

Rapport annuel du système d'information

Périnat-ARS-IDF

PMSI 2018

AUTEURS

Experts médicaux de l'ARS

Dr Catherine Crenn-Hebert
Dr Claudie Menguy

Département du traitement de l'information SESAN

Joana Da Costa
Lucas Anzelin
Matthieu Hanf

REMERCIEMENTS

Raphaël FOSSE
DOS, ARS-IDF

Claire Morgand
DIRNOV, ARS-IDF

Rapport annuel du système d'information

Périnat-ARS-IDF PMSI 2018

Table des matières

Résumé	6
Méthode	7
Sources de données	8
PMSI	8
Insee	8
Qualité des données	9
Contrôle qualité	9
Correction de la base nationale PMSI issue de l'ATIH	9
Données générales	11
Dénombrement des accouchements et des naissances	12
Accouchements	12
Naissances	13
Description de l'Offre de soins	14
Les réseaux de santé en périnatalité	14
Les centres périnatals (maternités et services de néonatalogie)	14
IVG hospitalières	17
Indicateurs maternels	20
Indicateurs socio-démographiques	21
Âge des mères	21
Taux de natalité et indice conjoncturel de fécondité	22
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	29
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	34
Diabète préexistant	35
Pré-éclampsie	36
Accouchements : modalités et pratiques	37
Césarienne	37
Voie basse instrumentale	39
Voie basse spontanée	39
Épisiotomie	40
Analgésie péridurale pour l'accouchement par voie basse	41
Durée de séjour en suite de couches	42
Morbidité maternelle	43

Indicateur de complication de l'accouchement : Hémorragie du post-partum	43
Prise en charge des HPP	44
Hémorragie sévère du post-partum	44
Indicateurs concernant les nouveau-nés	45
Prématurité	46
Prise en charge en néonatalogie	47
Prématurité moyenne et tardive : Prise en charge des 33-36 SA	47
Grande prématurité : Prise en charge des 27-32 SA	48
Extrême prématurité : Prise en charge des 22-26 SA	49
Poids de naissance	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)	54
Dépistage précoce de la surdité néonatale permanente	56
Mortinatalité et mortalité infantile	57
Définitions	57
Mortinatalité	57
Mortalité périnatale	60
Mortalité infantile	61
Mortalité néonatale	63
Annexes 1	64
Liste des maternités d'Île-de-France	65

Liste des établissements avec activité d'Orthogénie (avec au moins 10 IVG/an)	67
Mortinatalité : tableaux détaillés	69
Évolution mortinatalité globale.....	69
Évolution mortinatalité spontanée et après IMG	69
Situation 2016-2017-2018 de la mortinatalité par département.....	70
Situation 2016-2017-2018 de la mortinatalité par département et par type de grossesse	70
IMG : tableaux détaillés.....	72
IMG avant 22 SA.....	72
IMG totales	72
Mortalité périnatale : tableaux détaillés	73
Situation 2016-2017-2018 de la mortalité périnatale par département et par type de grossesse	73
Mortalité néonatale	74
Mortalité infantile	75
Annexes 2 : Fiches quadrants	76
Annexes 3 : Requêtes PMSI	101
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

Résumé

D'après les données 2018 de l'Agence de traitement de l'information hospitalière (ATIH) à partir du Programme de Médicalisation du système d'Information (PMSI), nous avons observé 172 897 **séjours d'accouchement** de femmes domiciliées en Ile-de-France, 174 **195 séjours d'enfants vivants** et 1 628 enfants mort-nés. L'exhaustivité des naissances vivantes est de 99,9% par rapport aux données de l'état-civil traitées par l'INSEE. **L'Ile de France (IDF)** accueille 24% des naissances vivantes métropolitaines. La baisse des naissances observées en 2018 y est plus faible qu'en France métropolitaine (FM), avec un taux de natalité plus élevé, malgré un âge maternel plus élevé avec près de 25% de femmes âgées de 35 ans et plus. Par ailleurs 3,6% des naissances vivantes sont issues de grossesses multiples.

Les 81 maternités d'IDF sont attractives : le nombre de naissances vivantes enregistrées (176 223) est plus élevé que celui des domiciliées. Il en est de même pour les établissements réalisant des interruptions volontaires de grossesse (IVG) : on observe 34 900 IVG hospitalières enregistrées au total (dont 34 868 dans les 85 établissements réalisant au moins 10 IVG) et 34 457 domiciliées ; le ratio d'IVG est de près de 1 IVG hospitalière pour 5 naissances vivantes, quasi stable malgré l'augmentation des IVG réalisées en ville. L'IVG hospitalière est réalisée par méthode médicamenteuse dans 52% des cas, avec des variations importantes selon les départements. **Les établissements d'IDF réalisent 22% des IVG hospitalières de France métropolitaine.**

48 maternités ont réalisé au moins 1 500 accouchements en 2018. Les types de centres périnatals 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 périnatals est différente de celle de la France métropolitaine : 14% en maternité de type 1 (sans néonatalogie) versus 21% en France métropolitaine,

25% versus 29%, en type 2A (avec service de néonatalogie), 28% versus 24% en type 2B (avec soins intensifs de néonatalogie) et surtout 33% versus 27% en type 3 (avec réanimation néonatale).

Les femmes ont accouché par césarienne dans 21,8% des cas, par voie basse spontanée dans 64,6% des cas, et par voie basse instrumentale dans 13,2% des cas ; le mode d'accouchement n'est pas pris en compte dans 0,4% des cas où l'accouchement a eu lieu avant l'arrivée en maternité. Le taux de césarienne est en légère baisse, mais reste supérieur à celui de la France métropolitaine à 19,8%. Le taux de césarienne 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 12,1% avec un minimum à 6,5% et un maximum à 28,2%. On constate une baisse continue de la durée de séjour qui est de 3,6 nuitées en cas de voie basse et 4,8 nuitées en cas de césarienne.

Pour les accouchements par voie basse, le **taux médian d'anesthésie péridurale est de 85,3%**, le **taux médian d'épisiotomie de 13,7%** 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. Il est de 13,2% en IDF mais reste supérieur au 10,8% de France métropolitaine.

Une hémorragie du postpartum (HPP) est codée **dans 5% des séjours d'accouchement en IDF** versus 5,2% en France métropolitaine. 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% en IDF et de 0,9% des accouchements en France métropolitaine. Leur prise en charge a évolué entre 2009 et 2018 avec des actes de tamponnements multipliés par près de 5, la baisse des embolisations, et la stabilité des actes de chirurgie (hystérectomies).

Le taux de naissances vivantes prématurées avant **37 Semaines d'Aménorrhée (SA) est de 7,02%**, le taux de naissances de petit poids (moins de 2 500g) est de 7,29%. Les taux sont stables en IDF, et restent supérieurs aux taux de France métropolitaine

(respectivement 6,8% et 7,18%). Les naissances de grands prématurés (avant 33 SA), représentent 1,5% des naissances vivantes (pour 1,36% en France métropolitaine), et ont eu lieu à 80,5% dans des maternités de type III. Ce taux reste stable malgré l'augmentation des naissances totales dans ce type de maternité. Les maternités de type III ont accueilli 86,5% des 541 naissances vivantes prématurissimes (avant 26 SA). Environ 3 000 nouveau-nés par an **sont éligibles pour un suivi d'enfants vulnérables** pour les motifs de grande prématurité ou petit poids à la naissance.

La mortalité domiciliée en IDF est stable entre 2013 et 2018 avec un taux de 9,24 pour 1 000 naissances totales en 2018. Elle diffère du taux de France métropolitaine (8,55 pour 1 000) surtout par le taux de mortalité spontanée qui est plus élevé (5,85 ‰ versus 5,13‰), car le taux de mort-nés issu d'une interruption médicale de grossesse (IMG) est identique à 3,4 pour 1 000. En IDF, le taux lissé sur 2016-2018 de la mortalité varie significativement selon le département de résidence (de 7,9 à 11,1 pour 1 000).

La mortalité périnatale qui prend en compte les mort-nés et les décès de 0 à 6 jours de vie est de 11,3 pour 1 000 naissances totales contre 10,2 en France métropolitaine

La mortalité infantile hospitalière domiciliée en IDF est de 3,8 pour 1 000 naissances vivantes en 2018, supérieure au taux de France métropolitaine (3,3 pour 1 000). C'est la mortalité néonatale précoce (avant 7 jours) qui est plus élevée. Le taux lissé sur 2016-2018 de la mortalité infantile varie significativement selon le département de résidence (de 3,1 à 4,6 pour 1 000), les départements avec les valeurs les plus basses (77, 92) et les plus élevées (93, 95) sont les mêmes que pour la mortalité.

Méthode

Sources de données..... 8

Qualité des données..... 9

Analyses de la base de
données périnatales..... 10

Sources 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 un système d'information qui tienne 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 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).

¹ Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative notamment à l'enregistrement à l'état civil des enfants

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 la couverture sociale afin de caractériser des éléments de précarité : par dénombrement des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU et de l'Aide Médicale État (AME) ainsi que des bénéficiaires de la CMU complémentaire. 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.

Insee

Les données de l'état civil, analysées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), permettent de calculer l'exhaustivité des séjours PMSI des naissances vivantes domiciliées et enregistrées. Depuis 2009¹ 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 considérées comme utilisables à partir de 2013 ;

décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/29111>

au niveau national, elles sont effectuées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)².

² Instruction n° DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011) <https://www.atih.sante.fr/aide-exploitation-du-pmsi-mco-pour-la-perinatalite>

Qualité des données

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 néonatale³.

Les services DIM peuvent envoyer leurs RSA. 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.

³ Présentation de la structure, Identification du réseau <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dossiers-types-de-demandes>

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 CIM10 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 Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCO) ou en hospitalisation à domicile (HAD) voire en Soins de suites et réadaptation (SSR) périnatal.
- Le séjour d'accouchement d'une mère avec d'éventuels séjours d'hospitalisation en antepartum ou en post-partum en MCO, Psy, HAD ou SSR.

Ces deux derniers types de chaînage sont possibles grâce à un numéro anonyme unique pour 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 absent
- 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 :**
 - Nouveau-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 nouveau-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, et 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 Ile-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-nées
- 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 :

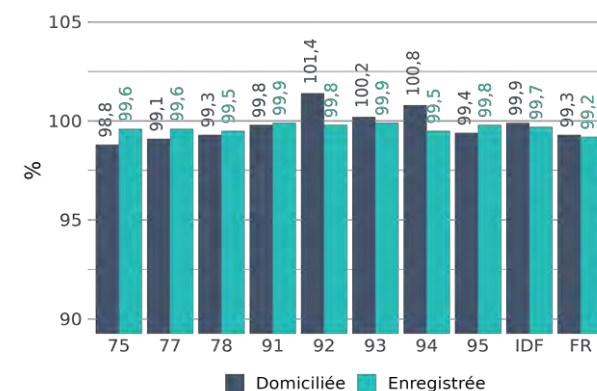
- Si la majorité des naissances se déroulent encore actuellement dans les établissements de santé, les accouchements réalisés dans les maisons de naissance ou à domicile de façon programmée ne donnent pas lieu à un recueil intégré au PMSI.
- Par ailleurs l'état civil enregistre les naissances survenues 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 enregistrés dans le PMSI par rapport à l'INSEE est de 99,7% en 2018 et celle de chaque département francilien était supérieure à 99,5%.

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).

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



Source : INSEE et PMSI (d'après les séjours des nouveau-nés) 2018 - 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 mortinatalité 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.



Dénombrement des
accouchements et des
naissances.....12

Description de l'Offre de soins ...14

Données générales

Dénombrement des accouchements et des naissances

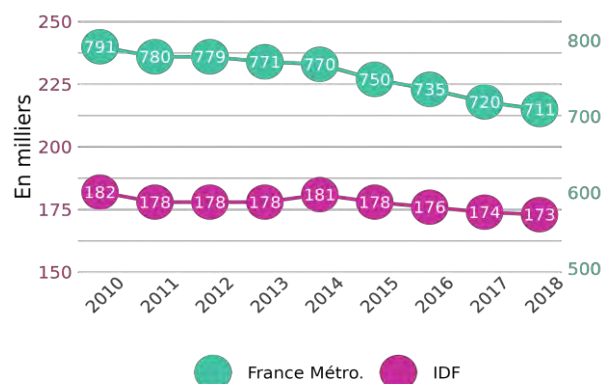
Accouchements

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

Entre 2010 et 2018, le nombre d'accouchements domiciliés diminue en France métropolitaine et Île-de-France. Cette diminution est plus importante en France métropolitaine (-7,8% entre 2014 et 2018) qu'en Île-de-France (-4,3%). L'IDF représente 24,3% des accouchements de la métropole.

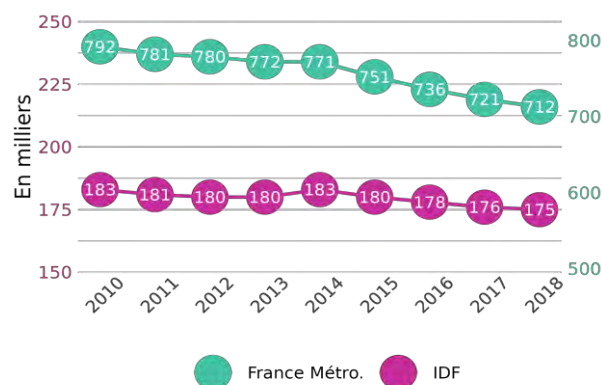
On dénombre en 2018, 172 897 accouchements domiciliés en IDF et 174 869 accouchements enregistrés soit une baisse de 0,7% par rapport à 2017.

2. Évolution du nombre d'accouchements domiciliés en France métropolitaine et Île-de-France



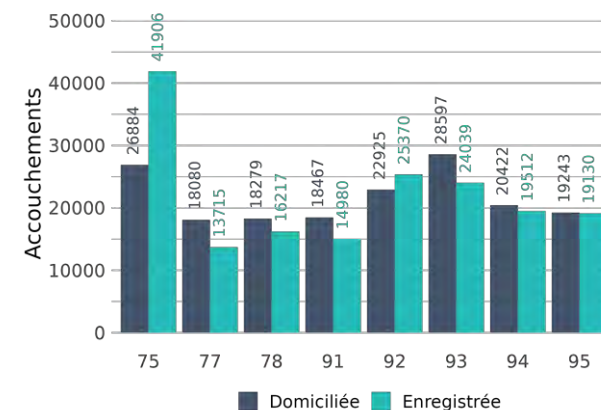
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

3. Évolution du nombre d'accouchements enregistrés en France métropolitaine et Île-de-France



Source : PMSI 2009 à 2018 - données enregistrées

4. Accouchements par département

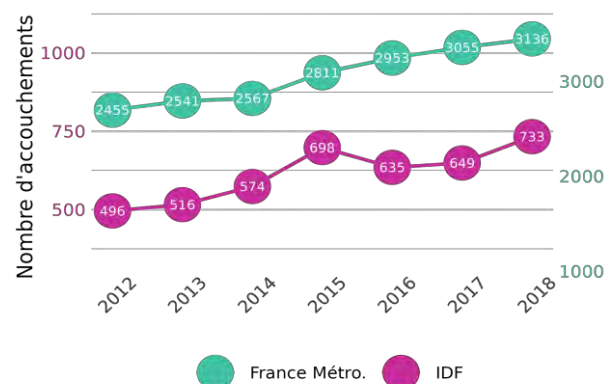


Source : PMSI 2018 - données domiciliées / données enregistrées

Le nombre d'accouchements hors hôpital suivis immédiatement d'un séjour hospitalier, a augmenté de façon importante en IDF et en France métropolitaine entre 2012 et 2018. Ils représentaient 0,28% des accouchements en 2012 pour l'IDF et 0,31% en France métropolitaine et 0,41% en IDF et 0,44% en France métropolitaine en 2018. Il pourrait s'agir d'accouchements inopinés (une enquête ⁴ publiée en 2004 estimait à 0,5% le taux d'accouchements inopinés extrahospitaliers en France métropolitaine) à domicile ou sur le trajet de la maternité par exemple, ou de transfert après accouchements programmés à domicile ou en maison de naissance ; mais nous n'avons pas les informations permettant de le préciser. Une étude de ces accouchements hors établissement sera approfondie ultérieurement.

