (76.3%) Dont extractions instrumentales : Dont anesthésies péridurales / VB : 4 046 (4%) / 21 238 (17.3%) | | Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 1 476 Rappel IMG après 22 SA : 569 | |
| | Pathologies ante-natales : 104 548 (85%) Diabète préexistants : Diabète gestationnels : Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 1 357 (0.8%) / 23 605 (14.7%) | | Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 315 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 257 | |
| | Mutations ou transferts : 12 018 (7.5%) Mutations ou transferts en psy : 15 990 (9.9%) | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J DMS : Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 20 169 (66.2%) Néonatalogie (UM05) : 4 941 (16.2%) Réa Néonatale (UM06) : 5 366 (17.6%) | |
| | Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 1 215 (0.8%) Dont HELLP Sd : 301 Eclampsies : 73 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 10 388 (6.5%) HPP sévère (HPP avec acte) : 1 457 (0.9%) Infections puerpérales : 183 (0.1%) | | Terme à la naissance : vide : 869 (2.9%) <28 SA : 844 (2.8%) 28-31 SA : 1 728 (5.7%) 32 SA : 819 (2.7%) 33-36 SA : 7 575 (24.9%) >=37 SA : 18 641 (61.2%) | |
| | Terme à l'acc. : <28 SA : 1 448 (0.9%) 28-31 SA : 1 277 (0.8%) 32 SA : 528 (0.3%) 33-36 SA : 7 576 (4.7%) >=37 SA : 150 208 (93.3%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) NN vivants : 162 257 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.48 | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J DMS : Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 20 169 (66.2%) Néonatalogie (UM05) : 4 941 (16.2%) Réa Néonatale (UM06) : 5 366 (17.6%) | |
| Séjours du NN | Recrutement : Garçons : 82 463 (50.8%) Filles : 79 794 (49.2%) Naissances multiples : 5 409 (3.3%) NN nés hors d'un hôpital : 874 (0.5%) | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J DMS : Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 20 169 (66.2%) Néonatalogie (UM05) : 4 941 (16.2%) Réa Néonatale (UM06) : 5 366 (17.6%) | |
| | Terme : <28 SA : 794 (0.5%) 28-31 SA : 1 179 (0.7%) 32 SA : 545 (0.3%) 33-36 SA : 8 463 (5.2%) >=37 SA : 151 270 (93.2%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Morbidity et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 5 131 (3.2%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 3 905 (2.4%) Malfo. sévères dépistables : 1 690 (1%) Détresse respiratoires : 12 811 (7.9%) Patho neurologiques lourdes : 1 056 (0.7%) Transfusion : 867 (0.5%) Décès post-nataux : 412 (0.3%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 937 (0.6%) Transferts après passage en néonatalogie : 2 773 (1.7%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Séjours des mort-nés (>=22 SA) : 1 493 Terme : <28 SA : 765 (51.2%) 28-31 SA : 233 (15.6%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Mort-nés (>=22 SA) : 1 493 Poids : <1000g : 838 (56.1%) 1000-1499g : 178 (11.9%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Séjours des mort-nés (>=22 SA) : 1 493 Poids : <1000g : 838 (56.1%) 1000-1499g : 178 (11.9%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Séjours des mort-nés (>=22 SA) : 1 493 Poids : <1000g : 838 (56.1%) 1000-1499g : 178 (11.9%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Séjours des mort-nés (>=22 SA) : 1 493 Poids : <1000g : 838 (56.1%) 1000-1499g : 178 (11.9%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |
| | Séjours des mort-nés (>=22 SA) : 1 493 Poids : <1000g : 838 (56.1%) 1000-1499g : 178 (11.9%) | | Terme à la naissance (suite) : <1000g : 873 (0.5%) 1000-1499g : 1 103 (0.7%) 1500-1999g : 2 295 (1.4%) 2000-2499g : 7 623 (4.7%) >=2500g : 150 355 (92.7%) | |

| Populations domiciliées | | 75 - Paris | | Année 2022 | |
|---|---|--|--|---|---|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 23101 | | Séjours sans accouchement |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.85 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) |
| | Uniques : 22 671 (98.1%) | | Recrutement : < 20 ans : 147 (0.6%) | | Ante-partum : 6 663 |
| | Gémellaires : 425 (1.8%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 8 961 (38.8%) | | DMS : 1.34 |
| | Triplés ou autres : 5 (0%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 2 944 (44.2%) |
| | Avec enfant(s) mort-né(s) : 216 (0.9%) | | Césariennes : Voies basses : 5 177 (22.4%) | | MAP : 1 103 (16.6%) |
| | IMG après 22 SA : 104 (0.5%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 17 830 (77.2%) | | Diabète préexistants : 148 (2.2%) |
| | Estimation d'enfants mort-nés : 217 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 14 212 (79.7%) | | Diabète gestationnels : 1 161 (17.4%) |
| | MFIU : 93 (0.4%) | | anesthésies péridurales / VB : 516 (3.6%) | | RCIU : 219 (3.3%) |
| | Terme à l'acc. : | | 3 459 (19.4%) | | TIU envoyés : 279 (4.2%) |
| <28 SA : 182 (0.8%) | | Pathologies ante-natales : 14 838 (83.2%) | | Séjours de grossesses non évolutives | |
| 28-31 SA : 157 (0.7%) | | Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : | | IMG avant 22 SA : 236 | |
| 32 SA : 64 (0.3%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 147 (0.6%) | | Rappel IMG après 22 SA : 104 | |
| 33-36 SA : 1 004 (4.3%) | | 2 540 (11%) | | IVG : 4 099 | |
| >=37 SA : 21 694 (93.9%) | | Mutations ou transferts : 1 266 (5.5%) | | GEU : 436 | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts en psy : 2 493 (10.8%) | | Passage en réanimation adulte | |
| Prééclampsies sévères : 158 (0.7%) | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 46 | |
| Dont HELLP Sd : 38 | | Sorties par transfert suite à l'acc. : | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 29 | |
| Eclampsies : 9 (0%) | | Dont DS de 0 jour : 8 (0%) | | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 751 (7.6%) | | 29 (0.1%) | | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 202 (0.9%) | | 98 (0.4%) | | | |
| Infections puerpérales : 38 (0.2%) | | 132 (0.6%) | | | |
| | | 39 (29.5%) | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 23 315 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des Nnés restant à la maternité : 3.73 | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : 3 717 (15.9%) | | NN en néonat : 4 472 DMS 10.82 |
| | Garçons : 11 811 (50.7%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Prise en charge maximum : |
| | Fillles : 11 504 (49.3%) | | Néonatalogie (UM 04) : 2 927 (12.6%) | | Néonatalogie (UM04) : 3 245 (72.6%) |
| | Naissances multiples : 839 (3.6%) | | Néonatalogie (UM 05) : 364 (1.6%) | | Néonatalogie (UM05) : 553 (12.4%) |
| | NN nés hors d'un hôpital : 107 (0.5%) | | Réa néonatale (UM 06) : 426 (1.8%) | | Réa Néonatale (UM06) : 674 (15.1%) |
| | Terme : | | Morbidité et mortalité : | | Terme à la naissance : |
| | <28 SA : 88 (0.4%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 679 (2.9%) | | vide : 22 (0.5%) |
| | 28-31 SA : 142 (0.6%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 463 (2%) | | <28 SA : 90 (2%) |
| 32 SA : 70 (0.3%) | | Malfo. sévères dépistables : 245 (1.1%) | | 28-31 SA : 217 (4.9%) | |
| 33-36 SA : 1 153 (4.9%) | | Détresse respiratoires : 1 924 (8.3%) | | 32 SA : 113 (2.5%) | |
| >=37 SA : 21 862 (93.8%) | | Patho neurologiques lourdes : 157 (0.7%) | | 33-36 SA : 1 020 (22.8%) | |
| Poids de naissance : | | Transfusion : 99 (0.4%) | | >=37 SA : 3 010 (67.3%) | |
| <1000g : 95 (0.4%) | | Décès post-nataux : 50 (0.2%) | | | |
| 1000-1499g : 132 (0.6%) | | Transterts (externes) : | | Morbidités et mortalité : | |
| 1500-1999g : 310 (1.3%) | | Transferts à partir de la mater : 190 (0.8%) | | Hypotrophes <3ème perc. : 369 (8.3%) | |
| 2000-2499g : 1 061 (4.6%) | | Transferts après passage en néonat : 346 (1.5%) | | Macrosomes >97ème perc. : 131 (2.9%) | |
| >=2500g : 21 715 (93.1%) | | | | Malfo. sévères dépistables : 135 (3%) | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 217 | | Détresses respiratoires : 1 654 (37%) | |
| Terme : | | Poids : | | Patho neuro. lourdes : 251 (5.6%) | |
| <28 SA : 106 (48.8%) | | 32 SA : 8 (3.7%) | | Transfusions : 139 (3.1%) | |
| 28-31 SA : 38 (17.5%) | | 33-36 SA : 37 (17.1%) | | Décès post-nataux : 49 (11%) | |
| | | >=37 SA : 27 (12.4%) | | | |
| | | <1000g : 123 (56.7%) | | | |
| | | 1000-1499g : 27 (12.4%) | | | |
| | | 1500-1999g : 22 (10.1%) | | Issu d'une IMG : 110 (50.7%) | |
| | | 2000-2499g : 20 (9.2%) | | Issu grossesse multiple : 15 (6.9%) | |
| | | >=2500g : 25 (11.5%) | | | |