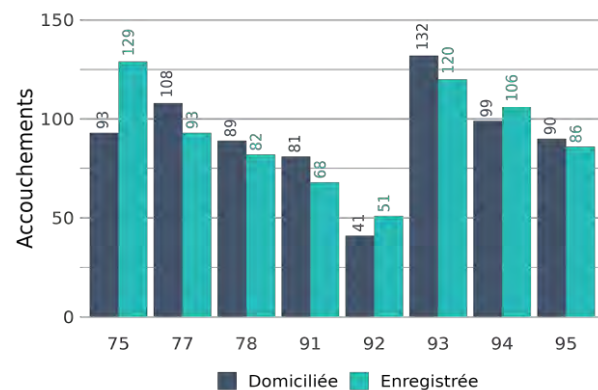
⁴ Chabernaude JL . accouchement inopiné hors maternité. Prat Anesth reanim 2004 ; 8 :447-54

5. Évolution des accouchements hors hôpital en France métropolitaine et Île-de-France



Source : PMSI 2012 à 2018 - données domiciliées

6. Accouchements hors hôpital par département



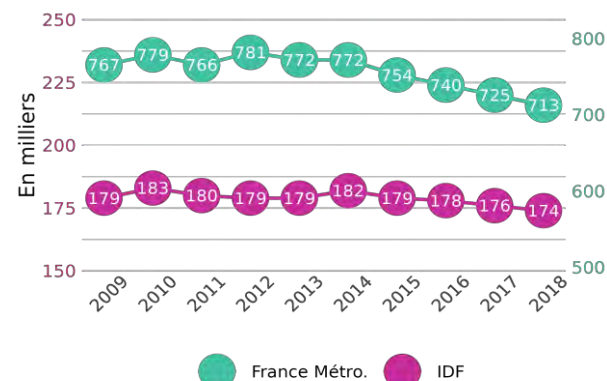
Source : PMSI 2012 à 2018 - données domiciliées et enregistrées

Naissances

Entre 2009 et 2018, le nombre de naissances diminue en France métropolitaine et Île-de-France. Cette diminution est un peu plus importante en France métropolitaine (-7,9% entre 2014 et 2018) qu'en Île-de-France (-4,5%). L'IDF représente 24,3% des naissances de la métropole.

On dénombre en 2018, 174 195 naissances domiciliées en IDF pour un taux de natalité de 14,3 naissances pour 1 000 habitants (11,1 en France métropolitaine) et 176 223 naissances enregistrées soit une baisse de 0,8% par rapport à 2017.

7. Évolution du nombre de naissances vivantes en France métropolitaine et en Île-de-France



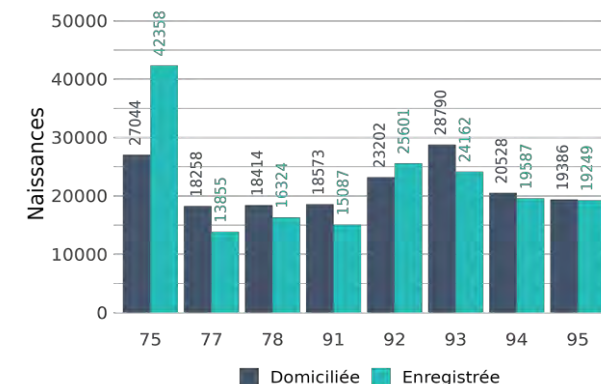
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

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 2018, Paris reste le département où le plus grand nombre de naissances est enregistré (42 358, 24%) dans ses maternités alors que la Seine Saint Denis compte le plus grand nombre de naissances domiciliées (28 790, 17%).

Les réseaux de périnatalité correspondent aux départements sauf pour les réseaux Naître dans l'Est Francilien (NEF) et Périnat IF Sud (IF Sud) qui s'étendent sur 2 départements. Leur nombre de naissances domiciliées est de 40 389 pour NEF et de 25 382 pour IF SUD.

8. Naissances vivantes PMSI par département



Source : PMSI 2018 - données domiciliées / données enregistrées

Description de l'Offre de soins

A RETENIR- Le nombre de centres périnataux et d'établissements hospitaliers avec activité d'orthogénie diminue en France métropolitaine, mais de manière plus prononcée en IDF avec 81 maternités et 85 centres hospitaliers avec activité d'orthogénie dans la région en 2018. Les établissements effectuant plus de 3 000 accouchements par an, réalisent plus de 50% des accouchements en IDF. La baisse des accouchements en centre périnatal de type I est marquée en IDF comme en France métropolitaine.

Les 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 charge⁵.

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

9. Les territoires des réseaux périnataux d'IDF



Source : ARS IDF

Les centres périnataux (maternités et services de néonatalogie)

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

Cet indicateur correspond au nombre d'établissements ayant réalisé au moins 15 accouchements dans l'année. Le statut juridique des établissements, privé (à but lucratif) ou 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'ATIH⁶.

sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_0114.pdf

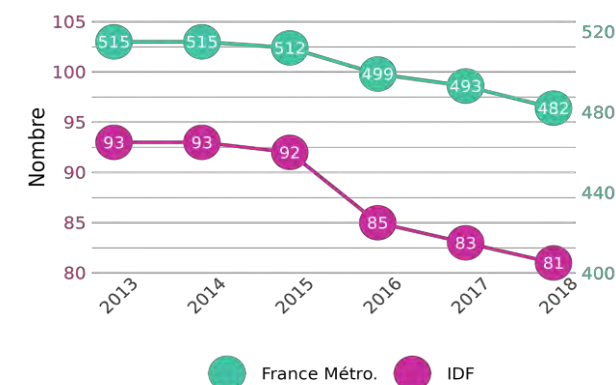
⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/es2020.pdf>

Les maternités

Évolution

Le nombre de maternités diminue en France métropolitaine (-6%) et en IDF (-13%) entre 2013 et 2018. En 2018, la France métropolitaine et l'IDF comptent respectivement 482 et 81 maternités. 17% des maternités de France métropolitaines sont situées en IDF, et elles accueillent près de 25% des naissances (non représenté).

10. Évolution du nombre de maternités en France métropolitaine et en Ile-de-France

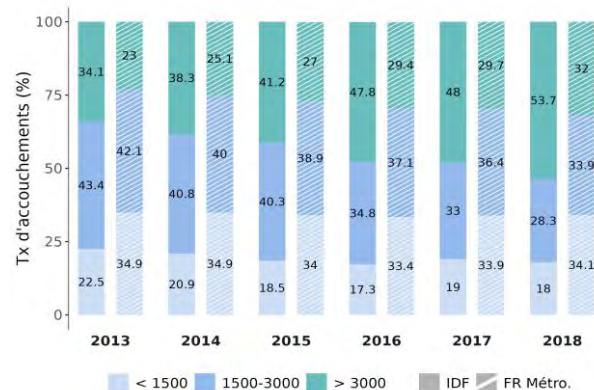


Source : PMSI 2013 à 2018 - données enregistrées

La part des accouchements dans les maternités à forte activité (plus de 3 000 accouchements par an) a augmenté de façon plus importante en IDF passant de 34,1 à 53,7%.

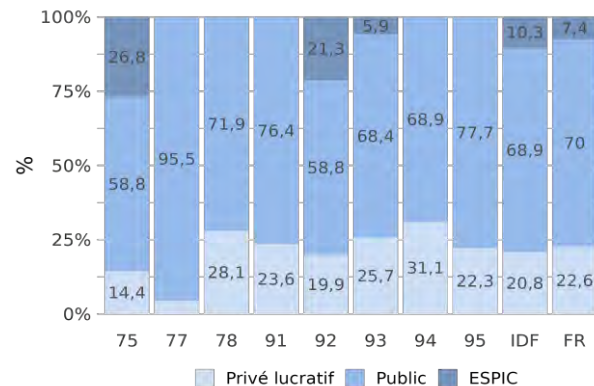
⁵ Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 no 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos_pf3_r3_dgs_mc1_n_2015_227_03_juillet_2015.pdf

11. Évolution du taux d'accouchements selon le nombre d'accouchement par établissement (<1 500, 1 500-3 000,>3 000) (%)



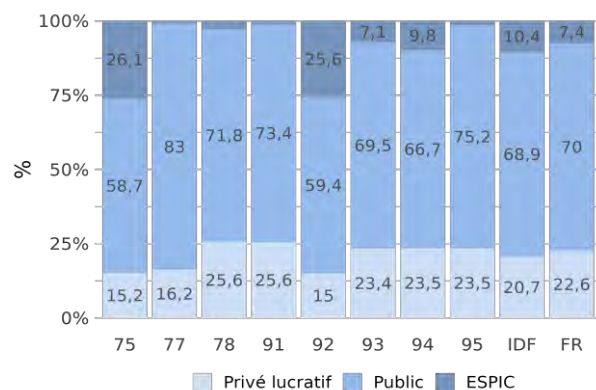
Source : PMSI 2013 à 2018 - données enregistrées

12. Taux d'accouchements dans les maternités selon le statut en 2018 données enregistrées (%)



Source : PMSI 2018 - données enregistrées

13. Taux d'accouchements dans les maternités selon le statut en 2018 données domiciliées (%)

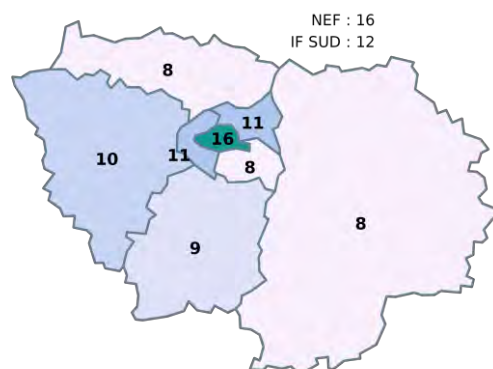


Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

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

14. Nombre de maternités par département et par réseau



Source : PMSI 2018 - données enregistrées

Les services de néonatalogie

Fiabilité de l'indicateur : bonne

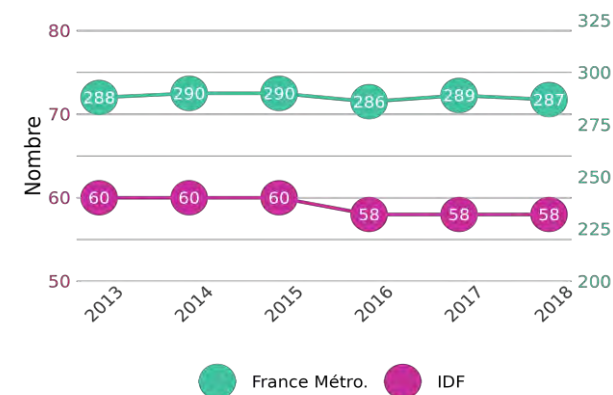
Point méthodologique

Les types des centres périnataux sont définis selon la présence d'un service de néonatalogie (sans : type I), avec un service de néonatalogie pouvant inclure une unité kangourou pour des nouveau-nés recevant des soins de néonatalogie dans la chambre de leur mère (type IIA), avec un service de soins intensifs néonataux (type IIB) et avec un service de réanimation néonatale (type III).

Évolution

Le nombre de services de néonatalogie (IIA, IIB et III) est stable en France métropolitaine et en IDF. En 2018, la France métropolitaine et l'IDF comptent respectivement 287 et 58 services de néonatalogie. 20% des services de néonatalogie de France métropolitaine sont situés en IDF, alors que les maternités franciliennes réalisent près de 25% des naissances.

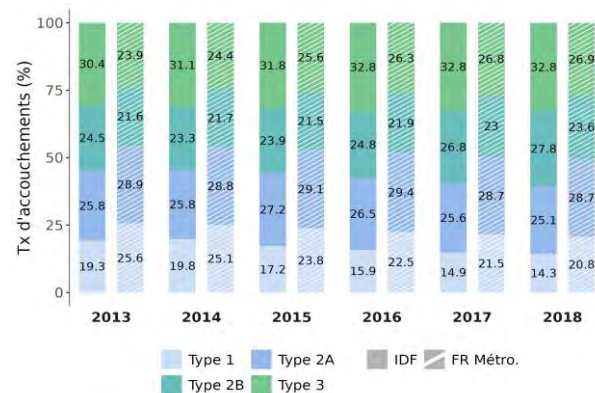
15. Évolution du nombre de services de néonatalogie en France métropolitaine et en Ile-de-France



Source : PMSI 2013 à 2018 - 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 métropolitaine, les mêmes tendances un peu moins marquées sont observées.

16. Évolution du nombre d'accouchement par type en France métropolitaine et en Ile-de-France (%)



Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 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 périnatals de chaque réseau, ainsi que de leurs capacités en lits d'obstétrique. En IDF près de 86% des naissances vivantes sont enregistrées dans des établissements bénéficiant d'unités de néonatalogie.

17. Répartition des naissances vivantes (NV) par type d'établissement et département

Type/CP	75	77	78	91	92	93	94	95	Total
1									
Nb Etab	6	2	3	3	4	3	1	1	23
% NV	24,9	8,7	15,7	15,6	15,0	11,9	4,2	4,0	14,2
2A									
Nb Etab	4	2	4	3	3	2	4	3	25
% NV	24,7	9,9	27,5	25,8	33,6	9,9	43,2	23,5	25,1
2B									
Nb Etab	2	3	2	2	2	4	1	2	18
% NV	13,5	59,2	31,7	23,6	23,9	43,6	17,3	31,8	27,7
3									
Nb Etab	4	1	1	1	2	2	2	2	15
% NV	36,9	22,1	25,1	35,1	27,4	34,6	35,3	40,8	33,0
IDF									
Nb Etab avec néonatalogie	10	6	7	6	7	8	7	7	58
Nb Etab	16	8	10	9	11	11	8	8	81
% NV dans étab avec néonatalogie	75,1	91,2	84,3	84,5	84,9	88,1	95,8	96,1	85,8

Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données enregistrées

Passages en néonatalogie

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

Cet indicateur est calculé à partir des données des RSA en dénombrant selon les nuitées réalisées dans chacune des unités médicales de néonatalogie divisées 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 ».

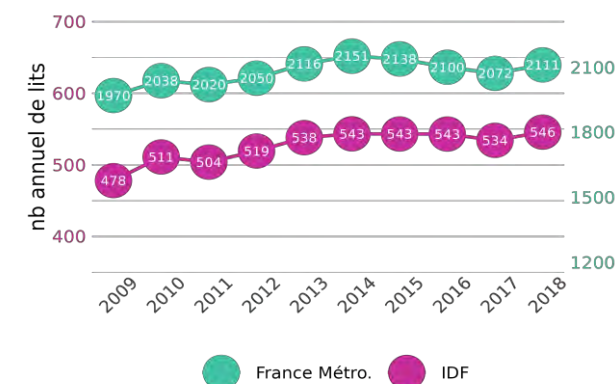
Évolution

Le nombre de lits consommés en réanimation néonatale a augmenté ces 10 dernières années en France métropolitaine 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 2009 et 2014, pour ensuite stagner.

Alors que l'IDF représente près de 25% des naissances de la France métropolitaine en 2018, les consommations des lits de néonatalogie (Néonatalogie), de soins intensifs (SI NN) et de réanimation néonatale

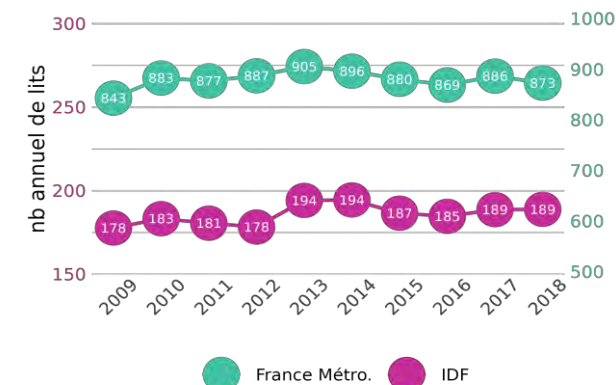
(Réa NN) en représentent respectivement 26%, 22% et 27%.

18. Évolution du nombre annuel de lits consommés en néonatalogie en France métropolitaine et en Ile-de-France



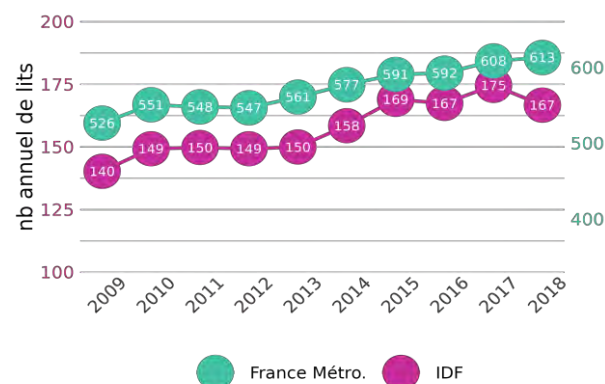
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

19. Évolution du nombre annuel de lits consommés en soins intensifs en France métropolitaine et en Ile-de-France



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

20. Évolution du nombre annuel de lits consommés en réanimation néonatale en France métropolitaine et en Ile-de-France



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Les consommations de lits peuvent varier car les besoins de la population sont différents, mais aussi parce que l'offre de soins à proximité est différente. Alors que les départements du 75 et du 93 ont un nombre de naissances domiciliées proche, la consommation de lits de Néonate, SI NN et Réa NN est bien plus importante dans le 93 que dans le 75. Ceci traduit des besoins plus importants dans le 93 que le 75 alors que l'offre de proximité y est moins importante : 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).