| Populations domiciliées | | 77 - Seine-et-Marne | | Année 2022 | | |
|-----------------------------|---|---|--|---|---|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 17983 | | Séjours sans accouchement | |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.21 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) | |
| | Uniques : 17 691 (98.4%) | | Recrutement : < 20 ans : 197 (1.1%) | | Ante-partum : 4 202 | |
| | Gémellaires : 286 (1.6%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 4 705 (26.2%) | | DMS : 2.26 | |
| | Triplés ou autres : 6 (0%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 2 628 (62.5%) | |
| | Avec enfant(s) mort-né(s) : 184 (1%) | | Césariennes : Voies basses : 4 157 (23.1%) | | MAP : 860 (20.5%) | |
| | IMG après 22 SA : 69 (0.4%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 13 702 (76.2%) | | Diabète préexistants : 114 (2.7%) | |
| | Estimation d'enfants mort-nés : 185 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 11 513 (84%) | | Diabète gestationnels : 917 (21.8%) | |
| | MFIU : 82 (0.5%) | | anesthésies péridurales / VB : 502 (4.4%) | | RCIU : 183 (4.4%) | |
| | TIU envoyés : 267 (6.4%) | | 2 069 (15.1%) | | Séjours de grossesses non évolutives | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | Pathologies ante-natales : | | IMG avant 22 SA : 150 | |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | Diabète préexistants : Diabètes gestationnels : | | Rappel IMG après 22 SA : 69 | |
| | Recrutement : | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 199 (1.1%) | | IVG : 3 011 | |
| | Garçons : 9 237 (51%) | | 2 862 (15.9%) | | GEU : 350 | |
| | Filles : 8 882 (49%) | | Mutations ou transferts : | | Passage en réanimation adulte | |
| | Naissances multiples : 584 (3.2%) | | Mutations ou transferts en psy : 2 394 (13.3%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 33 | |
| | NN nés hors d'un hôpital : 126 (0.7%) | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 33 | |
| | Terme : | | Sorties par transfert suite à l'acc : | | | |
| | <28 SA : 82 (0.5%) | | Dont DS de 0 jour : 2 (0%) | | | |
| | 28-31 SA : 157 (0.9%) | | 33 (0.2%) | | | |
| 32 SA : 70 (0.4%) | | 83 (0.5%) | | | | |
| 33-36 SA : 998 (5.5%) | | 177 (1%) | | | | |
| >=37 SA : 16 812 (92.8%) | | 44 (24.9%) | | | | |
| Poids de naissance : | | Indicateurs de morbidité : | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie | | |
| <1000g : 92 (0.5%) | | Prééclampsies sévères : 141 (0.8%) | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j : | | |
| 1000-1499g : 147 (0.8%) | | Dont HELLP Sd : 20 | | NN en néonatal : 3 037 DMS 11.65 | | |
| 1500-1999g : 256 (1.4%) | | Eclampsies : 10 (0.1%) | | Prise en charge maximum : | | |
| 2000-2499g : 873 (4.8%) | | Hémorragies du post-partum (HPP) : 879 (4.9%) | | Néonatalogie (UM04) : 1 641 (54%) | | |
| >=2500g : 16 749 (92.4%) | | HPP sévère (HPP avec acte) : 90 (0.5%) | | Néonatalogie (UM05) : 885 (29.1%) | | |
| Séjours des mort-nés | | Infections puerpérales : 22 (0.1%) | | Réa Néonatale (UM06) : 511 (16.8%) | | |
| Terme : | | | | Terme à la naissance : | | |
| <28 SA : 84 (47.7%) | | | | vide : 215 (7.1%) | | |
| 28-31 SA : 28 (15.9%) | | | | <28 SA : 87 (2.9%) | | |
| | | | | 28-31 SA : 223 (7.3%) | | |
| | | | | 32 SA : 100 (3.3%) | | |
| | | | | 33-36 SA : 791 (26%) | | |
| | | | | >=37 SA : 1 621 (53.4%) | | |
| | | | | Détresses respiratoires : 1 257 (41.4%) | | |
| | | | | Outborn : 769 (25.3%) | | |
| | | | | Patho neuro. lourdes : 175 (5.8%) | | |
| | | | | Transfusions : 130 (4.3%) | | |
| | | | | Décès post-nataux : 39 (1.3%) | | |
| | | | | Ages à l'arrivée (pour les outborn) : | | |
| | | | | 0-1 jour : 216 | | |
| | | | | 2-7 jours : 202 | | |
| | | | | 7-27 jours : 351 | | |
| | | | | Mort-nés (>=22 SA) : 176 | | |
| | | | | Poids : | | |
| | | | | 1500-1999g : 13 (7.4%) | | |
| | | | | 2000-2499g : 16 (9.1%) | | |
| | | | | >=2500g : 40 (22.7%) | | |
| | | | | Issu d'une IMG : 72 (40.9%) | | |
| | | | | Issu grossesse multiple : 4 (2.3%) | | |

| Populations domiciliées | | 78 - Yvelines | | Année 2022 | |
|---|---|--|--|---|---|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 17419 | | Séjours sans accouchement |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.49 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) |
| | Uniques : 17 127 (98.3%) | | Recrutement : < 20 ans : 113 (0.6%) | | Ante-partum : 3 575 |
| | Gémellaires : 288 (1.7%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 5 232 (30%) | | DMS : 1.73 |
| | Triplés ou autres : 4 (0%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 2 159 (60.4%) |
| | Avec enfant(s) mort-né(s) : 164 (0.9%) | | Césariennes : Voies basses : 4 382 (25.2%) | | MAP : 612 (17.1%) |
| | IMG après 22 SA : 61 (0.4%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 12 946 (74.3%) | | Diabète préexistants : 84 (2.3%) |
| | Estimation d'enfants mort-nés : 169 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 10 590 (81.8%) | | Diabète gestationnels : 834 (23.3%) |
| | MFIU : 70 (0.4%) | | anesthésies péridurales / VB : 2 273 (17.6%) | | RCIU : 103 (2.9%) |
| | Terme à l'acc. : | | Pathologies ante-natales : | | TIU envoyés : 160 (4.5%) |
| <28 SA : 154 (0.9%) | | Diabète préexistants : Diabète gestationnels : | | Séjours de grossesses non évolutives | |
| 28-31 SA : 124 (0.7%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 128 (0.7%) | | IMG avant 22 SA : 161 | |
| 32 SA : 54 (0.3%) | | Mutations ou transferts : 1 162 (6.7%) | | Rappel IMG après 22 SA : 61 | |
| 33-36 SA : 794 (4.6%) | | Mutations ou transferts en psy : 1 568 (9%) | | IVG : 2 371 | |
| >=37 SA : 16 293 (93.5%) | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : 81 (0.5%) | | GEU : 284 | |
| Indicateurs de morbidité : | | Sorties par transfert suite à l'acc : 12 (13.6%) | | Passage en réanimation adulte | |
| Prééclampsies sévères : 154 (0.9%) | | Dont DS de 0 jour : 4 (0%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 27 | |
| Dont HELLP Sd : 26 | | Eclampsies : 10 (0.1%) | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 30 | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 143 (6.6%) | | HPP sévère (HPP avec acte) : 261 (1.5%) | | | |
| Infections puerpérales : 16 (0.1%) | | | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 17 506 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des Nnés restant à la maternité : 3.63 | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : 2 513 (14.4%) | | NN en néonat : 3 125 DMS 10.44 |
| | Garçons : 8 921 (51%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Prise en charge maximum : |
| | Filles : 8 585 (49%) | | Néonatalogie (UM 04) : 1 565 (8.9%) | | Néonatalogie (UM04) : 1 848 (59.1%) |
| | Naissances multiples : 571 (3.3%) | | Néonatalogie (UM 05) : 344 (2%) | | Néonatalogie (UM05) : 491 (15.7%) |
| | NN nés hors d'un hôpital : 97 (0.6%) | | Réa néonatale (UM 06) : 604 (3.5%) | | Réa Néonatale (UM06) : 786 (25.2%) |
| | Terme : | | Morbidité et mortalité : | | Terme à la naissance : |
| | <28 SA : 91 (0.5%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 535 (3.1%) | | vide : 65 (2.1%) |
| | 28-31 SA : 114 (0.7%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 431 (2.5%) | | <28 SA : 111 (3.6%) |
| 33-36 SA : 862 (4.9%) | | Malfo. sévères dépistables : 190 (1.1%) | | 28-31 SA : 161 (5.2%) | |
| >=37 SA : 16 380 (93.6%) | | Détrousse respiratoires : 1 486 (8.5%) | | 32 SA : 94 (3%) | |
| Poids de naissance : | | Patho neurologiques lourdes : 132 (0.8%) | | 33-36 SA : 803 (25.7%) | |
| <1000g : 108 (0.6%) | | Transfusion : 99 (0.6%) | | >=37 SA : 1 891 (60.5%) | |
| 1000-1499g : 100 (0.6%) | | Décès post-nataux : 52 (0.3%) | | Détrusses respiratoires : 1 567 (50.1%) | |
| 1500-1999g : 239 (1.4%) | | Transferts (externes) : | | Outborn : 625 (20%) | |
| 2000-2499g : 776 (4.4%) | | Transferts à partir de la mater : 65 (0.4%) | | Patho neuro. lourdes : 200 (6.4%) | |
| >=2500g : 16 283 (93%) | | Transferts après passage en néonat : 286 (1.6%) | | Transfusions : 144 (4.6%) | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 169 | | Décès post-nataux : 42 (1.3%) | |
| Terme : | | Poids : | | Âges à l'arrivée (pour les outborn) : | |
| <28 SA : 84 (49.7%) | | <1000g : 93 (55%) | | 0-1 jour : 244 | |
| 28-31 SA : 21 (12.4%) | | 1000-1499g : 20 (11.8%) | | 2-7 jours : 161 | |
| | | >=37 SA : 29 (17.2%) | | 7-27 jours : 220 | |
| | | 1500-1999g : 18 (10.7%) | | | |
| | | 2000-2499g : 10 (5.9%) | | | |
| | | >=2500g : 28 (16.6%) | | | |
| | | Issu d'une IMG : 69 (40.8%) | | | |
| | | Issu grossesse multiple : 28 (16.6%) | | | |

| Populations domiciliées | | 91 - Essonne | | Année 2022 | |
|-------------------------|--|--|--|------------|--|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) Accouchements : 18079 DMS : 4.3 Résultats de l'accouchement : Uniques : 17 778 (98.3%) Gémellaires : 294 (1.6%) Triplés ou autres : 7 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 158 (0.9%) IMG après 22 SA : 64 (0.4%) Estimation d'enfants mort-nés : 161 MFIU : 64 (0.4%) Terme à l'acc. : <28 SA : 161 (0.9%) 28-31 SA : 174 (1%) 32 SA : 72 (0.4%) 33-36 SA : 875 (4.8%) >=37 SA : 16 797 (92.9%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 149 (0.8%) Dont HELLP Sd : 37 Eclampsies : 9 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 036 (5.7%) HPP sévère (HPP avec acte) : 126 (0.7%) Infections puerpérales : 16 (0.1%) | Recrutement : < 20 ans : 173 (1%) >=35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 4 775 (26.4%) 1 280 (7.1%) Modes d'accouchement : Césariennes : Voies basses : 4 349 (24.1%) Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 13 639 (75.4%) Dont extractions instrumentales : Dont anesthésies péridurales / VB : 677 (5.9%) 2 030 (14.9%) 11 559 (84.7%) Pathologies ante-natales : Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 135 (0.7%) 2 648 (14.6%) Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 1 702 (9.4%) Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : Sorties par transfert suite à l'acc : Dont DS de 0 jour : 2 (0%) 40 (0.2%) 44 (0.2%) 84 (0.5%) 22 (26.2%) | Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 4 614 DMS : 1.97 Séjours de + de 0 jour : 2 592 (56.2%) MAP : 885 (19.2%) Diabètes préexistants : 162 (3.5%) Diabètes gestationnels : 1 145 (24.8%) RCIU : 159 (3.4%) TIU envoyés : 172 (3.7%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 167 Rappel IMG après 22 SA : 64 IVG : 3 688 GEU : 404 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 33 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 40 | | |
| | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) Recrutement : Garçons : 9 230 (50.7%) Filles : 8 965 (49.3%) Naissances multiples : 591 (3.2%) NN nés hors d'un hôpital : 88 (0.5%) Terme : <28 SA : 79 (0.4%) 28-31 SA : 169 (0.9%) 32 SA : 68 (0.4%) 33-36 SA : 998 (5.5%) >=37 SA : 16 878 (92.8%) Poids de naissance : <1000g : 97 (0.5%) 1000-1499g : 138 (0.8%) 1500-1999g : 271 (1.5%) 2000-2499g : 902 (5%) >=2500g : 16 786 (92.3%) Séjours des mort-nés Terme : <28 SA : 89 (53.9%) 28-31 SA : 24 (14.5%) | NN vivants : 18 195 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.29 Hospitalisations (mutations) : Niveau de prise en charge maximum Néonatalogie (UM 04) : 2 797 (15.4%) Néonatalogie (UM 05) : 360 (2%) Réa néonatale (UM 06) : 627 (3.4%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 594 (3.3%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 451 (2.5%) Malfo. sévères dépisatables : 179 (1%) Détresse respiratoires : 1 526 (8.4%) Patho neurologiques lourdes : 126 (0.7%) Transfusion : 103 (0.6%) Décès post-nataux : 45 (0.2%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 83 (0.5%) Transferts après passage en néonatalogie : 380 (2.1%) Mort-nés (>=22 SA) : 165 Poids : <1000g : 97 (58.8%) 1000-1499g : 15 (9.1%) 1500-1999g : 16 (9.7%) 2000-2499g : 11 (6.7%) >=2500g : 26 (15.8%) | Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j NN en néonatalogie : 4 554 DMS 8.74 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 3 158 (69.3%) Néonatalogie (UM05) : 573 (12.6%) Réa Néonatale (UM06) : 823 (18.1%) Poids : <1000g : 104 (2.3%) 1000-1499g : 204 (4.5%) 1500-1999g : 392 (8.6%) 2000-2499g : 768 (16.9%) >=2500g : 3 086 (67.8%) Terme à la naissance : vide : 176 (3.9%) <28 SA : 87 (1.9%) 28-31 SA : 270 (5.9%) 32 SA : 100 (2.2%) 33-36 SA : 938 (20.6%) >=37 SA : 2 983 (65.5%) Détresses respiratoires : 1 658 (36.4%) Outborn : 798 (17.5%) Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 267 2-7 jours : 207 7-27 jours : 324 Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 395 (8.7%) Macrosomes >97ème perc. : 169 (3.7%) Malfo. sévères dépisatables : 132 (2.9%) Patho neuro. lourdes : 213 (4.7%) Transfusions : 163 (3.6%) Décès post-nataux : 51 (1.1%) Issu d'une IMG : 71 (43%) Issu grossesse multiple : 16 (9.7%) | | |