21. Nombre de lits autorisés en néonatalogie par département

Dept	Réa NN	SI NN	Néonate
75	57	99	143
77	10	20	47
78	14	30	57
91	16	17	49
92	26	38	98
93	27	51	85
94	18	26	86
95	16	24	70
IDF	184	305	635

Source : CPOM 2016 (ARS IDF)

Les taux de 1,04 lits de réanimation néonatale, 1,73 lits de soins intensifs néonataux, 3,60 lits de néonatalogie pour 1 000 naissances vivantes enregistrées, sont un peu inférieurs pour la réanimation et les soins intensifs néonataux aux taux définis par le schéma régional d'organisation des soins en IDF qui envisageait de se situer à la borne haute des indices de besoins nationaux⁷ (soit 1,5 et 2 respectivement), le taux pour la néonatalogie étant un peu supérieur (soit 3 pour 1 000) pour les naissances enregistrées. Il s'agit de capacités théoriques qui peuvent ne pas être opérationnelles du fait de lits fermés par exemple pour manque de personnel.

Le nombre de lits consommés en 2018 a été de 167 soit 0,96 en réanimation néonatale, de 188 soit 1,07 en soins intensifs et de 546 soit 3,13 en néonatalogie pour 1 000 naissances domiciliées.

22. Nombre annuel de lits consommés en néonatalogie, soins intensifs et réanimation par département en 2018



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

IVG hospitalières

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

Le codage des IVG dans le PMSI nécessite l'association de 2 codes CIM10, un code d'avortement médical (O04.-) et un code de grossesse non désirée (Z64.0). Nous dénombrons dans ce rapport, les IVG complètes compliquées ou non compliquées. La méthode est connue par le code d'acte : médicamenteuse ou instrumentale ; la mention de la présence ou non d'anesthésiste qui pourrait permettre d'en déduire s'il y a une anesthésie générale ou une anesthésie locale, n'est pas toujours utilisée à bon escient et ne sera pas utilisée dans ce rapport.

⁷ Arrêté du 1er avril 1999 fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale (JO 2 mai 1999)

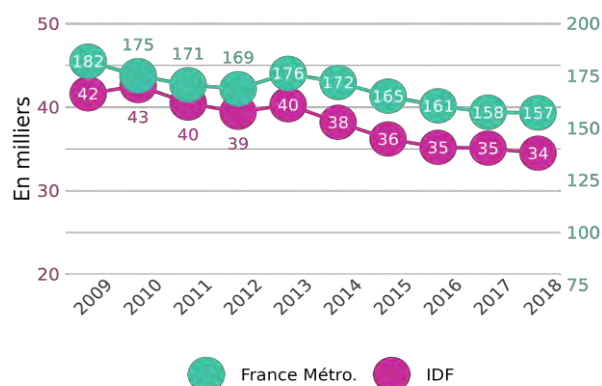
Évolution

Le nombre des IVG hospitalières diminue entre 2009 et 2018 en France métropolitaine (-14%) comme en IDF (-19%). La principale explication provient d'un recours de plus en plus important à l'IVG médicamenteuse pratiquée jusqu'au terme de 7 SA en médecine de ville, depuis 2004, avec extension en 2009, aux centres de planification et d'éducation familiale. L'IVG médicamenteuse peut être réalisée en établissement hospitalier jusqu'à 9 SA)⁸.

Le taux de recours total à l'IVG en IDF est de 18 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans d'après la DREES.

Cependant, le ratio du total d'IVG hospitalières domiciliées (34 457) par rapport au nombre de naissances vivantes reste stable en IDF (1 pour 5). Ces IVG sont réalisées dans 85 établissements dont 71 ont aussi une activité de maternité.

23. Évolution du nombre d'IVG hospitalières en France métropolitaine et en Ile-de-France



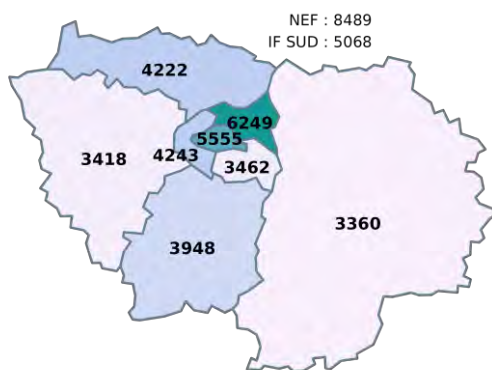
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Le nombre des IVG hospitalières domiciliées varie de 3 360 dans le 77 (ratio par rapport au nombre de

naissances vivantes de 18%) à 6 249 dans le 93 (ratio de 22%).

24. Nombre d'IVG hospitalières par département et territoire de réseau



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

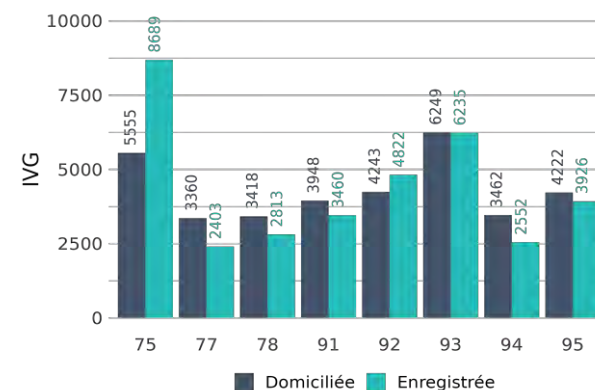
Le nombre d'IVG hospitalières enregistrées est supérieur aux IVG domiciliées en IDF, à Paris et dans le 92. Le résultat est inverse dans les autres départements d'IDF témoignant d'une possible différence d'attractivité par exemple en terme d'offre selon la méthode avec une offre de soins possiblement insuffisante par rapport aux besoins dans certains départements.

25. Nombre d'IVG hospitalières par département domicilié et enregistré

Dept	IVG domiciliées	IVG enregistrées
75	5 555	8 689
77	3 360	2 403
78	3 418	2 813
91	3 948	3 460
92	4 243	4 822
93	6 249	6 235
94	3 462	2 552
95	4 222	3 926
IDF	34 457	34 900
France métro.	157 260	158 208

Source : PMSI 2018 - données domiciliées et enregistrées

26. Nombre d'IVG hospitalières par département domicilié et enregistré



Source : PMSI 2018 - données domiciliées et enregistrées

En IDF les IVG réalisées par méthode médicamenteuse représentent 52 % des IVG pour lesquelles la méthode est mentionnée (98,1%) contre 48 % pour la méthode instrumentale, alors qu'en France métropolitaine 40% des IVG enregistrées avec méthode précisée sont instrumentales. Les chiffres diffèrent selon les départements aussi bien en données enregistrées que domiciliées. La somme des 2 méthodes ne correspond pas au nombre total d'IVG en raison de la part de méthode non précisée (acte non renseigné).

⁸ Rapport IVG ORS IDF <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/les-interruptions-volontaires-de->

[grossesse-en-ile-de-france.html](https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-ile-de-france.html) « Etudes et résultats » de Septembre 2019 par la DREES sur l'IVG en 2018

27. Nombre d'IVG hospitalières médicamenteuses et instrumentales par département domicilié

Région	IVG	médicamenteuse	instrumentale	Non précisée*
75	5 555	2 676	2 846	33
77	3 360	1 925	1 427	8
78	3 418	1 902	1 146	370
91	3 948	2 129	1 799	20
92	4 243	2 145	2 056	42
93	6 249	3 195	3 022	32
94	3 462	1 180	2 152	130
95	4 222	2 511	1 677	34
IDF	34 457	17 663	16 125	669
France métro	157 260	92 770	62 448	2 042

Source : PMSI 2018 - données domiciliées

* Méthode non précisée : acte non renseigné

28. Nombre d'IVG hospitalières médicamenteuses et instrumentales par département enregistré

Région	IVG	médicamenteuse	instrumentale	Non précisée
75	8 689	3 851	4 807	31
77	2 403	1 457	943	3
78	2 813	1 595	814	404
91	3 460	2 022	1 430	8
92	4 822	2 524	2 265	33
93	6 235	3 218	2 992	25
94	2 552	550	1 850	152
95	3 926	2 593	1 315	18
IDF	34 900	17 810	16 416	674
France métro	158 208	93 319	62 841	2 048

Source : PMSI 2018 - données 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.

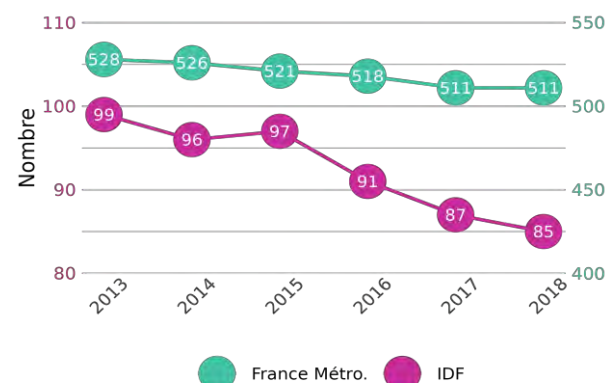
Depuis 2009, les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées en 'ville' par des médecins libéraux, et depuis 2016 par des sages-femmes, en centres de planification, en centres de santé. Cette activité

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 métropolitaine (-9%) et en IDF (-18%) entre 2013 et 2018. En 2018, la France métropolitaine et l'IDF comptent respectivement 511 et 85 établissements avec activité d'orthogénie. 17% des établissements avec activité d'orthogénie de France métropolitaine sont situés en IDF et réalisent 22% des IVG de France métropolitaine.

29. Évolution du nombre de centres hospitaliers avec activité d'orthogénie (≥ 10 IVG / an) en France métropolitaine et en Ile-de-France (%)

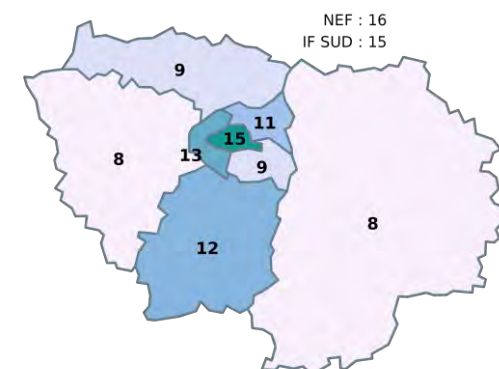


Source : PMSI 2013 à 2018 - données enregistrées

Situation 2018 dans la région

Le nombre d'établissements hospitaliers ayant réalisé au moins 10 IVG en 2018 varie de 8 dans le 78 à 15 dans le 75. Les 16 établissements de l'APHP réalisent 12 504 IVG avec un ratio de près de 1 IVG pour 3 accouchements; 83% de ces IVG sont réalisées par méthode instrumentale (voir tableau en Annexe).

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



Source : PMSI 2018 - données enregistrées

Indicateurs maternels

Indicateurs socio- démographiques.....	21
Couverture santé.....	25
Comorbidités	28
Indicateurs concernant la grossesse et ses pathologies..	32
Accouchements : modalités et pratiques	37
Durée de séjour en suite de couches	42
Morbidité maternelle.....	43

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 métropolitaine.

Âge des mères

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

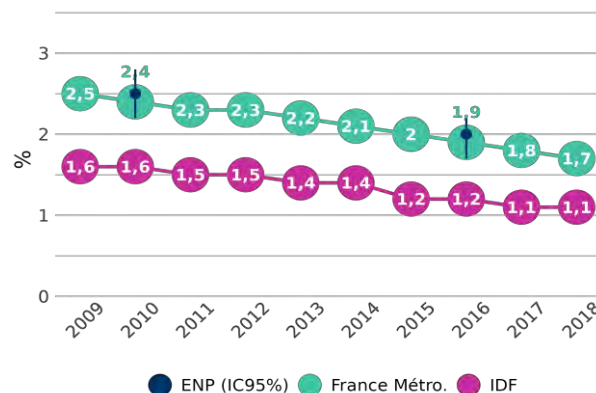
L'âge des mères à l'accouchement est une donnée issue du PMSI. Il est calculé automatiquement au sein des établissements à partir de la date d'entrée et la date de naissance des patients. Les données de l'Enquête nationale périnatale⁹ (ENP) réalisée sur une semaine en 2010 et 2016 sont comparables.

Évolution

En IDF comme en France métropolitaine, 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 métropolitaine, 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 des mères très jeunes ou plus âgées de 35 ans ou plus, sont à plus haut risque de morbi-mortalité périnatale.

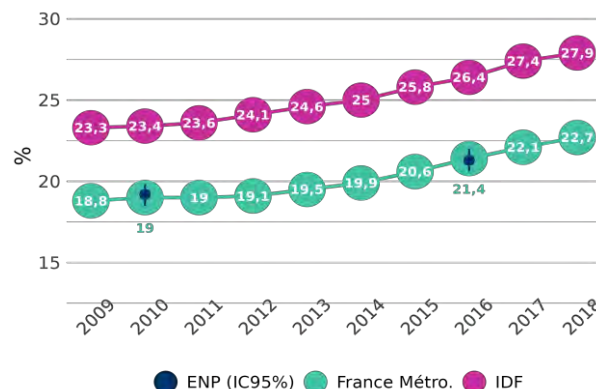
⁹ <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>

31. Évolution des mères de moins de 20 ans en FM et IDF (%)



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

32. Évolution des mères de 35 ans et plus en FM et IDF (%)

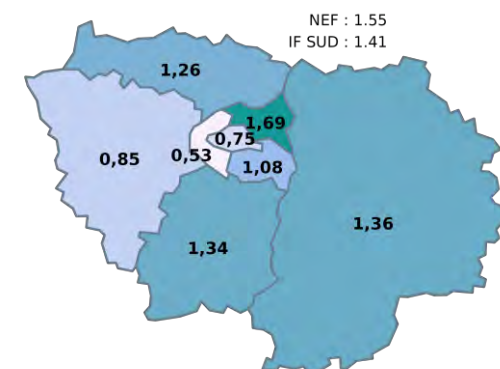


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

En 2018, le taux de mères jeunes de moins 20 ans était de 1,1% en IDF (versus 1,7% en France métropolitaine). Les taux les plus élevés sont observés dans le département du 93 (1,7%) et du 77 (1,4%). A l'échelle infra-départementale des arrondissements INSEE, les taux les plus élevés sont relevés dans les arrondissements de Bobigny 93-1 (1,9%), de Melun le 77-2 (1,7%) et d'Argenteuil 95-1 (1,6%).

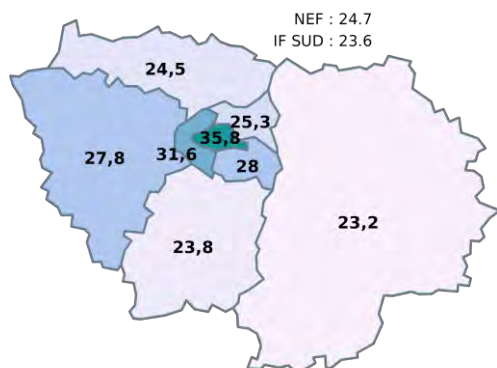
33. Proportion des mères de moins de 20 ans par département et territoire de réseaux (%)



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

En 2018, le taux de mères âgées de 35 ans et plus était de 27,9% en IDF (versus 22,7% en France métropolitaine). Les taux les plus élevés sont observés dans le département du 75 et du 92 avec environ 1 mère sur 3 âgée de 35 ans et plus.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Taux de natalité et indice conjonctuel 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 1 000 habitants.

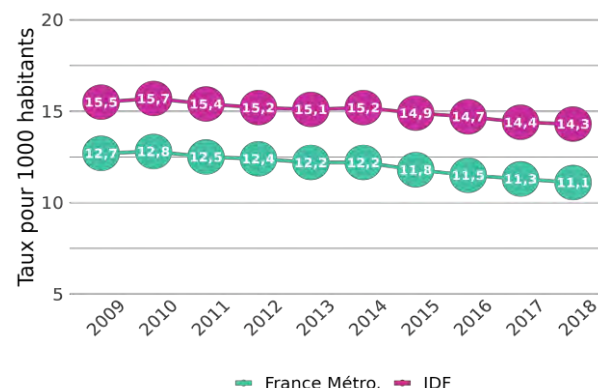
L'indicateur conjonctuel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée. Cet indicateur peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants qu'aurait une génération fictive de femmes qui connaîtraient, tout au long de leur vie féconde, les taux de fécondité par âge observés cette année-là. Il est exprimé en nombre d'enfants par femme ou pour cent femmes. Ce sont des données INSEE¹⁰.

Évolution

Le taux de natalité baisse plus en France métropolitaine (-13%) qu'en IDF (-8%) entre 2009 et

2018. De plus, le taux de natalité est plus important en IDF (14,3‰ en 2018) qu'au niveau national (11,1‰). L'indice conjonctuel de fécondité est de 1,94 enfants par femme pour 1,84 en France métropolitaine ; cet indice prend en compte la structure d'âge de la population.

35. Évolution du taux de natalité en France métropolitaine et en Île-de-France (‰)

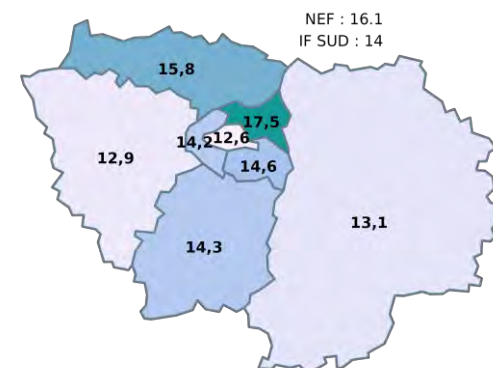


Source : INSEE 2009 à 2018

Situation 2018 dans la région

En 2018, les départements d'IDF ont tous un taux de natalité au-dessus du taux national. Les taux franciliens varient de 12,6‰ dans le 75 à 17,5‰ dans le 93.

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



Source : INSEE 2018 - données domiciliées

Selon les départements, l'indice conjonctuel de fécondité varie de 1,49 enfants par femme à Paris à 2,22 en Seine Saint- Denis.

37. Indicateur conjonctuel de fécondité par département

Dept	Libellé	indice de fécondité
75	Paris	149
77	Seine-et-Marne	196
78	Yvelines	204
91	Essonne	213
92	Hauts-de-Seine	172
93	Seine-Saint-Denis	222
94	Val-de-Marne	188
95	Val-d'Oise	220

Source : INSEE 2020 - Observatoire des territoires - ANCT

Nationalité et pays de naissance

Fiabilité de l'indicateur : bonne

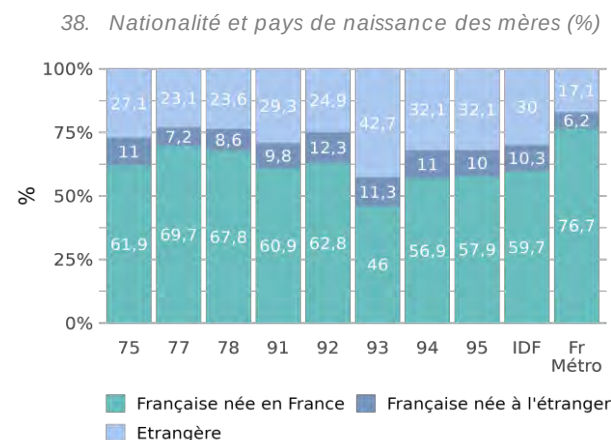
Point méthodologique

L'INSEE met à disposition une base de données anonymisées des naissances 2018 issue des actes de déclaration de naissance. Dans cette base, la nationalité et le pays de naissance de la mère sont

¹⁰ <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/indicateur-conjonctuel-de-fecondite>

disponibles. La nationalité se décline en 2 modalités : française et étrangère, et le lieu de naissance se décline en 4 modalités : née en France métropolitaine, 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.

Situation 2018 dans la région



Source : INSEE 2018 - données domiciliées

En 2018, la part des mères de nationalité étrangère est près de 2 fois plus importante en IDF qu'en France métropolitaine : 30% versus 17,1%. De même pour la part des mères françaises nées à l'étranger : 11,3% versus 6,2%. 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 et 78.

¹¹ L'indicateur de développement humain 2 (IDH2) en Île-de-France : un outil de mesure des inégalités sociales

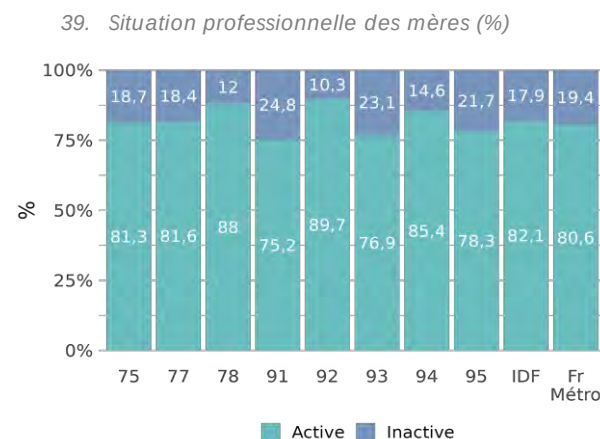
Situation professionnelle des mères

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 2018 dans la région



Source : INSEE 2018 - données domiciliées

En excluant les informations manquantes, le taux de mères inactives serait plus faible en IDF (17,9%) qu'en France métropolitaine (19,4%). Dans la région francilienne, le taux le plus élevé est observé dans le 91 avec près d'une mère inactive sur 4, et le taux le

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 56, Issue 6, Supplement, October 2008, Page S382.

plus faible dans le 92 et le 78 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 2¹¹ (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.

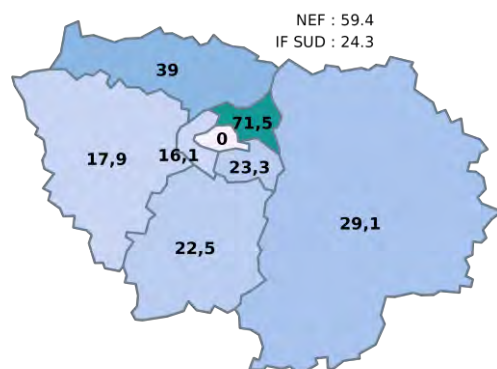
L'IDH2 varie entre zéro et un des communes les moins favorisées aux plus favorisées. La valeur seuil du premier quintile est un indice IDH-2 de 0,4757. L'analyse de la proportion de mères domiciliées dans les 20% des communes les plus défavorisées d'IDF selon l'IDH2 (avec un indice <0,4757) est utilisée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

Situation 2018 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 71,5% 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 93-3 (100%) et d'Argenteuil le 95-1 (80,2%).

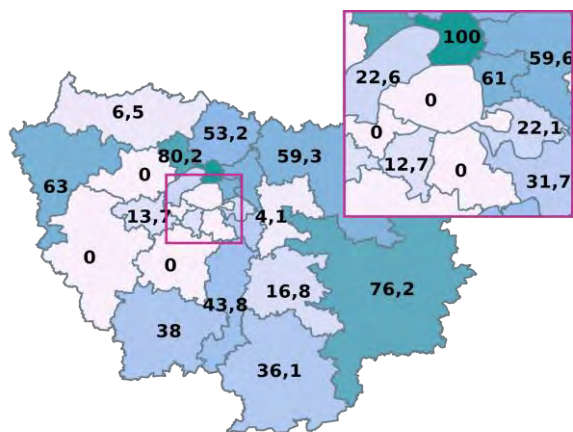
<https://www.em-consulter.com/showarticlefile/189577/main.pdf>

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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



Source : PMSI 2018 - 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.

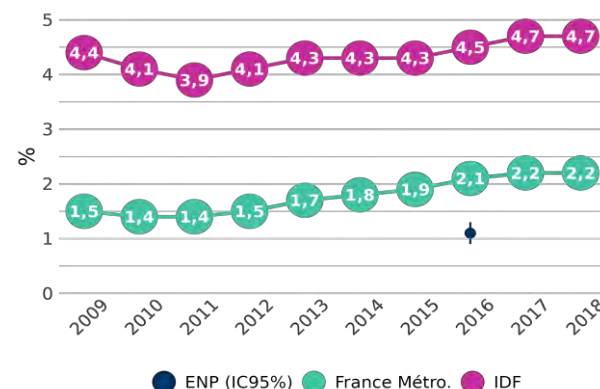
Depuis 2016, la protection universelle maladie (PUMA) englobe l'assurance maladie obligatoire et la couverture maladie universelle (CMU) qui donne droit à la prise en charge de ses frais de santé à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière. Les bénéficiaires de la CMU ont le plus souvent 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 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 surestimées pour l'AME et sous –

estimées pour le dispositif « soins urgents et vitaux » et la CMU en France métropolitaine.

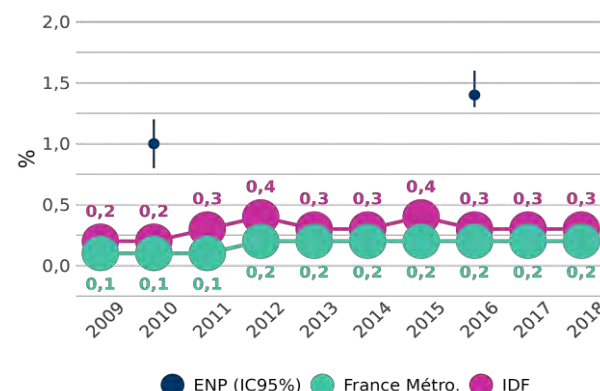
Évolution

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



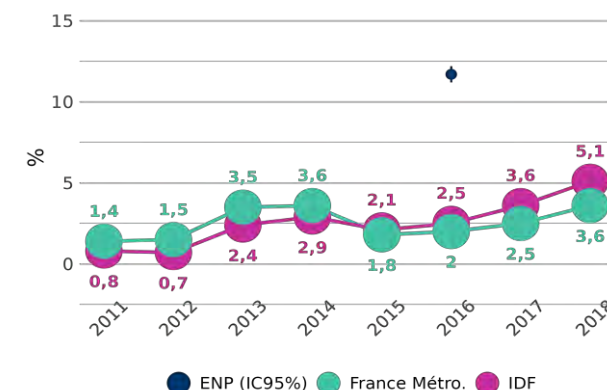
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

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



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

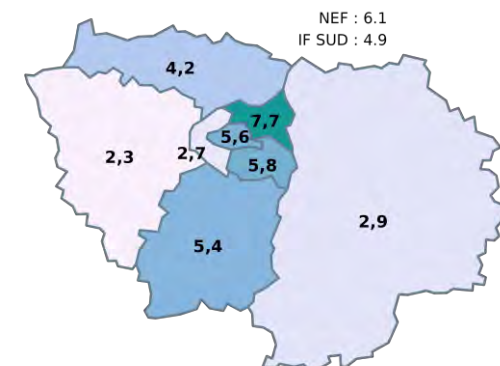
44. Évolution des mères bénéficiaires de la CMU en FM et IDF (dans les établissements publics et ESPIC) (%)



Source : PMSI 2011 à 2018 - données domiciliées

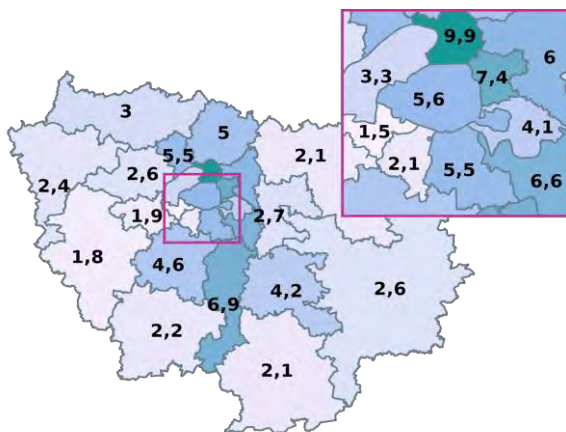
Situation 2018 dans la région

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



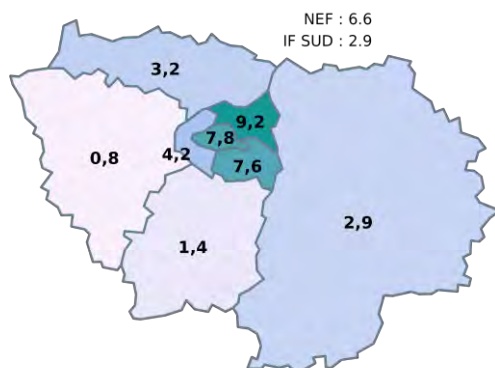
Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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



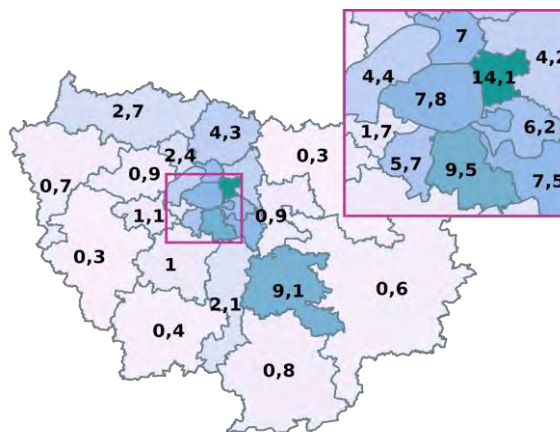
Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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



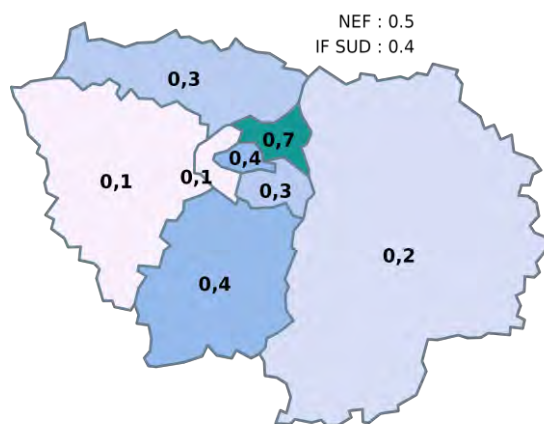
Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Couverture maladie complémentaire

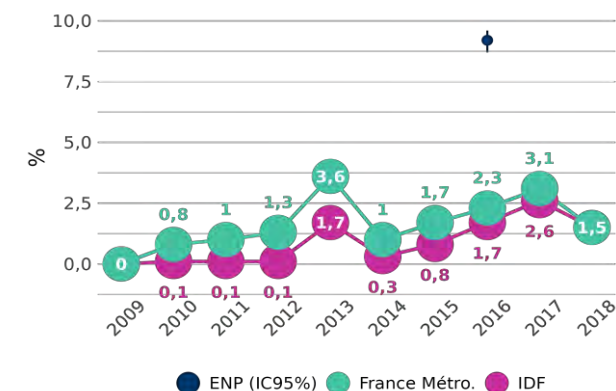
Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

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

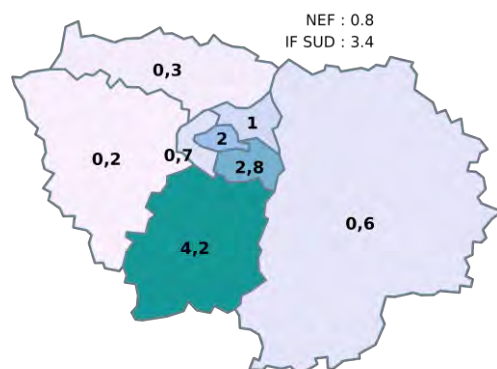
50. Évolution des mères bénéficiaires de la CMU-c (%)



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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 indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m²; le poids considéré étant celui précédant la grossesse.

Le codage de l'obésité permet une description précise des situations rencontrées depuis 2010 renforcée en 2017 par l'ajout d'extensions au code E66 de la CIM 10 permettant de distinguer les niveaux allant du surpoids à l'obésité morbide.

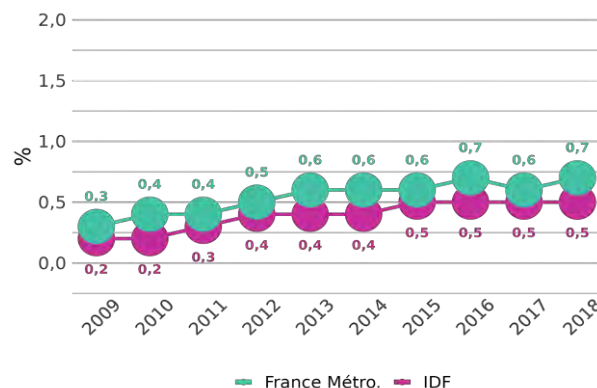
Cependant, l'obésité n'est pas toujours bien codée dans les résumés de séjour d'accouchement. Variations entre établissements évoquant un défaut de repérage ou un défaut de codage.

L'obésité morbide définie par un IMC supérieur à 40 kg/m² est semble-t-il mieux codée en raison probablement de sa caractéristique de comorbidité associée augmentant la valorisation du séjour.

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. Le taux d'obésité morbide a plus que doublé entre 2009 et 2018 passant de 0,2 à 0,5%; il reste inférieur cependant en IDF par rapport à la France métropolitaine dans les données du PMSI.

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

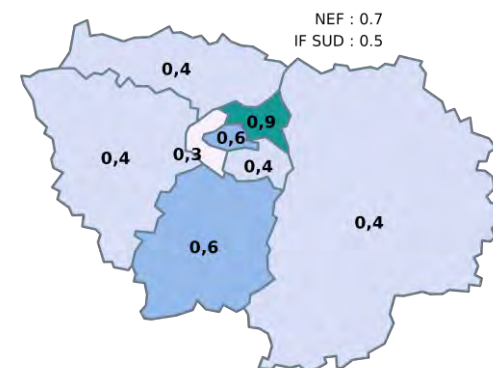


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

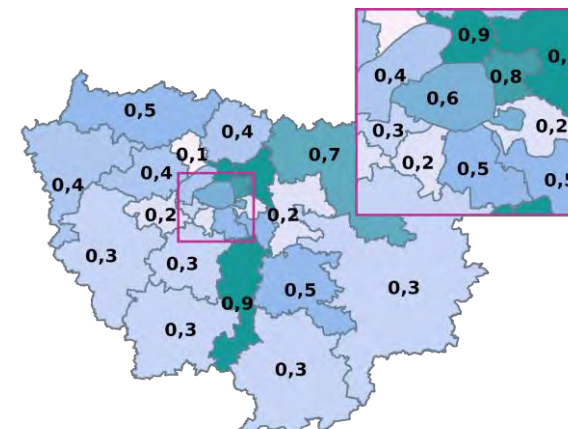
Le taux d'obésité global est de 4,44% ; il varie d'un minimum à 0% pour 22 maternités qui n'enregistrent aucun accouchement avec obésité à 19,69% au maximum, 11 maternités ayant 10% ou plus de femmes avec obésité codée lors du séjour d'accouchement. Le taux d'obésité morbide est inférieur au taux régional de 0,57% dans 5 départements et supérieur en Seine St Denis (0,91%), Essonne et Paris (0,6%).