| Populations domiciliées | | 92 - Hauts-de-Seine | | Année 2022 | |
|---|---|---|---|---|---|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 20738 | | Séjours sans accouchement |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.51 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) |
| | Uniques : 20 400 (98.4%) | | Recrutement : < 20 ans : 68 (0.3%) | | Ante-partum : 4 851 |
| | Gémellaires : 332 (1.6%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. 7 272 (35.1%) public) : 1 708 (8.2%) | | DMS : 1.55 |
| | Triplés ou autres : 6 (0%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 2 543 (52.4%) |
| Avec enfant(s) mort-né(s) : 177 (0.9%) | | Césariennes : Voies basses : 4 547 (21.9%) | | MAP : 904 (18.6%) | |
| IMG après 22 SA : 77 (0.4%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 16 147 (77.9%) | | Diabète préexistants : 81 (1.7%) | |
| Estimation d'enfants mort-nés : 181 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 13 088 (81.1%) | | Diabète gestationnels : 1 160 (23.9%) | |
| MFIU : 69 (0.3%) | | anesthésies péridurales / VB : 499 (3.8%) | | RCIU : 211 (4.3%) | |
| Terme à l'acc. : | | 2 932 (18.2%) | | TIU envoyés : 162 (3.3%) | |
| <28 SA : 159 (0.8%) | | Pathologies ante-natales : | | Séjours de grossesses non évolutives | |
| 28-31 SA : 133 (0.6%) | | Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : 14 090 (87.3%) | | IMG avant 22 SA : 227 | |
| 32 SA : 52 (0.3%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures prématurées des membranes : 92 (0.4%) | | Rappel IMG après 22 SA : 77 | |
| 33-36 SA : 878 (4.2%) | | 2 090 (10.1%) | | IVG : 3 318 | |
| >=37 SA : 19 516 (94.1%) | | Mutations ou transferts : 1 090 (5.3%) | | GEU : 352 | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts en psy : 1 853 (8.9%) | | Passage en réanimation adulte | |
| Prééclampsies sévères : 117 (0.6%) | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : 51 (0.2%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 28 | |
| Dont HELLP Sd : 30 | | Sorties par transfert suite à l'acc. : 84 (0.4%) | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 23 | |
| Eclampsies : 9 (0%) | | Dont DS de 0 jour : 7 (0%) | | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 289 (6.2%) | | 23 (0.1%) | | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 182 (0.9%) | | 51 (0.2%) | | | |
| Infections puerpérales : 17 (0.1%) | | 84 (0.4%) | | | |
| | | 14 (16.7%) | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 20 875 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des NNés restant à la maternité : 3.52 | | Population étudiée : les NNés entrés avant 28j |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : 3 129 (15%) | | NN en néonatal : 3 851 DMS 10.48 |
| | Garçons : 10 726 (51.4%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Prise en charge maximum : |
| | Filles : 10 149 (48.6%) | | Néonatalogie (UM 04) : 2 375 (11.4%) | | Néonatalogie (UM04) : 2 722 (70.7%) Poids : |
| Naissances multiples : 655 (3.1%) | | Néonatalogie (UM 05) : 362 (1.7%) | | Néonatalogie (UM05) : 529 (13.7%) | |
| NN nés hors d'un hôpital : 82 (0.4%) | | Réal néonatale (UM 06) : 392 (1.9%) | | Réal Néonatale (UM06) : 600 (15.6%) | |
| Terme : | | Morbidité et mortalité : | | Terme à la naissance : | |
| <28 SA : 69 (0.3%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 594 (2.8%) | | vide : 108 (2.8%) | |
| 28-31 SA : 113 (0.5%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 480 (2.3%) | | <28 SA : 81 (2.1%) | |
| 33-36 SA : 998 (4.8%) | | Malfo. sévères dépistables : 195 (0.9%) | | 28-31 SA : 163 (4.2%) | |
| >=37 SA : 19 637 (94.1%) | | Détrousse respiratoires : 1 191 (5.7%) | | 32 SA : 101 (2.6%) | |
| Poids de naissance : | | Patho neurologiques lourdes : 127 (0.6%) | | 33-36 SA : 966 (25.1%) | |
| <1000g : 77 (0.4%) | | Transfusion : 68 (0.3%) | | >=37 SA : 2 432 (63.2%) | |
| 1000-1499g : 127 (0.6%) | | Décès post-nataux : 41 (0.2%) | | Détresses respiratoires : 1 325 (34.4%) | |
| 1500-1999g : 252 (1.2%) | | Transterts (externes) : | | Outborn : 734 (19.1%) | |
| 2000-2499g : 890 (4.3%) | | Transferts à partir de la mater : 83 (0.4%) | | Agès à l'arrivée (pour les outborn) : | |
| >=2500g : 19 529 (93.6%) | | Transferts après passage en néonatal : 334 (1.6%) | | 0-1 jour : 253 | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 176 | | 2-7 jours : 219 | |
| Terme : | | Poids : | | 7-27 jours : 262 | |
| <28 SA : 101 (57.4%) | | <1000g : 108 (61.4%) | | 1500-1999g : 10 (5.7%) | |
| 28-31 SA : 27 (15.3%) | | 1000-1499g : 24 (13.6%) | | 2000-2499g : 11 (6.2%) | |
| | | >=37 SA : 23 (13.1%) | | >=2500g : 23 (13.1%) | |
| | | | | Issu d'une IMG : 79 (44.9%) | |
| | | | | Issu grossesse multiple : 9 (5.1%) | |

| Populations domiciliées | | 93 - Seine-Saint-Denis | | Année 2022 | |
|---|---|---|--|---|---|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 26077 | | Séjours sans accouchement |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.68 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) |
| | Uniques : 25 618 (98.2%) | | Recrutement : < 20 ans : 378 (1.4%) | | Ante-partum : 9 521 |
| | Gémellaires : 453 (1.7%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 7 598 (29.1%) | | DMS : 1.85 |
| | Triplés ou autres : 7 (0%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 5 321 (55.9%) |
| | Avec enfant(s) mort-né(s) : 258 (1%) | | Césariennes : Voies basses : 5 956 (22.8%) | | MAP : 1 344 (14.1%) |
| | IMG après 22 SA : 70 (0.3%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 19 967 (76.6%) | | Diabète préexistants : 395 (4.1%) |
| | Estimation d'enfants mort-nés : 262 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 16 195 (81.1%) | | Diabète gestationnels : 2 628 (27.6%) |
| | MFU : 134 (0.5%) | | anesthésies péridurales / VB : 635 (3.9%) | | RCIU : 329 (3.5%) |
| | Terme à l'acc. : | | 3 643 (18.2%) | | TIU envoyés : 312 (3.3%) |
| <28 SA : 293 (1.1%) | | Pathologies ante-natales : 16 949 (84.9%) | | Séjours de grossesses non évolutives | |
| 28-31 SA : 234 (0.9%) | | Diabète préexistants : Diabète gestationnels : | | IMG avant 22 SA : 181 | |
| 32 SA : 85 (0.3%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures | | Rappel IMG après 22 SA : 70 | |
| 33-36 SA : 1 282 (4.9%) | | prématurées des membranes : 399 (1.5%) | | IVG : 5 907 | |
| >=37 SA : 24 183 (92.7%) | | 4 744 (18.2%) | | GEU : 485 | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts : 2 315 (8.9%) | | Passage en réanimation adulte | |
| Prééclampsies sévères : 215 (0.8%) | | Mutations ou transferts en psy : 2 497 (9.6%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 67 | |
| Dont HELLP Sd : 59 | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 42 | |
| Eclampsies : 10 (0%) | | Sorties par transfert suite à l'acc. : | | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 591 (6.1%) | | Dont DS de 0 jour : 6 (0%) | | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 207 (0.8%) | | 42 (0.2%) | | | |
| Infections puerpérales : 33 (0.1%) | | 216 (0.8%) | | | |
| | | 167 (0.6%) | | | |
| | | 35 (21%) | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 26 277 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des Nnés restant à la maternité : 3.51 | | Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : 3 980 (15.1%) | | NN en néonat : 4 805 DMS 11.73 |
| | Garçons : 13 330 (50.7%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Prise en charge maximum : |
| | Filles : 12 947 (49.3%) | | Néonatalogie (UM 04) : 2 690 (10.2%) | | Néonatalogie (UM04) : 3 002 (62.5%) |
| | Naissances multiples : 907 (3.5%) | | Néonatalogie (UM 05) : 737 (2.8%) | | Néonatalogie (UM05) : 977 (20.3%) |
| | NN nés hors d'un hôpital : 163 (0.6%) | | Réa néonatale (UM 06) : 553 (2.1%) | | Réa Néonatale (UM06) : 826 (17.2%) |
| | Terme : | | Morbidité et mortalité : | | Terme à la naissance : |
| | <28 SA : 172 (0.7%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 918 (3.5%) | | vide : 78 (1.6%) |
| | 28-31 SA : 210 (0.8%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 731 (2.8%) | | <28 SA : 161 (3.4%) |
| 33-36 SA : 1 407 (5.4%) | | Malfo. sévères dépisables : 259 (1%) | | 28-31 SA : 303 (6.3%) | |
| >=37 SA : 24 402 (92.9%) | | Détresse respiratoires : 1 894 (7.2%) | | 32 SA : 117 (2.4%) | |
| Poids de naissance : | | Patho neurologiques lourdes : 177 (0.7%) | | 33-36 SA : 1 246 (25.9%) | |
| <1000g : 188 (0.7%) | | Transfusion : 170 (0.6%) | | >=37 SA : 2 900 (60.4%) | |
| 1000-1499g : 170 (0.6%) | | Décès post-nataux : 94 (0.4%) | | Morbidités et mortalité : | |
| 1500-1999g : 434 (1.7%) | | Transferts (externes) : | | Hypotrophes <3ème perc. : 474 (9.9%) | |
| 2000-2499g : 1 267 (4.8%) | | Transferts à partir de la mater : 189 (0.7%) | | Macrosomes >97ème perc. : 198 (4.1%) | |
| >=2500g : 24 217 (92.2%) | | Transferts après passage en néonat : 451 (1.7%) | | Malfo. sévères dépisables : 167 (3.5%) | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 255 | | Détresses respiratoires : 1 753 (36.5%) | |
| Terme : | | Poids : | | Outborn : 848 (17.6%) | |
| <28 SA : 128 (50.2%) | | <1000g : 146 (57.3%) | | Patho neuro. lourdes : 272 (5.7%) | |
| 28-31 SA : 43 (16.9%) | | 1000-1499g : 29 (11.4%) | | Transfusions : 242 (5%) | |
| | | 1500-1999g : 26 (10.2%) | | Décès post-nataux : 64 (1.3%) | |
| | | 2000-2499g : 13 (5.1%) | | | |
| | | >=2500g : 40 (15.7%) | | | |
| | | | | Issu d'une IMG : 73 (28.6%) | |
| | | | | Issu grossesse multiple : 13 (5.1%) | |

| Populations domiciliées | | 94 - Val-de-Marne | | Année 2022 | |
|---|---|---|--|---|---|
| Séjours de la mère | Séjours avec accouchement (Z37*) | | Accouchements : 18780 | | Séjours sans accouchement |
| | Résultats de l'accouchement : | | DMS : 4.53 | | Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) |
| | Uniques : 18 451 (98.2%) | | Recrutement : < 20 ans : 176 (0.9%) | | Ante-partum : 4 868 |
| | Gémellaires : 323 (1.7%) | | >= 35 ans : Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 5 809 (30.9%) | | DMS : 1.56 |
| | Triplés ou autres : 6 (0%) | | Modes d'accouchement : | | Séjours de + de 0 jour : 2 305 (47.4%) |
| Avec enfant(s) mort-né(s) : 147 (0.8%) | | Césariennes : Voies basses : 4 455 (23.7%) | | MAP : 718 (14.7%) | |
| IMG après 22 SA : 60 (0.3%) | | Dont VB spontanées : Dont épisiotomies / VBS : 14 223 (75.7%) | | Diabète préexistants : 120 (2.5%) | |
| Estimation d'enfants mort-nés : 151 | | Dont extractions instrumentales : Dont : 11 556 (81.2%) | | Diabète gestationnels : 1 227 (25.2%) | |
| MFIU : 64 (0.3%) | | anesthésies péridurales / VB : 473 (4.1%) | | RCIU : 189 (3.9%) | |
| Terme à l'acc. : | | 2 530 (17.8%) | | TIU envoyés : 214 (4.4%) | |
| <28 SA : 158 (0.8%) | | Pathologies ante-natales : | | Séjours de grossesses non évolutives | |
| 28-31 SA : 142 (0.8%) | | Diabètes préexistants : Diabètes gestationnels : | | IMG avant 22 SA : 199 | |
| 32 SA : 62 (0.3%) | | Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : Ruptures | | Rappel IMG après 22 SA : 60 | |
| 33-36 SA : 971 (5.2%) | | prématurées des membranes : 126 (0.7%) | | IVG : 3 323 | |
| >=37 SA : 17 447 (92.9%) | | 2 777 (14.8%) | | GEU : 386 | |
| Indicateurs de morbidité : | | Mutations ou transferts : | | Passage en réanimation adulte | |
| Prééclampsies sévères : 122 (0.6%) | | Mutations ou transferts en psy : 1 964 (10.5%) | | Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 47 | |
| Dont HELLP Sd : 41 | | Passages en réa : Acc suite à un TIU reçu : | | Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 29 | |
| Eclampsies : 5 (0%) | | Sorties par transfert suite à l'acc. : | | | |
| Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 416 (7.5%) | | Dont DS de 0 jour : 6 (0%) | | | |
| HPP sévère (HPP avec acte) : 165 (0.9%) | | 29 (0.2%) | | | |
| Infections puerpérales : 28 (0.1%) | | 111 (0.6%) | | | |
| | | 118 (0.6%) | | | |
| | | 34 (28.8%) | | | |
| Séjours du NN | Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) | | NN vivants : 18 977 | | Séjours en unités autorisées de néonatalogie |
| | nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) | | DMS des NNés restant à la maternité : 3.35 | | Population étudiée : les NNés entrés avant 28j |
| | Recrutement : | | Hospitalisations (mutations) : | | NN en néonat : 3 817 DMS 10.99 |
| | Garçons : 9 556 (50.4%) | | Niveau de prise en charge maximum | | Prise en charge maximum : |
| | Filles : 9 421 (49.6%) | | Néonatalogie (UM 04) : 2 425 (12.8%) | | Néonatalogie (UM04) : 2 805 (73.5%) |
| Naissances multiples : 660 (3.5%) | | Néonatalogie (UM 05) : 285 (1.5%) | | Néonatalogie (UM05) : 428 (11.2%) | |
| NN nés hors d'un hôpital : 98 (0.5%) | | Réa néonatale (UM 06) : 423 (2.2%) | | Réa Néonatale (UM06) : 584 (15.3%) | |
| Terme : | | Morbidité et mortalité : | | Terme à la naissance : | |
| <28 SA : 111 (0.6%) | | Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 582 (3.1%) | | vide : 148 (3.9%) | |
| 28-31 SA : 131 (0.7%) | | Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 453 (2.4%) | | <28 SA : 107 (2.8%) | |
| 32 SA : 63 (0.3%) | | Malfo. sévères dépitables : 239 (1.3%) | | 28-31 SA : 173 (4.5%) | |
| 33-36 SA : 1 086 (5.7%) | | Détrousse respiratoires : 1 620 (8.5%) | | 32 SA : 94 (2.5%) | |
| >=37 SA : 17 586 (92.7%) | | Patho neurologiques lourdes : 139 (0.7%) | | 33-36 SA : 963 (25.2%) | |
| Poids de naissance : | | Transfusion : 115 (0.6%) | | >=37 SA : 2 332 (61.1%) | |
| <1000g : 116 (0.6%) | | Décès post-nataux : 49 (0.3%) | | Détresses respiratoires : 1 470 (38.5%) | |
| 1000-1499g : 133 (0.7%) | | Transterts (externes) : | | Outborn : 705 (18.5%) | |
| 1500-1999g : 264 (1.4%) | | Transferts à partir de la mater : 116 (0.6%) | | Âges à l'arrivée (pour les outborn) : | |
| 2000-2499g : 934 (4.9%) | | Transferts après passage en néonat : 256 (1.3%) | | 0-1 jour : 217 | |
| >=2500g : 17 529 (92.4%) | | | | 2-7 jours : 175 | |
| Séjours des mort-nés | | Mort-nés (>=22 SA) : 154 | | 7-27 jours : 313 | |
| Terme : | | Poids : | | | |
| <28 SA : 75 (48.7%) | | 32 SA : 6 (3.9%) | | 1500-1999g : 12 (7.8%) | |
| 28-31 SA : 29 (18.8%) | | 33-36 SA : 23 (14.9%) | | 2000-2499g : 19 (12.3%) | |
| | | >=37 SA : 20 (13%) | | >=2500g : 21 (13.6%) | |
| | | | | Issu d'une IMG : 60 (39%) | |
| | | | | Issu grossesse multiple : 13 (8.4%) | |

Requêtes « Fiches quadrants »... 102

Requêtes spécifiques au chapitre
Dénombrement des accouchements
et des naissances »105

Requêtes spécifiques au chapitre
« Description de l'offre de soins »106

Requêtes spécifiques au chapitre
Comorbidités »106

Requêtes spécifiques au chapitre
Indicateurs concernant la grossesse et
ses pathologies » 107

Requêtes spécifiques au chapitre
« Accouchements : modalités et pratiques »107

Requêtes spécifiques au chapitre « Prématurité » 107

Requêtes spécifiques au chapitre « Nouveau- nés éligibles au suivi
des nouveau-nés vulnérables (SEV) »108

Requêtes spécifiques au chapitre « Dépistage précoce de la surdité
néonatale permanente » 108

Requêtes spécifiques au chapitre « Mortinatalité et mortalité infantile » 108

Annexe 3 :