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Drépanocytose

Fiabilité de l'indicateur : non mesurée à ce jour

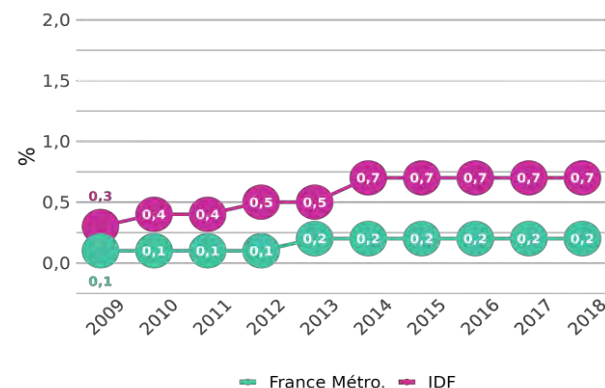
Point méthodologique

La drépanocytose est la plus fréquente des maladies génétiques en France métropolitaine. 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).

Évolution

En Métropole, la drépanocytose est plus particulièrement présente en Île-de-France. Son taux augmente depuis 2009.

55. Évolution du taux de la drépanocytose chez les femmes enceintes en France métropolitaine et Île-de-France (%)



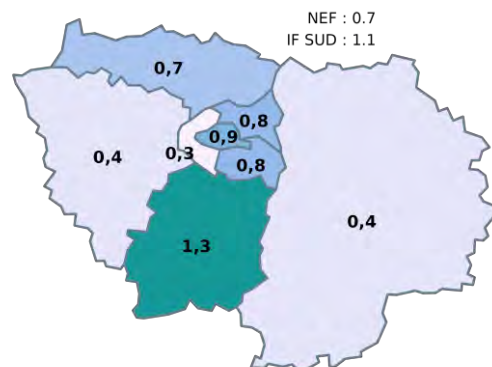
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Le taux de mères drépanocytaires est supérieur au taux régional dans le Val de Marne, en Seine St

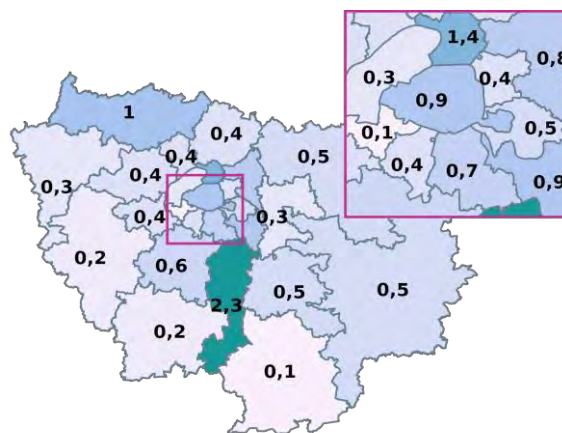
Denis, à Paris et en Essonne. Si les 20 centres experts franciliens sont répartis dans la totalité des départements, des importants centres de références sont présents dans le Val de Marne et en Essonne.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

57. Taux de mères drépanocytaires par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Addictions

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

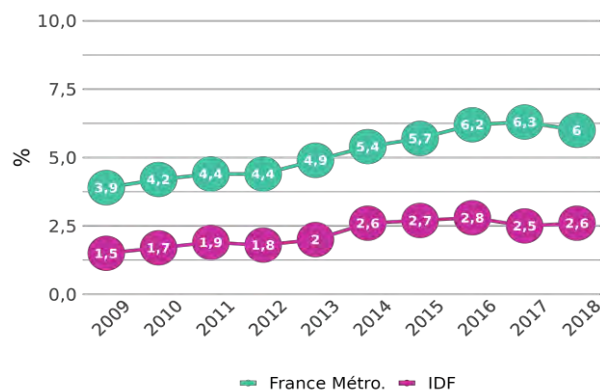
Point méthodologique

La consommation de substances psycho-actives (dont tabac, alcool, cannabis, ...) représente un facteur de risque périnatal fréquent (24% de femmes fumeuses en début de grossesse en France métropolitaine et 1 enfant sur 100 en France métropolitaine présentant des troubles liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse). En dehors du tabac, se pose le problème du repérage pendant la grossesse; d'après l'ENP en 2016, 80% des femmes disaient avoir été interrogées sur leur consommation de tabac et 67% sur leur consommation d'alcool. 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 psycho-actives est inférieur en Île-de-France par rapport à la France métropolitaine et il augmente légèrement depuis 2009, mais moins qu'en France métropolitaine.

58. Évolution des mères avec une consommation de substances psycho-actives à risque en France métropolitaine et Île-de-France (%)

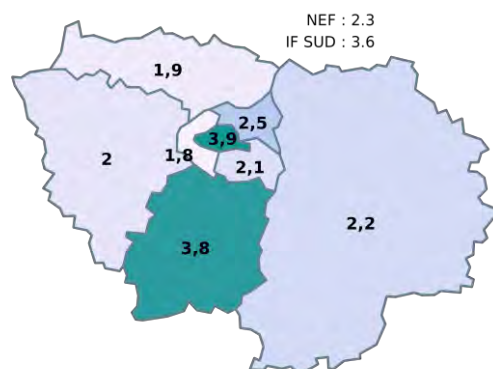


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 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.

59. Taux de mères avec une consommation de substances psycho-actives à risque par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Troubles psychiatriques

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

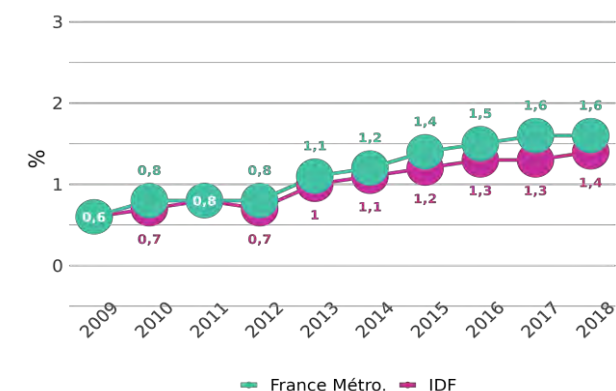
Point méthodologique

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, de principales pathologies psychiatriques dont les troubles de l'humeur, 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 2013-2015¹².

Évolution

L'augmentation de la mention de ces troubles au cours des séjours d'accouchement est constatée en France métropolitaine comme en Île-de-France. Il peut s'agir d'une augmentation de la fréquence de ce facteur de risque ou d'une amélioration de son repérage. Ce taux reste cependant bien inférieur à la prévalence des troubles psychiatriques dans la population.

60. Évolution du taux de mères avec trouble psychiatrique en France métropolitaine et Île-de-France (%)



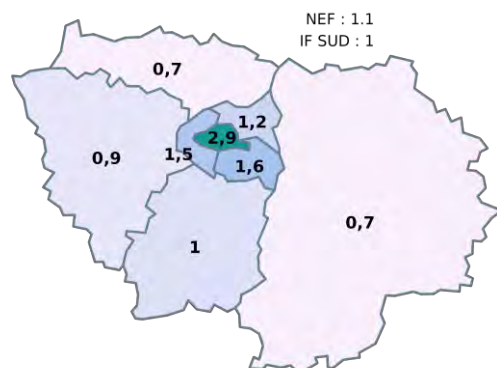
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

La mention des troubles psychiatriques à Paris représente plus du double de 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.

¹² <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Violences

Fiabilité de l'indicateur : insuffisante

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

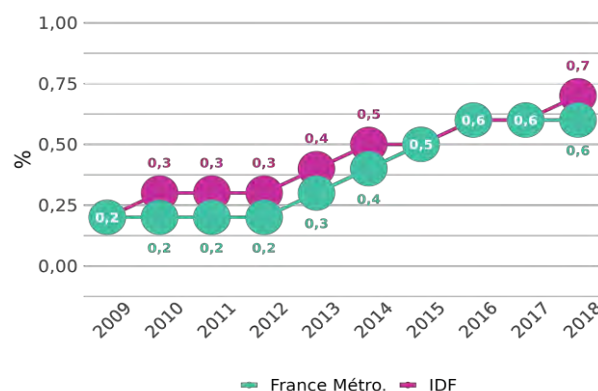
Point méthodologique

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 métropolitaine comme en Île-de-France. Il peut s'agir d'un meilleur repérage, avec meilleur codage ou d'une augmentation du phénomène des violences.

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

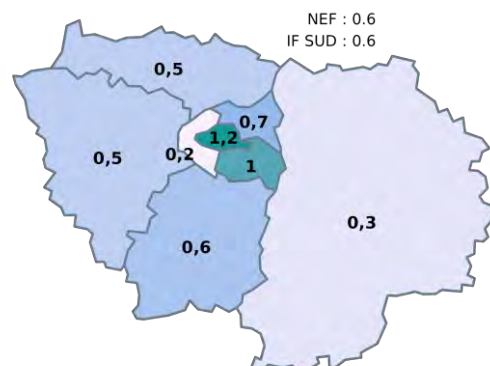


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

La mention de violences pendant la grossesse à Paris représente le double de la moyenne d'Île-de-France.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Indicateurs concernant la grossesse et ses pathologies

Grossesses multiples

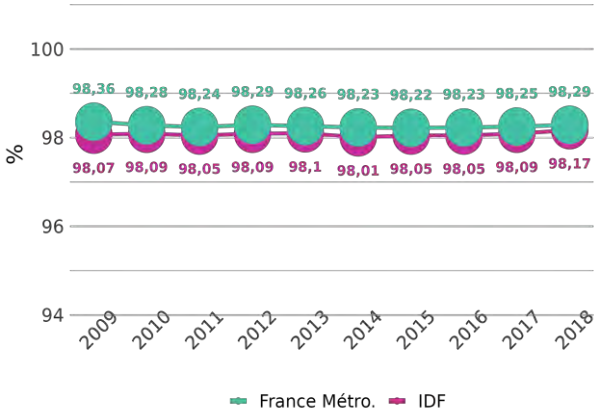
Fiabilité de l'indicateur : bonne

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 avec une baisse du taux de grossesses triples. Les grossesses multiples comportent des risques tant pour la santé des mères que pour celle de leurs enfants.

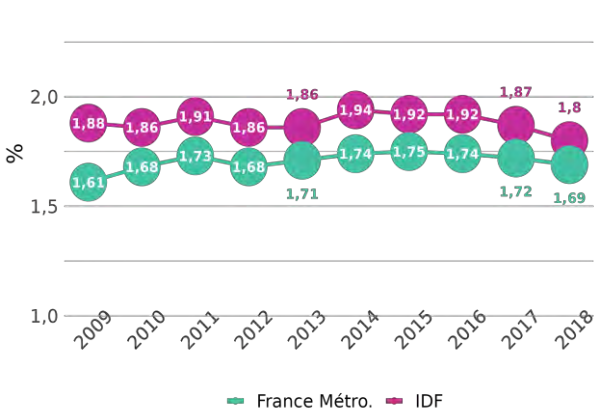
Évolution

64. Évolution du taux d'accouchements uniques



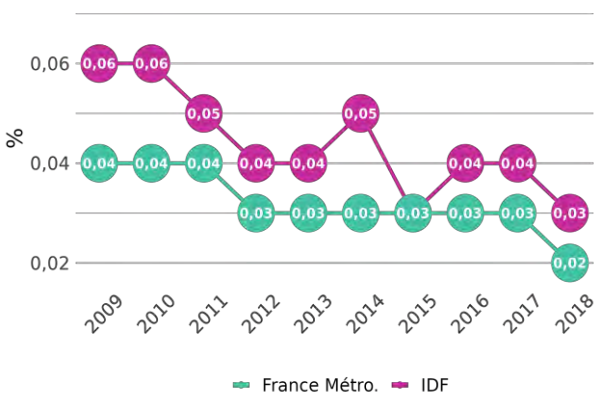
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

65. Évolution du taux d'accouchements gémellaires



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

66. Évolution du taux d'accouchements triples



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

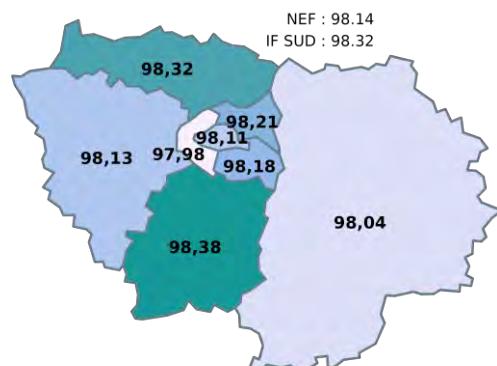
Des différences de taux d'accouchements multiples sont observées entre les départements avec le taux le plus important dans le 92 (2,02%) qui est caractérisé par un taux de mères plus âgées, en plus forte proportion d'activité professionnelle et une offre importante de services d'assistance médicale à la procréation et le plus faible dans le 91 (1,63%) où le taux de mères de 35 ans et plus est parmi les plus faibles d'IDF.

67. Effectif et taux d'accouchements uniques et multiples par départements

	unique (%)	gémellaire (%)	triple (%)	Effectif
75	98,11	1,86	0,03	26 884
77	98,04	1,95	0,01	18 080
78	98,13	1,86	0,01	18 279
91	98,38	1,58	0,05	18 467
92	97,98	1,96	0,06	22 925
93	98,21	1,74	0,05	28 597
94	98,18	1,81	0,01	20 422
95	98,32	1,65	0,03	19 243
IDF	98,17	1,8	0,03	172 897
FR métro	98,29	1,69	0,02	710 564

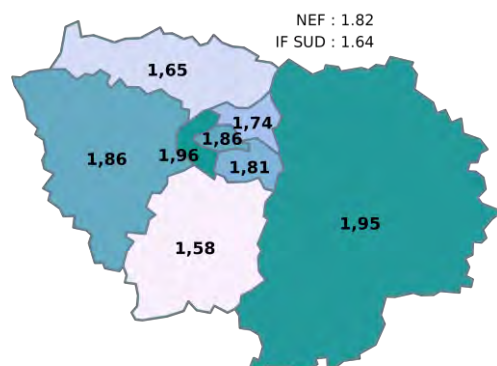
Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

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



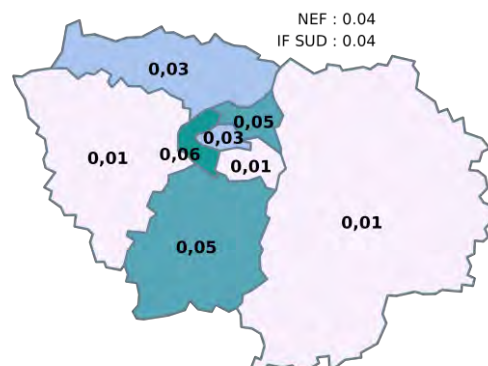
Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

70. Taux d'accouchements triples par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Hospitalisation durant la grossesse et transfert in utero (TIU)

Fiabilité de l'indicateur : moyenne

Point méthodologique

Une femme est considérée 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.

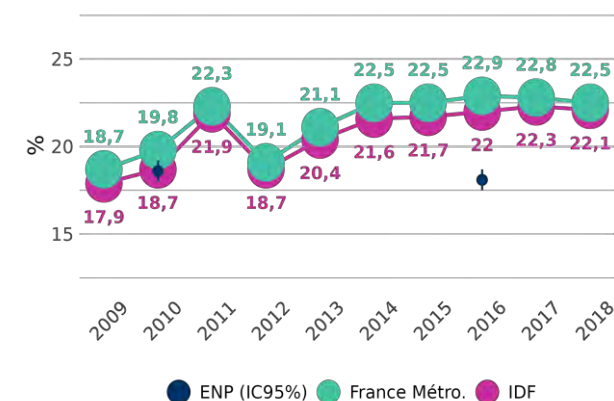
Les Transferts In Utero (TIU) ont été repérés de plusieurs manières : soit un mode d'entrée 'transfert' sur le séjour d'accouchement, soit un mode d'entrée ou un mode de sortie 'transfert' sur un séjour ante-partum, soit deux séjours consécutifs d'obstétrique avant la date d'accouchement.

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

Évolution

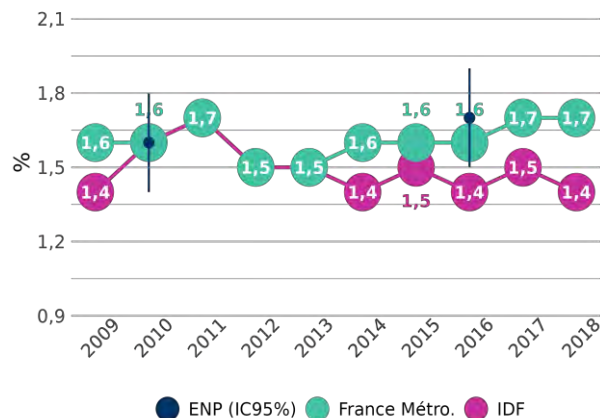
En comparaison avec les données de l'ENP 2016 pour la France métropolitaine avec 18,1% hospitalisation durant la grossesse, il y a plus d'hospitalisations pendant la grossesse d'après le PMSI (en France métropolitaine comme en IDF). L'ENP ayant eu lieu au moment de l'accouchement, il peut y avoir un report incomplet des hospitalisations antenatales. Le taux de TIU est de 1,7% dans cette enquête 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 métropolitaine est légèrement supérieur en 2016 au taux retrouvé dans le PMSI. D'après le PMSI, le taux inférieur en IDF (1,4% versus 1,7% pour la France métropolitaine) est stable en 2018.

71. Évolution du taux d'hospitalisation durant la grossesse



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

72. Évolution du taux de TIU

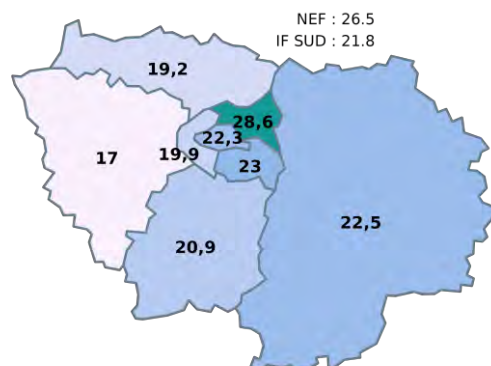


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

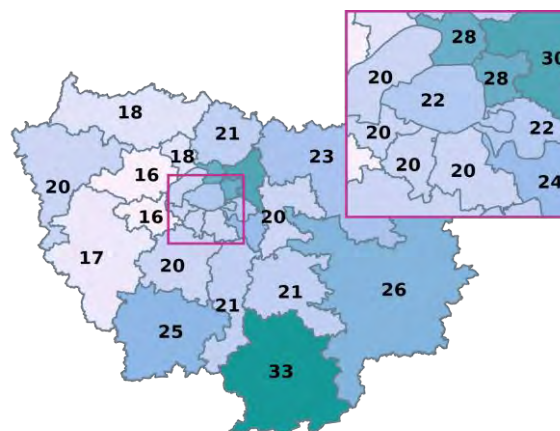
En 2018, 22% des franciliennes ont été hospitalisées durant la grossesse. Ce taux varie de 17,0% dans le 78 à 28,6% dans le 93. A l'échelle des arrondissements INSEE, les femmes résidant dans l'ouest de l'IDF sont moins hospitalisées durant la grossesse que celles de l'est. Les taux varient presque du simple au double entre celui de Rambouillet le 78-2 (17%) et celui de Fontainebleau le 7793-41 (33%).

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

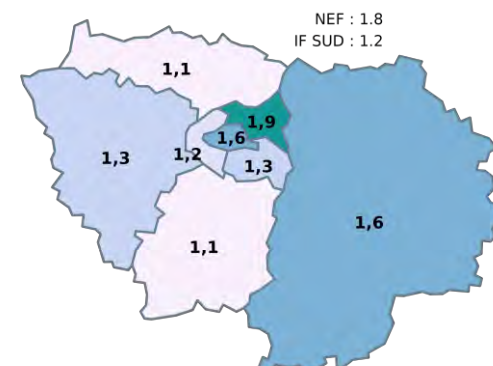
74. Taux d'hospitalisation durant la grossesse par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Selon le PMSI, les franciliennes ayant accouché en 2018 ont été 2462 (1,4%) à avoir bénéficié d'un TIU suite à une hospitalisation durant la grossesse. Ce taux varie de 1,1% dans les départements du 91 et 95 à 1,9% dans le département du 93.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Diabète gestationnel

Fiabilité de l'indicateur : bonne

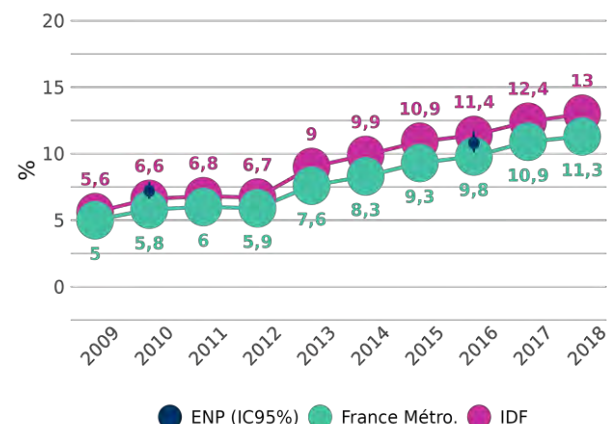
Point méthodologique

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 ou un meilleur repérage et codage. Le code de diabète gestationnel est recherché dans les séjours antepartum et les séjours d'accouchement, et rapporté à la mère, d'après la base chaînée.

Évolution

L'augmentation du taux de diabète gestationnel PMSI correspond aux données des enquêtes périnatales 2010 et 2016. Le taux est supérieur en IDF (13%) au taux en France métropolitaine (11,3%) en 2018.

76. Évolution du taux de diabète gestationnel

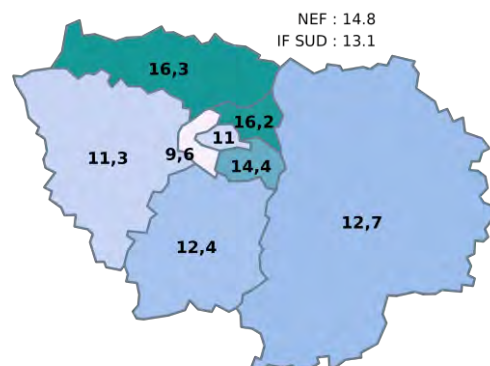


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

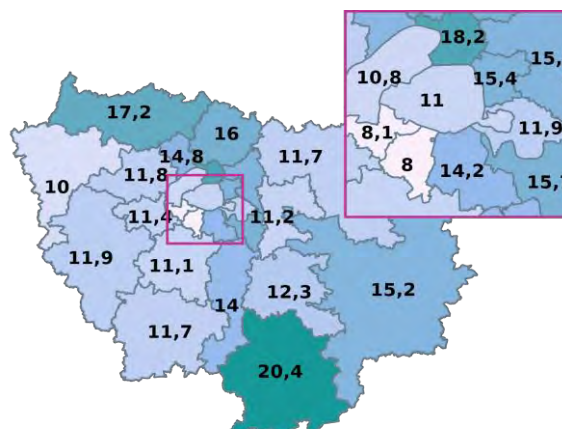
Les franciliennes qui ont accouché en 2018 sont 13,0% à avoir un diabète gestationnel. Un taux supérieur au taux régional est constaté pour les femmes domiciliées dans le 95 (16,3%) et le 93 (16,2%). A l'échelle des arrondissements INSEE, les taux élevés de diabète gestationnel sont situés dans l'arrondissement de Fontainebleau (20,4%), de Saint-Denis (18,2%) et de Pontoise (17,2%).

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

78. Taux de diabète gestationnel par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Diabète préexistant

Fiabilité de l'indicateur : correcte

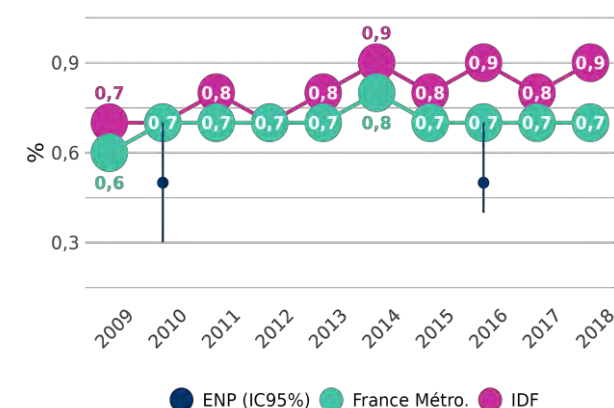
Point méthodologique

Les codes de diabète préexistant sont recherchés dans les séjours ante-partum et les séjours d'accouchement. Le taux PMSI de France métropolitaine était dans les bornes du taux retrouvé dans l'ENP en 2016.

Évolution

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

79. Évolution du taux de diabète préexistant

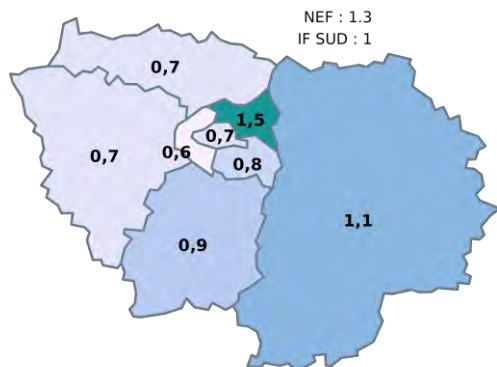


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Les franciliennes qui ont accouché en 2018 sont 0,9% à avoir un diabète préexistant selon le PMSI. Ce taux est plus important pour les femmes domiciliées dans le 93 (1,5%) et le 77 (1,1%).

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Pré-éclampsie

Fiabilité de l'indicateur : correcte

Point méthodologique

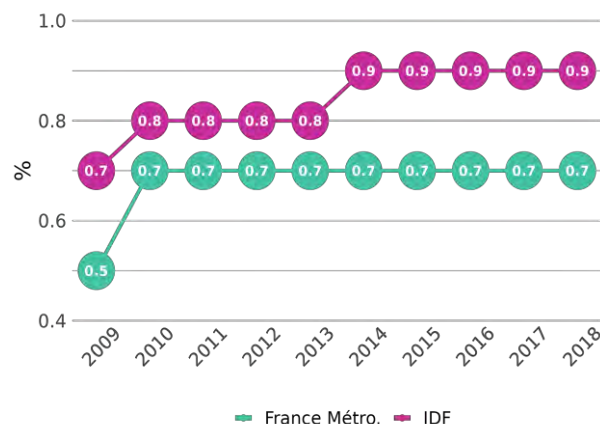
Les codes de pré-éclampsie dont les formes de pré-éclampsie sévère (avec inclusion du syndrome HELLP) et le code d'éclampsie sont recherchés dans les séjours ante-partum et les séjours d'accouchement. La survenue d'une pré-éclampsie est un facteur de risque maternel et de risque périnatal (prématurité, 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 possible que pour l'indicateur pré-éclampsie global (taux de 2% en 2016) et non les seules formes sévères que nous avons retenues comme indicateur de morbidité maternelle sévère¹³.

¹³ Korb B. et al. Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal

Évolution de la pré-éclampsie sévère

L'augmentation du taux est similaire en IDF et France métropolitaine avec un taux IDF qui reste cependant supérieur.

81. Évolution du taux de pré-éclampsie sévère



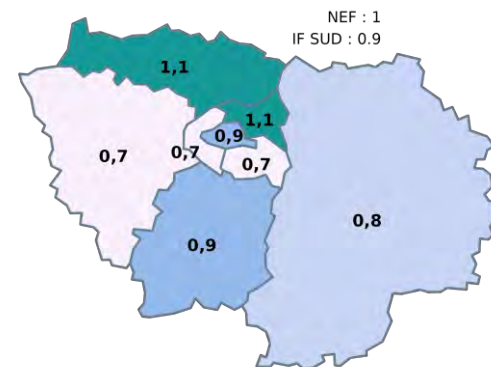
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Les franciliennes qui ont accouché en 2018 sont globalement 2% à avoir eu une pré-éclampsie et 0,9% à avoir eu une pré-éclampsie sévère. Ce taux est légèrement plus important pour les femmes domiciliées dans le 93 (1,1%) et le 95 (1,1%).

age: a population-based propensity score analysis. CMAJ 2019 April 1;191:E352-60
Prevalence of hypertensive disorders during pregnancy in France (2010-2018): The nationwide CONCEPTION

82. Taux de pré-éclampsie sévère par département et territoire de réseau (%)



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

study. J Clin Hypertens. 2021;00:1–10 Olié V. Moutengou E. Grave C. Deneux-Tharaux C. Regnault N. Kretz S. Gabet A. Mounier-Vehier C. Tsatsaris V. Plu-Bureau G. Blacher J.

Accouchements : 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 2018.

Césarienne

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

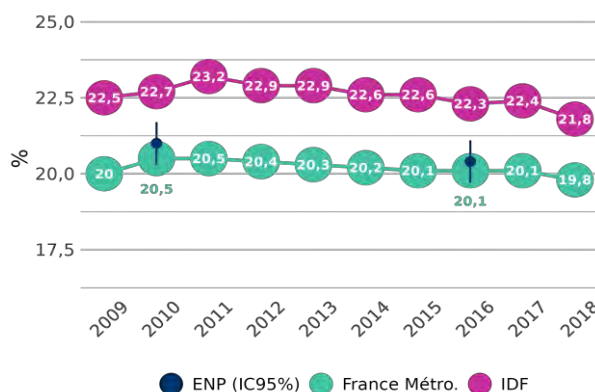
Le taux de césariennes est fourni pour l'ensemble des accouchements, mais également pour 2 sous-groupes de femmes inspirés par la classification de Robson¹⁴ : (1) « à bas risque » défini par ayant une grossesse à terme, unique, en présentation céphalique et sans utérus cicatriciel (réunit les groupes 1 à 4 de Robson) (2) « avec utérus cicatriciel » défini par ayant une grossesse à terme, unique, en présentation céphalique et avec utérus cicatriciel (groupe 5 de Robson). A partir de mars 2019, la parité est codifiable dans le PMSI, quel que soit le mode d'accouchement. Ainsi l'analyse de Robson via le PMSI pourra y être plus détaillée.

Évolution

Le taux de césarienne diminue depuis 2011 en France métropolitaine comme en IDF. Le taux de césarienne en IDF reste plus élevé qu'en France métropolitaine (21,8% versus 19,8%), mais l'écart tend à se réduire depuis les années 2010.

¹⁴https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/

83. Évolution des taux de césarienne en FM et IDF (%)

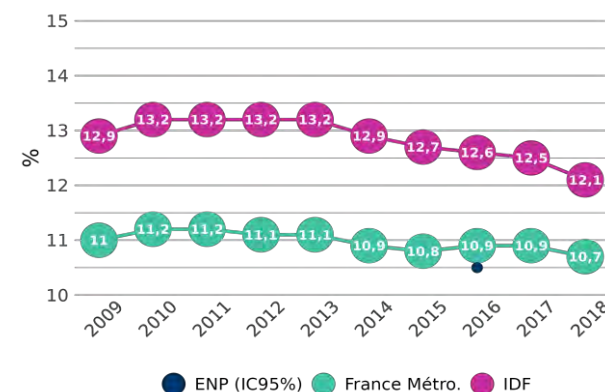


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

La part des femmes « à bas risque de césarienne » (groupes 1 à 4 de Robson) en IDF est plus faible qu'en France métropolitaine (78% versus 79,3%). Le taux de césarienne dans ce groupe à bas risque a diminué en IDF depuis 2013 passant de 13,2% à 12,1%, mais reste plus élevé qu'en France métropolitaine (10,7%). La contribution de ce groupe au taux global de césarienne est de 9,5% en IDF, et de 8,5% en France métropolitaine.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_

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

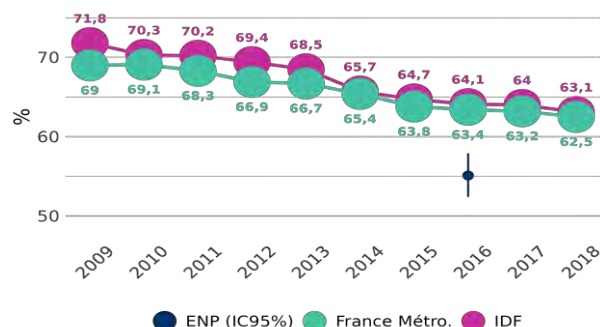


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

La part des femmes du groupe avec utérus cicatriciel (groupe 5 de Robson) en IDF est plus importante qu'en France métropolitaine (10,4% versus 8,9%). Le taux de césarienne dans ce groupe a fortement diminué passant de 71,8% en 2009 à 63,1% en 2018 en IDF. Alors que ce groupe de mères ne représente que 10,4% de l'ensemble des mères, leur contribution au taux global de césarienne est de 6,6% en IDF (5,6% en France métropolitaine).

https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2975185/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee

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



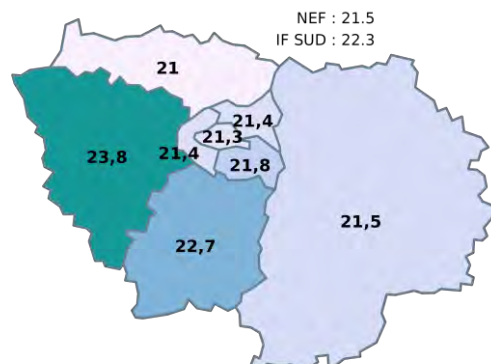
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