Requête PMSI

Requêtes « Fiches quadrants »

| Indicateurs | Requêtes |
|--|--|
| Quadrant "séjours avec accouchement (Z37-)" | |
| Accouchement | Z37.- + âge supérieur à 10 + âge < 60 + âge gestationnel >= 22 |
| DMS | Requête "accouchement" + moyenne des durées de séjours exprimées en nuitées à partir de la date d'arrivée dans l'établissement pour les séjours d'acc |
| Uniques | Requête "accouchement" + Z37.0 ou Z37.1- |
| Gémellaires | Requête "accouchement" + Z37.2, Z37.3- ou Z37.4- |
| Triplés ou autres | Requête "accouchement" + Z37.5, Z37.6- ou Z37.7- |
| Avec enfant(s) mort-né(s) | Requête "accouchement" + Z37.1-, Z37.3-, Z37.4-, Z37.6- ou Z37.7- |
| Estimation d'enfants mort-nés à partir du séjour des mères | Requête "accouchement" + compte pour 1 mort-né : Z37.1-, Z37.3- ou Z37.6- Requête "accouchement" + compte pour 2 mort-nés : Z37.4- Requête "accouchement" + compte pour 3 mort-nés : Z37.7- |
| Dont IMG après 22 SA | Requête "accouchement" + Z37.11, Z37.31, Z37.41, Z37.61 ou Z37.71 |
| Accouchements avec MFIU | Requête "accouchement" + O36.4 + JQGA002, JQGA003, JQGA004, JQGA005, JQGD002, JQGD007, JQGD010, JQGD012, JQGD004, JQGD001, JQGD003, JQGD008, JQGD013, JQGD005, JQGD009, JQGD006 ou JQGD011 |
| Terme à l'acc. < 28 SA | Requête "accouchement" + < 28 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme à l'acc. 28-31 SA | Requête "accouchement" + 28-31 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme à l'acc. 32 SA | Requête "accouchement" + 32 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme à l'acc. 33-36 SA | Requête "accouchement" + 33-36 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme à l'acc. >= 37 SA | Requête "accouchement" + >= 37 SA (âge gestationnel en clair) |
| Prééclampsies sévères | Requête "accouchement" + O141 ou O142 |
| dont HELLP syndrome | Requête "accouchement" + O14.2 |
| Eclampsies | Requête "accouchement" + O15.- |
| Hémorragie du post partum (HPP) | 3 requêtes + chaînage des séjours sont nécessaires pour le dénombrement des HPP |
| HPP1 | Requête "accouchement" + O72.- |
| HPP2 | Requête "accouchement" + D62.-, EDSF011, EDSA002, ELSA002, JNBD002 ou JNFA001 + exclusion si O72.- |
| HPP3 - Transferts | O72.-, D62.-, EDSF011, EDSA002, ELSA002, JNBD002 ou JNFA001 + exclusion si (Z37.- ou O0.-) |
| Total HPP | Requête "HPP1" ou Requête "HPP2" ou Requête "HPP3" en ne comptant qu'un séjour par femme, c'est-à-dire en supprimant les numéros anoen doublon |
| dont HPP sévères | Requête "total HPP" + EDSF011, EDSF004, EDSF014, EDSF016, EDSA002, EDSA003, ELSA002, JNBD002, JNFA001, JKFA015, JKFA024, JKFA028, JKFA032 ou (type_RUM = 01,02,03,13 ou 14) ou (+ FELF001, FELF004, FELF006, FELF011 ou FELF003) |
| Infections puerpérales | Requête "accouchement" + O85.- |
| Age maternel < 20 ans | Requête "accouchement" + âge entre 11 et 19 ans inclus |
| Age maternel >= 35 ans | Requête "accouchement" + âge entre 35 et 59 ans inclus |
| Bénéficiaire CMU ou AME (étab. public) | Requête "accouchement" + (CMU = 1 ou motif de non facturation à l'assurance maladie = 1 ou Z5961) |
| Bénéficiaire CMUc | Requête "accouchement" + (type_ame = 89 ou Z5960) |
| Césariennes | Requête "accouchement" + JQGA002, JQGA003, JQGA004 ou JQGA005 + exclusion si (Z3900) |
| Voies basses (VB) | Requête "accouchement" + JQGD002, JQGD007, JQGD010, JQGD012, JQGD004, JQGD001, JQGD003, JQGD008, JQGD013, JQGD005, JQGD009, JQGD006 ou JQGD011 + exclusion si (Z3900, JQGA002, JQGA003, JQGA004 ou JQGA005) |
| Dont VB spontanées (VBS) | Un séjour marqué voie basse n'ayant pas de code d'extraction instrumentale = Requête "Voies basses" + exclusion si requête "extractions instrumentales" |

| Indicateurs | Requêtes |
|--|---|
| Quadrant "séjours avec accouchement (Z37-)" | |
| Dont épisiotomies sur VBS | Requête "accouchement" + requête "VBS" + JMPA006 |
| Dont extractions instrumentales | Requête "accouchement" + requête "VB" + O81-, O84.1, O66.5, O83-, JQGD006, JQGD009 ou JQGD011 |
| Dont anesthésies péridurales sur VB | Requête "accouchement" + requête "VB" + AFLB010 |
| Diabètes préexistants | Requête "accouchement" + (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-, O24.- ou H36.0) + exclusion si O24.4 ou O24.9 |
| Diabètes gestationnels | Requête "accouchement" + O24.4 ou O24.9 |
| Obésité (>= 30 kg/m ²) | Requête "accouchement" + E66.- |
| Obésité morbide (>= 40 kg/m ²) | Requête "accouchement" + E6606, E6607, E6616, E6617, E6626, E6627, E6629, E6686, E6687, E6696, E6697 |
| Rupture Prématuration des Membranes | Requête "accouchement" + O42.- |
| Mutations ou transferts en psy | Requête "accouchement" + Mode Sortie = "6" ou "7" + destination "4" |
| Passages en réanimation | Requête "accouchement" + Passage en unité médicale (UM) de réanimation adulte (01) + durée RUM >= 0 |
| Acc suite à un TIU reçu | Requête "accouchement" + Mode d'entrée "7" + provenance "1" |
| Sortie par transferts suite à l'acc | Requête "accouchement" + Mode de sortie "7" + destination "1" |
| dont DS de 0 jour | Requête "accouchement" + requête "sortie par transfert" + durée de séjour = 0 nuitée. |
| Quadrant "séjours sans accouchement" | |
| Séjours Ante-partum exclusifs (Z35-) | Z35.- + âge > 10 ans + âge < 60 + exclusion si Z37.- ou Z39.- |
| DMS | Requête "ante-partum" + moyenne des durées de séjours exprimées en nuitées |
| Séjours > 0 jour | Requête "ante-partum" + durée de séjour > 0 nuitée |
| MAP | Requête "ante-partum" + O20.0, O47.0 ou O60.0 |
| Diabètes préexistants | Requête "ante-partum" + (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-, O24.- ou H36.0) + exclusion si O24.4 ou O24.9 |
| Diabètes gestationnels | Requête "ante-partum" + O24.4 ou O24.9 |
| RCIU | Requête "ante-partum" + O36.5 |
| TIU envoyés | Requête "ante-partum" + Mode de sortie "7" + destination "1" |
| IMG < 22 SA | âge > 10 + O04.- + (O35.-, O98.- ou O99.-) + (JNJD001, JNJD002 ou JNJP001) + exclusion si Z64.0 |
| IVG | avant mars 2019 : âge > 10 + O04.- + Z64.0 après mars 2019 : O045.0, O046.0, O047.0, O048.0 ou O049.0 |
| GEU | O00.- + âge > 10 |
| Passages en réa. hors d'un séjour d'acct | Passage en unité médicale (UM) de réanimation adulte (01) + O-, Z35.-, Z39.-, Z36.-, Z34.-, Z33.-, Z32.- ou EDSF011 + exclusion si Z37.- |
| Quadrant "séjours des naissances vivantes nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38-)" | |
| NN vivants | Z38.0, Z38.3, Z38.6, Z38.1, Z38.4 ou Z38.7 + âge de 0 ou 1 jour + (âge gestationnel >= 22 ou poids >= 500) + mode d'entrée "8" ou "N" + exclusion si P95 |
| DMS des nouveau-nés en suites de couches | Requête "NN vivants" + moyenne des durées de séjours exprimées en nuitées + exclusion si passage en néonatalogie (UM 04, 05 ou 06) |
| Nb de Garçons | Requête "NN vivants" + sexe = 1 |
| Nb de Filles | Requête "NN vivants" + sexe = 2 |
| Naissance multiple | Requête "NN vivants" + Z38.3, Z38.4, Z38.6 ou Z38.7 |
| NN nés hors d'un hôpital | Requête "NN vivants" + Z38.1, Z38.4 ou Z38.7 + exclusion si Z38.0, Z38.3 ou Z38.6 |
| Terme < 28 SA | Requête "NN vivants" + < 28 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 28-31 SA | Requête "NN vivants" + 28-31 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 32 SA | Requête "NN vivants" + 32 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 33-36 SA | Requête "NN vivants" + 33-36 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme >= 37 SA | Requête "NN vivants" + >= 37 SA (âge gestationnel en clair) |
| Poids de naissance < 1000g | Requête "NN vivants" + poids à l'entrée < 1000 |