La différence du taux de césarienne global de 21 points entre l'IDF et la France métropolitaine (21,8% versus 19,8%) 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 2018 dans la région

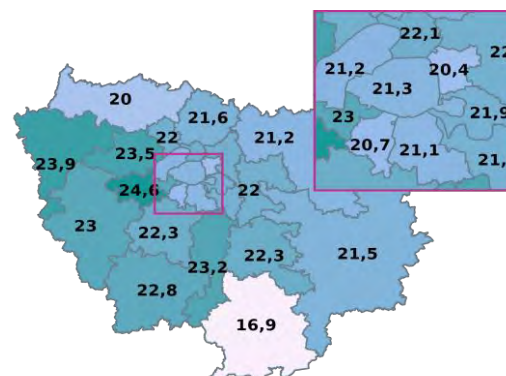
Les taux de césariennes sont significativement plus élevés dans les départements du 78 (23,8%) et du 91 (22,7%), et plus bas dans le 95 (21,0%) et le 75 (21,3%). A l'échelle des arrondissements, les territoires du 75 révèlent de grandes disparités pour les taux de césariennes (de 19,5% à 23,8%) et au sein de la région, le taux varie entre 16,9% et 24,6%.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

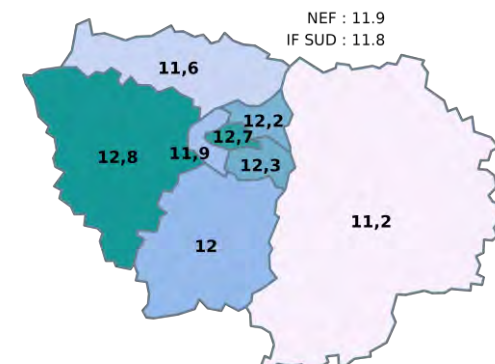
87. Taux de césarienne par arrondissement INSEE (%)



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

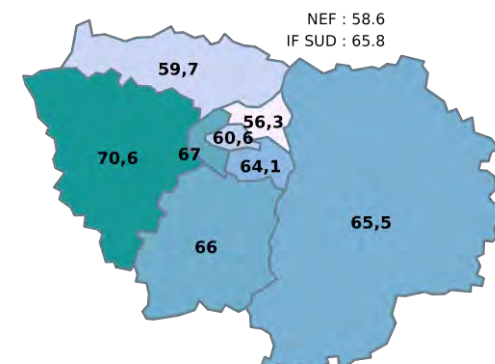
Alors que le département du 75 a un taux global de césarienne assez faible, le taux de césarienne dans la population à bas risque (groupes 1 à 4 de Robson) est élevé (12,7%). En ce qui concerne la population avec utérus cicatriciel (groupe 5 de Robson), les taux de césariennes sont plus faibles dans les départements du 93 (56,3%) et du 95 (59,7%).

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Voie basse instrumentale

Fiabilité de l'indicateur : assez bonne

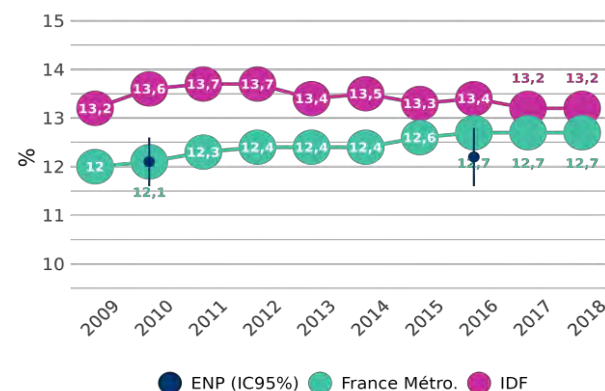
Point méthodologique

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. Il faut noter que ces actes sont dits « complémentaires » des actes d'accouchement par voie basse et ne modifient ni le classement en GHM ni la facturation. Un diagnostic peut préciser le type d'instrument utilisé.

Évolution

Alors que le taux de voies basses instrumentales diminue légèrement en IDF depuis 2011 passant de 13,7% à 13,2%, le taux national augmente légèrement. Cependant, il reste encore un peu en-dessous du taux francilien en 2018 (12,7% versus 13,2%).

90. Évolution des taux de voies basses instrumentales en FM et IDF (%)

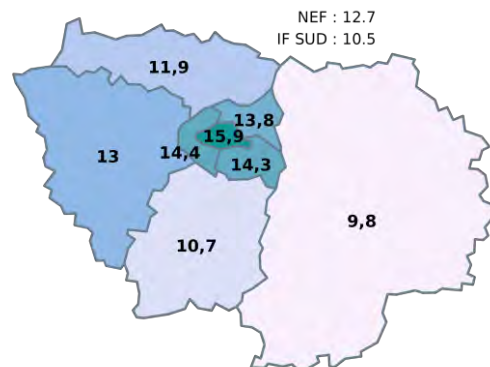


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Les taux de voies basses instrumentales varient de 9,8% dans le 77 à 15,9% dans le 75. Les taux sont plus élevés dans les départements de Paris et petite couronne.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Voie basse spontanée

Fiabilité de l'indicateur : bonne

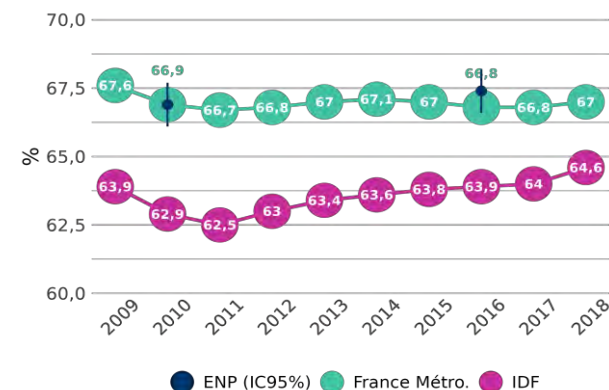
Point méthodologique

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 est stable en France métropolitaine (67,2 - 67,4%) et reste supérieur au taux IDF, qui augmente légèrement (de 62,5% en 2011 à 64,6% en 2018).

92. Évolution des taux de voies basses spontanées en FM et IDF (%)

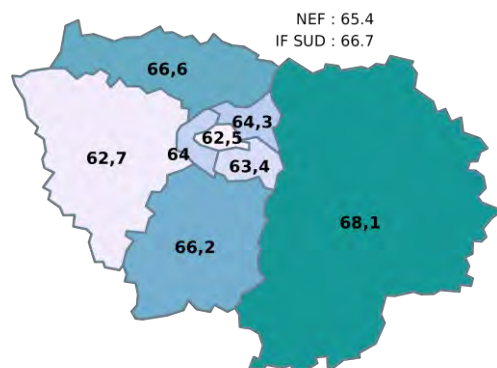


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Le taux de voies basses spontanées varie de 62,7% dans le 78 à 68,1% dans le 77.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

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 parmi les violences obstétricales.

Fiabilité de l'indicateur : moyenne

Point méthodologique

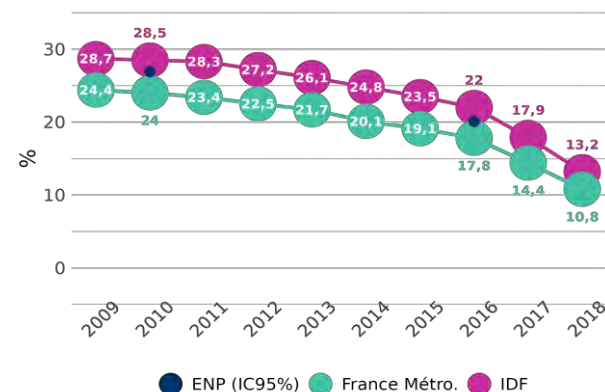
Le taux d'épisiotomie est calculé pour le total des accouchements par voie basse. L'acte d'épisiotomie est sous-codé dans le PMSI selon les comparaisons avec les ENP 2010 et 2016, et encore en 2018, puisque 3 établissements franciliens ne codent pas cet acte « complémentaire » (départements 78, 93 et 94). 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 systématique¹⁵ 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 (une étude est en cours¹⁶).

Évolution

Le taux d'épisiotomie diminue en France métropolitaine comme en IDF selon les ENP 2010 et 2016. Les taux calculés à partir des données du PMSI sont sous-estimés puisque certains établissements ne codent pas cette information. Depuis 2016, ces taux chutent, passant en IDF de 22,0% en 2016 à 13,2% en 2018. Le recours à l'épisiotomie reste plus important en IDF qu'en France métropolitaine (10,8%).

94. Évolution des taux d'épisiotomies pour les accouchements par voie basse en FM et IDF (%)

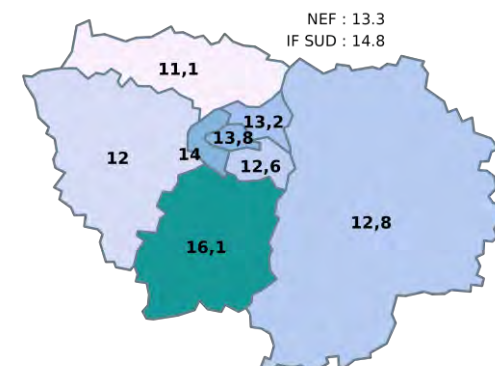


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Les taux d'épisiotomies codées dans le PMSI varient de 11,1% dans le 95 à 16,1% dans le 91. Le taux médian d'épisiotomie est de 13,7% avec 25,2% pour les primipares et 5,8% pour les multipares en 2018 en IDF.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

¹⁵ http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33765964/>

¹⁶ A core outcome set development for a French national prospective study about the effect of mediolateral episiotomy on obstetric anal sphincter injury during operative vaginal delivery (INSTRUMODA), March 2021

Analgésie péridurale 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 métropolitaine (85,4% versus 80,8%).

Fiabilité de l'indicateur : moyenne

Point méthodologique

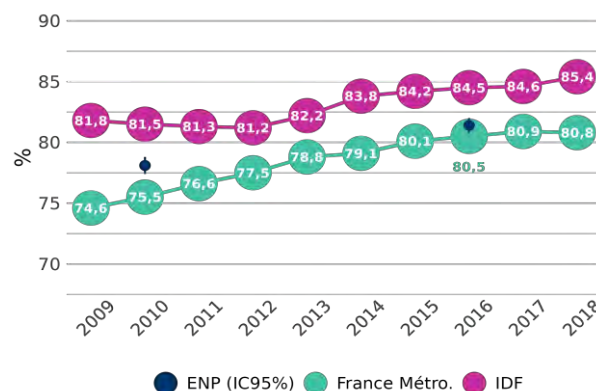
Le taux d'analgésies péridurales est calculé pour les accouchements par voie basse. Pour les années antérieures à 2018, un établissement parisien ne codait pas du tout cette information.

Évolution

En 2018, le recours à la péridurale lors d'un accouchement par voie basse est plus fréquent en IDF (85,4%) qu'en France métropolitaine (80,8%).

Selon le PMSI, les taux de péridurales semblent augmenter en IDF comme en France métropolitaine. 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.

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

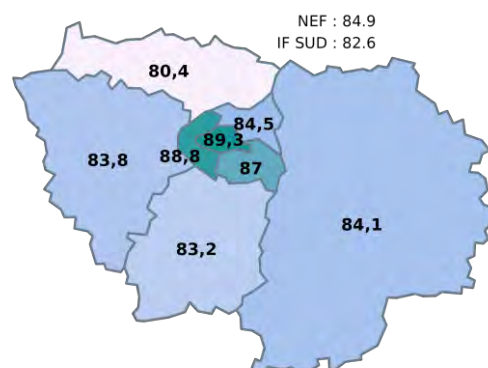


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

Le recours à la péridurale varie de 80,4% dans le 95 à 89,3% dans le 75.

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



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Durée de séjour en suite de couches

A RETENIR - Les durées moyennes de séjour en suite de couche s'accourcent.

Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

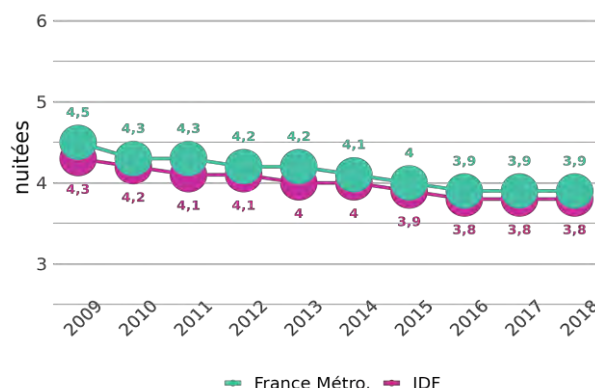
La durée moyenne de séjour (DMS) en suite de couche est la durée entre le jour d'accouchement et le jour de sortie. Elles sont exprimées en nombre de nuitées. Ces durées sont aussi calculées selon le mode d'accouchement : césarienne et voie basse.

Évolution

Les durées de séjour en suite de couche s'accourcent, tant pour les accouchements par voie basse que pour les accouchements par césarienne. Globalement, les DMS ont été réduites de 0,5 nuitées en 10 ans pour l'IDF. Les DMS lors d'une césarienne ont plus diminué que lors d'une voie basse (-14% en IDF sur 10 ans versus -7%). Les durées de séjour sont légèrement plus courtes en IDF qu'en France métropolitaine.

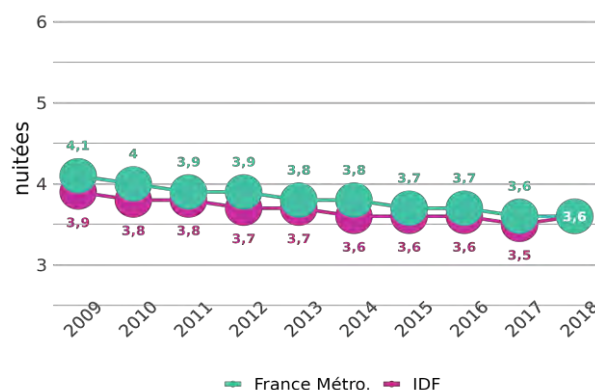
En 2018, la durée moyenne de séjour en suite de couche est de 3,8 nuitées en IDF : 4,8 lors d'une césarienne et 3,6 lors d'une voie basse.

98. Évolution des DMS en suite de couche pour l'ensemble des accouchements en FM et IDF (nuitées)



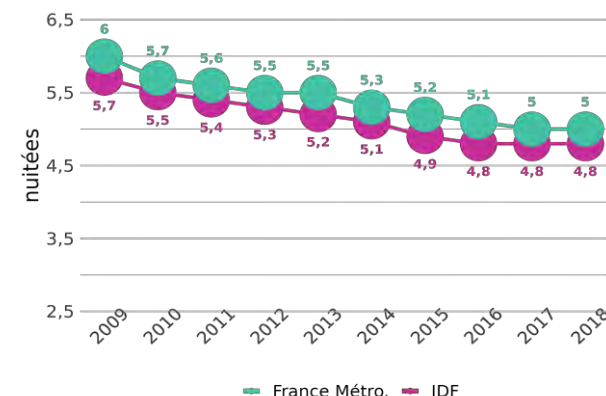
Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

99. Évolution des DMS en suite de couche pour les accouchements par voie basse en FM et IDF (nuitées)



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

100. Évolution des DMS en suite de couche pour les accouchements par césarienne en FM et IDF (nuitées)

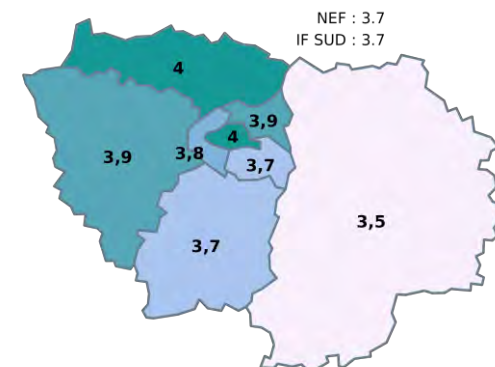


Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

Situation 2018 dans la région

La DMS pour l'ensemble des accouchements varie entre 3,5 nuitées dans le 77 et 4,0 dans le 75 et 95.

101. DMS en suite de couche par département et territoire de réseau (nuitées)



Source : PMSI 2018 - 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-partum¹⁷ (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'hystérectomie totale ou subtotale ou de tamponnement utérin ; - 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 postpartum immédiat ; dans ce

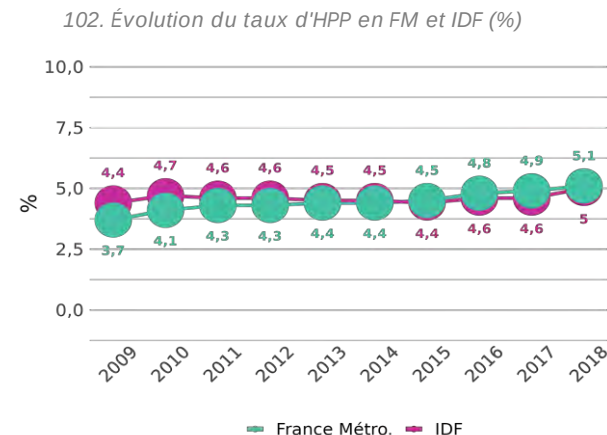
dernier cas elle pourrait être un indicateur de « bonne pratique ».