| Indicateurs | Requêtes |
|---|--|
| Quadrant "séjours des naissances vivantes nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38-)" | |
| Poids de naissance 1000-1499g | Requête "NN vivants" + poids à l'entrée entre 1000 et 1499 |
| Poids de naissance 1500-1999g | Requête "NN vivants" + poids à l'entrée entre 1500 et 1999 |
| Poids de naissance 2000-2499g | Requête "NN vivants" + poids à l'entrée entre 2000 et 2499 |
| Poids de naissance >=2500g | Requête "NN vivants" + poids à l'entrée >= 2500 |
| Niveau de prise en charge max UM 04 | Requête "NN vivants" + passage en UM de néonatalogie "04" + exclusion si passage en UM 05 ou 06 |
| Niveau de prise en charge max UM 05 | Requête "NN vivants" + passage en UM de néonatalogie de soins intensifs "05" + exclusion si passage en UM 06 |
| Niveau de prise en charge max UM 06 | Requête "NN vivants" + passage en UM de néonatalogie réanimation "06" |
| Hypotrophes <3 ^{ème} p (AUDIPOG) | Requête "NN vivants" + voir la grille AUDIPOG |
| Hypotrophes >97 ^{ème} p (AUDIPOG) | Requête "NN vivants" + voir la grille AUDIPOG |
| Malfo. sévères dépistables | Requête "NN vivants" + Q03.-, Q20.-, Q21.-, Q22.-, Q23.-, Q24.-, Q25.- (sauf Q25.0), Q26.-, Q27.-, Q28.-, Q39.-, Q60.-, Q61.-, Q62.-, Q63.-, Q64.-, Q79.0, Q79.1, Q79.2, Q79.3 ou Q90.- |
| Patho. neurologiques lourdes | Requête "NN vivants" + P10.-, P11.0, P11.5, P52.-, P90.-, P91.-, I63.-, I64.-, G41.-, G80.-, F78.8 ou F79.8 |
| Transfusions | Requête "NN vivants" + FEJF008, FELF001, FELF002, FELF003, FELF004, FELF005, FELF006, FELF007 ou FELF011 |
| Décès post-nataux | Requête "NN vivants" + mode de sortie = "9" |
| Transferts à partir de la maternité | Requête "NN vivants" + mode de sortie = "7" + destination = "1" + exclusion si passage en néonatalogie (UM 04, 05 ou 06) |
| Transferts après passage en néonat. | Requête "NN vivants" + mode de sortie = "7" + destination = "1" + passage en néonatalogie UM 04, 05 ou 06 |
| Détresse respiratoire | Requête "NN vivants" + P22, P23, P24, P25, P26, P28 ou P293 |
| Quadrant "séjours en unité autorisés de néonatalogie entrés avant 28 jours" (durant ou en dehors du séjour de naissance) | |
| NN en néonat. | passage en néonatalogie UM 04, 05 ou 06 + âge entre 0 et 27 jours de vie inclus |
| DMS | Requête "NN en néonat." + moyenne des durées de séjours exprimées en nuitées |
| Niveau de prise en charge max UM 04 | Requête "NN en néonat." + passage en UM de néonatalogie "04" + exclusion si passage en UM 05 ou 06 |
| Niveau de prise en charge max UM 05 | Requête "NN en néonat." + passage en UM de néonatalogie de soins intensifs "05" + exclusion si passage en UM 06 |
| Niveau de prise en charge max UM 06 | Requête "NN en néonat." + passage en UM de néonatalogie réanimation "06" |
| Terme vide | Requête "NN en néonat." + âge gestationnel vide |
| Terme < 28 SA | Requête "NN en néonat." + < 28 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 28-31 SA | Requête "NN en néonat." + 28-31 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 32 SA | Requête "NN en néonat." + 32 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 33-36 SA | Requête "NN en néonat." + 33-36 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme >= 37 SA | Requête "NN en néonat." + >= 37 SA (âge gestationnel en clair) |
| Outborn | Requête "NN en néonat." + exclusion si requête "NN vivants" |
| Age à l'arrivée pour les outborns 0-1 jour | Requête "NN en néonat." + requête "Outborn" + Age à l'entrée à 0 ou 1 jour |
| Age à l'arrivée pour les outborns 2-7 jours | Requête "NN en néonat." + requête "Outborn" + Age à l'entrée entre 2 et 7 jours inclus |
| Age à l'arrivée pour les outborns 8-27 jours | Requête "NN en néonat." + requête "Outborn" + Age à l'entrée entre 8 et 27 jours inclus |
| Poids de naissance <1000g | Requête "NN en néonat." + poids à l'entrée < 1000g + poids à l'entrée > 400g |
| Poids de naissance 1000-1499g | Requête "NN en néonat." + poids à l'entrée entre 1000 et 1499 |
| Poids de naissance 1500-1999g | Requête "NN en néonat." + poids à l'entrée entre 1500 et 1999 |
| Poids de naissance 2000-2499g | Requête "NN en néonat." + poids à l'entrée entre 2000 et 2499 |
| Poids de naissance >=2500g | Requête "NN en néonat." + poids à l'entrée >= 2500 |
| Malfo. sévères dépistables | Requête "NN en néonat." + Q03.-, Q20.-, Q21.-, Q22.-, Q23.-, Q24.-, Q25.- (sauf Q25.0), Q26.-, Q27.-, Q28.-, Q39.-, Q60.-, Q61.-, Q62.-, Q63.-, Q64.-, Q79.0, Q79.1, Q79.2, Q79.3 ou Q90.- |
| Patho. neurologiques lourdes | Requête "NN en néonat." + P10.-, P11.0, P11.5, P52.-, P90.-, P91.-, I63.-, I64.-, G41.-, G80.-, F78.8 ou F79.8 |
| Transfusions | Requête "NN en néonat." + FEJF008, FELF001, FELF002, FELF003, FELF004, FELF005, FELF006, FELF007 ou FELF011 |

| Indicateurs | Requêtes |
|--|--|
| Quadrant "séjours en unité autorisés de néonatalogie entrés avant 28 jours" (durant ou en dehors du séjour de naissance) | |
| Décès post-nataux | Requête "NN en néonat." + mode de sortie = "9" |
| Détresse respiratoire | Requête "NN en néonat" + P22, P23, P24, P25, P26, P28 ou P293 |
| Quadrant "séjours des mort-nés" | |
| Mort-nés (>= 22 SA) | P95 + âge = 0 jour + (âge gestationnel >= 22 SA ou poids >= 500 g) |
| Terme < 28 SA | Requête "mort-nés" + < 28 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 28-31 SA | Requête "mort-nés" + 28-31 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 32 SA | Requête "mort-nés" + 32 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme 33-36 SA | Requête "mort-nés" + 33-36 SA (âge gestationnel en clair) |
| Terme >= 37 SA | Requête "mort-nés" + >= 37 SA (âge gestationnel en clair) |
| Poids de naissance <1000g | Requête "mort-nés" + poids à l'entrée entre 1-999g |
| Poids de naissance 1000-1499g | Requête "mort-nés" + poids à l'entrée entre 1000 et 1499 |
| Poids de naissance 1500-1999g | Requête "mort-nés" + poids à l'entrée entre 1500 et 1999 |
| Poids de naissance 2000-2499g | Requête "mort-nés" + poids à l'entrée entre 2000 et 2499 |
| Poids de naissance >=2500g | Requête "mort-nés" + poids à l'entrée >= 2500 |
| Issu d'une IMG | Requête "mort-nés" + P96.4 ou P95+0 |
| Issu d'une grossesse multiple | Requête "mort-nés" + P01.5 |

Requêtes spécifiques au chapitre « Dénombrement des accouchements et des naissances »

| Indicateurs | Requêtes |
|---------------------------|---------------------------------|
| Accouchement hors hôpital | Requête "accouchement" + Z39.00 |

Requêtes spécifiques au chapitre « Description de l'offre de soins »

| Indicateurs | Requêtes |
|--------------------------------|--|
| Nb de nuitées consommées UM 04 | Si NN entré et sorti le même jour du service de néonatalogie (UM 04), alors durée en UM 04 = 1 Somme des nuitées en néonatalogie (UM 04) |
| Nb de nuitées consommées UM 05 | Si NN entré et sorti le même jour du service de néonatalogie (UM 04), alors durée en UM 05 = 1 Somme des nuitées en néonatalogie (UM 05) |
| Nb de nuitées consommées UM 06 | Si NN entré et sorti le même jour du service de néonatalogie (UM 04), alors durée en UM 06 = 1 Somme des nuitées en néonatalogie (UM 06) |
| Nb de lits consommés en UM 04 | Nb de lits consommés en UM 04 Requête "Nb de nuitées consommées UM 04" / 365,25 |
| Nb de lits consommés en UM 05 | Nb de lits consommés en UM 04 Requête "Nb de nuitées consommées UM 05" / 365,25 |
| Nb de lits consommés en UM 06 | Nb de lits consommés en UM 04 Requête "Nb de nuitées consommées UM 06" / 365,25 |
| IVG médicamenteuse | Requête "IVG" + JNJP001 + exclusion si JNJD002 |
| IVG instrumentale | Requête "IVG" + JNJD002 |
| IVG avec méthode non précisée | Requête "IVG" + exclusion si JNJP001 + exclusion si JNJD002 |

Requêtes spécifiques au chapitre « Comorbidités »

| Indicateurs | Requêtes |
|--------------------------|--|
| Drépanocytose | Requête "accouchement" + D57 |
| Sur la base chaînée : | |
| Addictions | Requête "accouchement" + Tabac : F17.-, Z50.8, Z71.6, Z72.0 ou T65.2 Alcool : F10.-, Z50.2, Z71.4, Z72.1, O35.4, R78.-, Y91.-, Y90.- ou Y15.- Drogues : F11.- à F16.-, F19.-, Z50.3, Z71.5, Z72.2, O35.5, T50.7, T40.-, T42.3, T42.4, T42.7, T48.3, Y49.6, Y49.7, Y49.8, Y12.-, X62.-, X61.-, X41.-, X42.-, X46.- |
| Problèmes psychiatriques | Provenance = "4" ou destination = "4" ou Z91.5, Z91.4, Z73.3, F09.-, F2.-, F3.-, F4.-, à F50.-, F53.-, F60.-, F61.-, F62.-, F69.-, F7.-, F84.-, F91.- à F94.-, R44.- à R46.-, X6.-, X7.-, X80.- à X84.- |
| Violence | T74.1, T74.2, T74.3, T74.8, T74.9, Z63.0, X85.- à X95.-, X97.- à X99.-, Y00.- à Y02.-, Y04.- à Y09.-, Z04.4 ou Z04.5 |

Requêtes spécifiques au chapitre « Indicateurs concernant la grossesse et ses pathologies »

| Indicateurs | Requêtes |
|--|--|
| Nb séjours d'hospitalisation en ante-partum | Nombre de séjours entre le début de la grossesse et avant le séjour d'accouchement pour une femme (même numéro anonyme valide) contenant au moins un code d'obstétrique (O-), Z35.-, Z31.-, Z32.-, Z33.-, Z34.- ou Z36.- |
| Nb séjours d'hospitalisation en ante-partum avec acc. | Nombre de séjours d'accouchements où l'acte d'accouchement est réalisé au moins 2 nuitées après la date d'entrée dans l'établissement. |
| Nb de femmes avec une hospitalisation en ante-partum exclusif ou avec accouchement | Requête "Nb séjours d'hospitalisation en ante-partum" ou requête "Nb séjours d'hospitalisation en ante-partum avec acc" |
| Transfert in utero | Requête "accouchement" + Mode d'entrée "7" + provenance "1" Ou présence d'un séjour ante-partum consécutif au séjour d'accouchement |

Requêtes spécifiques au chapitre « Accouchements : modalités et pratiques »

| Indicateurs | Requêtes |
|---|---|
| Présentation en siège | Requête "accouchement" + O321, O641, O801, O830, O831, JQGD001, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD008, JQGD011 ou JQGD013 |
| Présentation anormale | Requête "accouchement" + O322, O323, O325, O326, O328, O642, O643, O644, O645, O648 ou O649 |
| Bas risque de césarienne, groupe 1 à 4 Robson | Requête "accouchement" + Requête "unique" + >= 37 SA (âge gestationnel en clair) + exclusion si (Requête "Présentation en siège" ou Requête "Présentation anormale" ou O342 ou O757) |
| Avec utérus cicatriciel, groupe 5 Robson | Requête "accouchement" + Requête "unique" + >= 37 SA (âge gestationnel en clair) + exclusion si (Requête "Présentation en siège" ou Requête "Présentation anormale") + (O342 ou O757) |

Requêtes spécifiques au chapitre « Prématurité »

| Indicateurs | Requêtes |
|---|---|
| Naissances vivantes prématurées | Requête "NN vivants" + >= 22 SA (âge gestationnel en clair) + < 37 SA (âge gestationnel en clair) |
| Naissances vivantes, prématurité moyenne et tardive | Requête "NN vivants" + >= 33 SA (âge gestationnel en clair) + < 37 SA (âge gestationnel en clair) |
| Naissances vivantes, grande prématurité | Requête "NN vivants" + >= 27 SA (âge gestationnel en clair) + < 33 SA (âge gestationnel en clair) |
| Naissances vivantes, extrême prématurité | Requête "NN vivants" + >= 22 SA (âge gestationnel en clair) + < 27 SA (âge gestationnel en clair) |
| Décès à J0 ou J1 | Requête "Naissances vivantes, extrême prématurité" + ((Age en jours à l'entrée = 0 + durée du séjour = 0 + mode de sortie "9") ou (durée du séjour = 1 + mode de sortie "9")) |
| Survivants à J0 et J1, extrême prématurité | Requête "Naissances vivantes, extrême prématurité" + exclusion si (Requête "Décès à J0 ou J1") |

Requêtes spécifiques au chapitre « Nouveau-nés éligibles au suivi des nouveau-nés vulnérables(SEV) »

| Indicateurs | Requêtes |
|----------------|---|
| SEV prématurés | Requête "NN vivants" + >= 22 SA (âge gestationnel en clair) + < 33 SA (âge gestationnel en clair) + exclusion si (mode de sortie "9") |
| SEV RCIU | Requête "NN vivants" + exclusion si (mode de sortie "9") + (400 > poids à l'entrée > 1500 ou (>= 22 SA (âge gestationnel en clair) + < 33 SA + Requête " Hypotrophes <3 ^{ème} p (AUDIPOG)") |

Requêtes spécifiques au chapitre « Dépistage précoce de la surdité néonatale permanente »

| Indicateurs | Requêtes |
|----------------|------------------------------|
| SEV prématurés | Requête "NN vivants" + Z1351 |

Requêtes spécifiques au chapitre « Mortinatalité et mortalité infantile »

| Indicateurs | Requêtes |
|--|---|
| Mort-nés sur le séjour des mères | Requête "accouchement" + compte pour 1 mort-né : Z37.1-, Z37.3- ou Z37.6- Requête "accouchement" + compte pour 2 mort-nés : Z37.4- Requête "accouchement" + compte pour 3 mort-nés : Z37.7- |
| Mort-nés après IMG sur le séjour des mères | Requête "accouchement" + compte pour 1 mort-né : Z37.11, Z37.31 ou Z37.61 Requête "accouchement" + compte pour 2 mort-nés : Z37.41 Requête "accouchement" + compte pour 3 mort-nés : Z37.71 |
| Mort-nés spontanés sur le séjour des mères | Soustraction des résultats de : Requête "Estimation d'enfants mort-nés" - Requête "Mort-nés après IMG sur le séjour des mères" |
| Mortalité infantile | (Mode de sortie "9", R95 ou R96) + (Age en jours à l'entrée + durée du séjour) <= 364 |

**LES PROJETS PORTÉS PAR LE GIP SESAN
S'INSCRIVENT DANS LA STRATÉGIE
D'INNOVATION ET LES SYSTEMES
D'INFORMATION RÉGIONAUX DE L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE**

GIP SESAN

6-8 RUE FIRMIN GILLOT

75015 PARIS

Tél. 01 48 78 99 88

contact@sesan.fr

www.sesan.fr