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 être un meilleur indicateur de la morbidité maternelle.

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 métropolitaine et en IDF de 2009 à 2018

En 2018 le taux d'HPP en IDF est de 5,2% proche du taux moyen de la France métropolitaine qui est de 5%. On observe en IDF depuis 2009 une augmentation de 0,7% du taux d'HPP qui peut s'expliquer en partie par un meilleur codage ou un meilleur repérage des pertes sanguines.



Source : PMSI 2009 à 2018 - données domiciliées

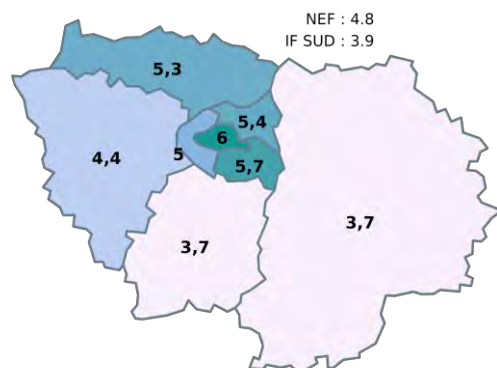
Situation 2018 dans la région

En 2018, la variation du taux d'HPP est nette entre les départements d'IDF allant de 3,7% dans le 77 et le 91 à 6% dans le 75.

¹⁷[https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-](https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles)

[maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles](https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles)

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



Indicateurs concernant les nouveau-nés

Prématurité	46
Poids de naissance	51
Nouveau-nés éligibles au suivi des nouveau-nés vulnérables (SEV)	54
Dépistage précoce de la surdité néonatale permanente	56
Mortinatalité et mortalité infantile	57

Prématurité

A RETENIR - En 2018, le taux de prématurité totale de l'IDF calculé sur l'ensemble des naissances est de 7,7% et de 7% sur les naissances vivantes, Ce taux est légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine et évolue peu depuis 2013.

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 2013 à 2018 en IDF et France métropolitaine

En 2018 le nombre de naissances vivantes prématurées est de 48 807 en France métropolitaine. L'IDF avec 12 228 naissances de moins de 37SA enregistre un quart des naissances prématurées de la France métropolitaine.

Le taux de prématurité en IDF (7%) et en France métropolitaine (FM) (6,8%) est stable depuis 2013 même si on semble observer une légère baisse en 2018. Sa répartition est toujours inégale selon les départements d'IDF. Les départements 77, 93 et 91 ont des taux supérieurs à la moyenne régionale, les taux des autres départements sont soit égaux soit inférieurs à cette moyenne. À noter que la Seine Saint Denis avec 2 160 naissances prématurées en 2018, représente 17,7% des naissances prématurées d'IDF.

107. Évolution des taux de prématurité de 2013 à 2018 par département domicilié, IDF et FM

Dept / Région	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Effectifs 2018
75	6,7	6,7	6,7	6,7	6,6	6,6	1 774
77	7,4	7,6	7,6	7,9	7,1	8,0	1 457
78	7,0	6,8	7,0	6,9	7,3	6,4	1 179
91	7,1	7,5	7,7	7,6	7,7	7,3	1 354
92	6,5	6,6	6,8	6,8	6,8	6,7	1 551
93	7,6	7,3	7,6	7,1	7,4	7,5	2 160
94	7,4	7,2	7,6	7,7	7,2	6,8	1 390
95	7,0	7,3	7,7	7,1	7,3	7,0	1 363
IDF	7,1	7,1	7,3	7,2	7,2	7,0	12 228
FR métro	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	6,8	48 807

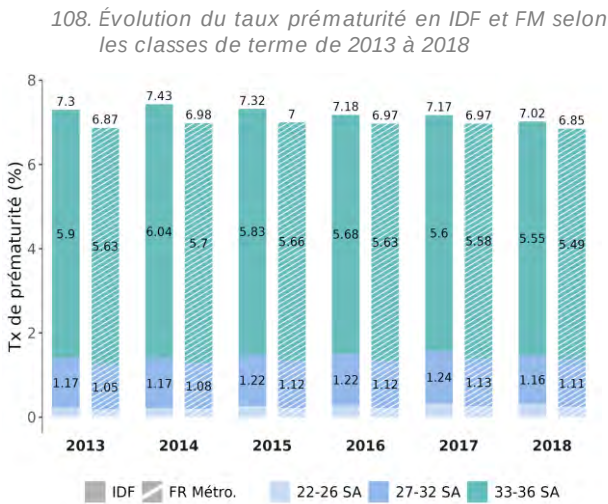
Source : PMSI 2013 à 2018 - naissances vivantes données domiciliées

Évolution du taux prématurité en IDF selon les classes de terme de 2013 à 2018

En IDF, sur cette période, l'analyse selon les classes de terme montre une baisse de la prématurité moyenne et tardive de 5,9 à 5,5%, une stabilité de la grande prématurité de 1,17 à 1,16% et surtout une augmentation de 35% de l'extrême prématurité qui passe de 0,23 à 0,31% des naissances vivantes.

Cette évolution n'est pas tout à fait identique pour la France métropolitaine puisque on observe une augmentation à la fois de la grande prématurité de 1,05 à 1,11%, et de l'extrême prématurité qui augmente de 32% passant de 0,19 à 0,25% des naissances vivantes.

Cette évolution témoigne d'un accroissement de la prise en charge active des prématurés de très faible âge gestationnel.



Situation 2018 en IDF

Dans le tableau ci-dessous, le taux de prématurité global de l'année 2018 est analysé par classes de terme et par département d'IDF.

En IDF le taux de prématurés de moins de 33 SA (1,47%) est supérieur à celui de la France métropolitaine (1,36%). 5 départements ont des taux supérieurs à la moyenne d'IDF : 93 (1,81%), 77 (1,59%), 91 (1,54%), 94 (1,52%) et 95 (1,49%). Le 78 a le taux de prématurité de moins de 33 SA le moins élevé (1,17%) suivi de Paris (1,25%), et du 92 (1,37%).

À noter que la Seine Saint Denis enregistre deux fois plus de naissances extrêmes prématurées (0,42%) que Paris (0,20 %).

109. Classe de terme en %, année 2018

Dept / Région	22-26 SA	27-32 SA	33-36 SA	plus de 37 SA	Effectifs de SA inconnus	Effectifs naissances 2018
75	0,20	1,05	5,32	93,44	0	27 044
77	0,30	1,29	6,39	92,02	0	18 258
78	0,27	0,90	5,24	93,60	0	18 414
91	0,32	1,22	5,75	92,71	0	18 573
92	0,27	1,10	5,31	93,31	1	23 202
93	0,42	1,39	5,70	92,50	0	28 790
94	0,35	1,17	5,26	93,23	0	20 528
95	0,37	1,12	5,54	92,97	0	19 386
IDF	0,31	1,16	5,55	92,98	1	174 195
FR métro	0,25	1,11	5,49	93,15	15	712 798

Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

Prise en charge en néonatalogie

Les unités de néonatalogie sont classées en niveaux de soins correspondant à 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 soins le plus élevé retrouvé dans le RSA du patient.

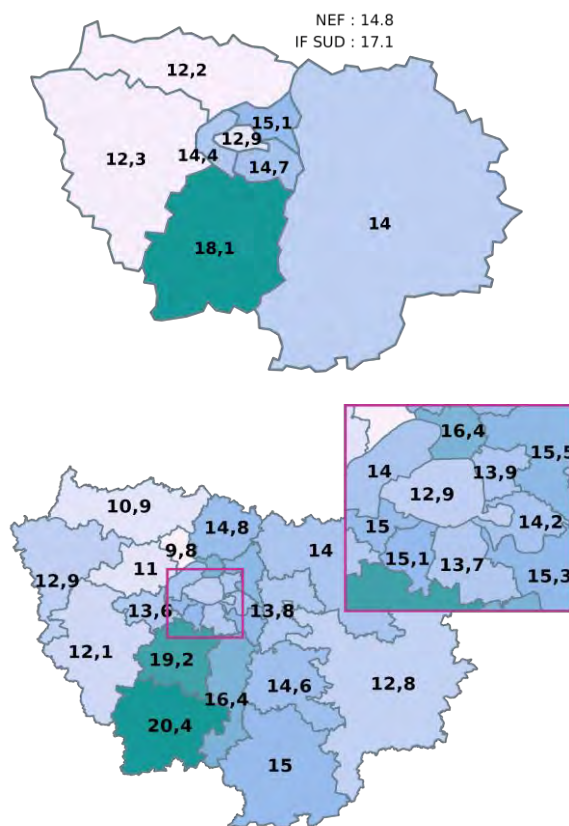
Les unités de néonatalogie prennent en charge aussi bien les nouveau-nés nés dans la maternité de l'établissement que des nouveau-nés « outborn » admis par transfert d'un autre établissement.

En 2018 en IDF sur 174 195 naissances vivantes 24 787 (soit 14,2 %) ont été hospitalisées dont 22 608 en post natal immédiat de la maternité et 2179, par transfert d'un autre établissement en post natal immédiat (0 ou 1 j).

Le taux global de prise en charge en néonatalogie varie de 12,2% pour les enfants domiciliés dans 95 à 18,1% pour le 91. L'analyse par arrondissements

permet de distinguer plus finement les écarts entre les différentes zones géographiques.

110. Taux de prise en charge en néonatalogie par département et par arrondissement INSEE en 2018 (%)



Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

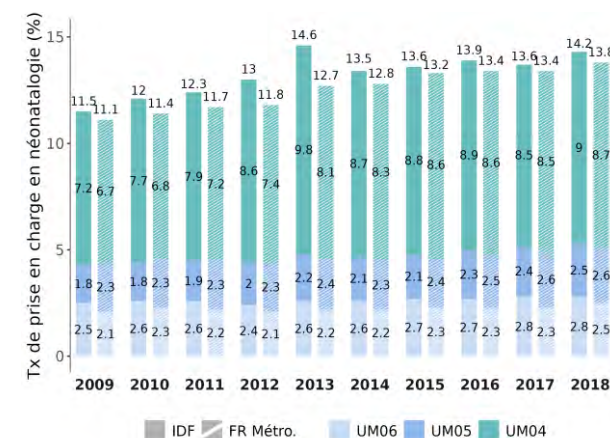
Évolution 2009-2018 du taux de prises en charge en néonatalogie en France métropolitaine et IDF

De 2009 à 2018 on observe de façon générale une augmentation des prises en charge en néonatalogie de 11,5% à 14,2% en IDF et de 11,1% à 13,8% en France métropolitaine. Ce sont les prises en charge en néonatalogie et unités Kangourous

(UM04) qui ont le plus augmenté (+1,8%) puis en soins intensifs de néonatalogie (UM05) (+0,7%), les prises en charge en réanimation néonatale (UM06) ne progressant que de 0,3%.

Cette évolution est marquée par un plateau depuis 2015.

111. Évolution 2009-2018 du taux de prises en charge en néonatalogie en IDF et FM



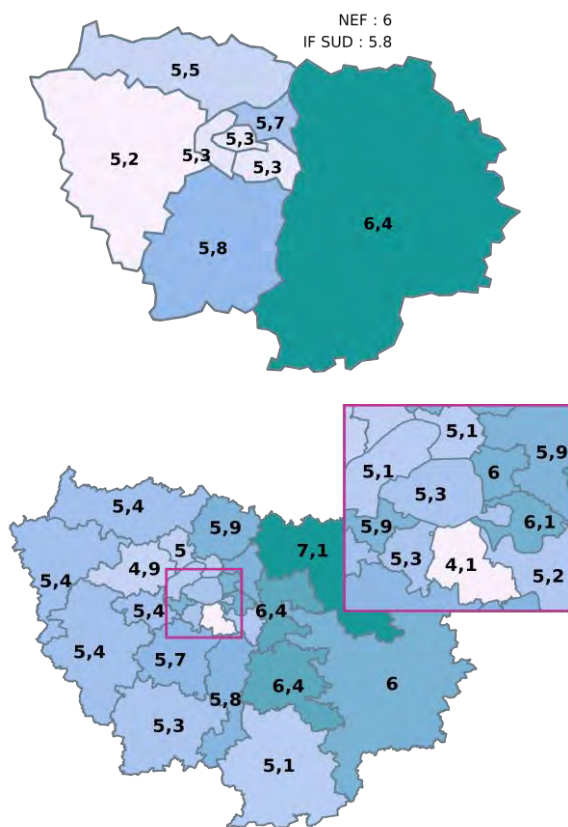
Source : PMSI 2009 à 2018 - naissances vivantes données domiciliées

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

La Seine et Marne a le taux de prématurité moyenne et tardive le plus élevé de l'IDF (6,4%) en particulier dans 3 de ses arrondissements : Meaux (771 ; 7,1%), Melun (775 ; 6,4%), et Torcy, (772 ; 6,4%), seul l'arrondissement de Fontainebleau (774 ; 5,1%) a un taux inférieur à la moyenne de l'IDF qui est de 5,5%.

Les autres arrondissements où le taux de prématurité moyenne et tardive est le plus élevé sont : Nogent sur Marne (942 ; 6,1%), Provins (773 ; 6 %), Bobigny (931 ; 6%), Sarcelles (952 ; 6%).

112. Taux de naissances vivantes entre 33 et 36 SA par département et par arrondissement INSEE, année 2018 (%)



Source : PMSI 2018 - 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 métropolitaine, les naissances en type I étant près de deux fois moins fréquentes (6,2 % versus 11,4 %) alors que les naissances en type 3 sont plus élevées (45,9% versus 37,5%), 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% dans le 77 versus 9,2 % 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 alors que le 94 compte 1 établissement de type 2B enregistrant 17% des naissances.

L'analyse par terme de naissance montre que les types I et IIa prennent en charge essentiellement des enfants d'âge gestationnel supérieurs à 34 SA.

113. Lieu de naissance par type de maternité des 33-36 SA nés vivants année 2018 (%)

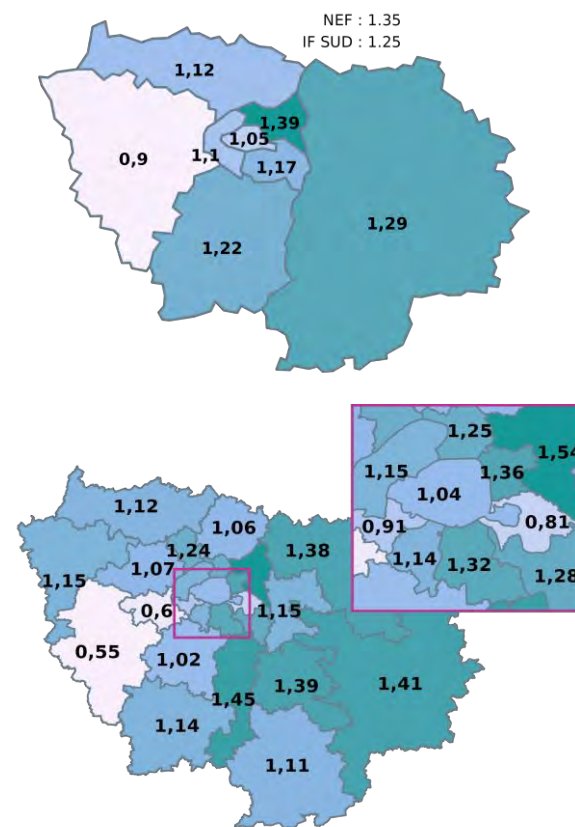
Dept / Région	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3	total
75	9,7	22,4	13,8	54,1	1 438
77	4,6	14,2	45,2	36,0	1 167
78	7,6	21,7	32,3	38,4	965
91	7,1	22,0	24,7	46,2	1 068
92	7,1	23,9	24,4	44,6	1 233
93	4,6	13,5	35,7	46,1	1 640
94	6,0	30,1	9,2	54,7	1 079
95	2,8	22,0	31,1	44,1	1 074
IDF	6,2	20,8	27,1	45,9	9 664
FR métro	11,4	25,1	26,0	37,5	39 138

Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

Grande prématurité : Prise en charge des 27-32 SA

La grande prématurité est prédominante dans les départements et arrondissements du nord et l'est de l'IDF aussi bien en petite couronne (932 : 1,54%) qu'en grande couronne (912 : 1,45%).

114. Taux de naissances vivantes entre 27 et 32 SA par département et par arrondissement INSEE (%), année 2018



Source : PMSI 2018 - données domiciliées

Lieu de naissance des prématurés de 27 à 32 SA

Près de 79% des nouveau-nés d'âge gestationnel de 27 à 32 SA sont nés dans un établissement de type 3 et 15,4 % dans un 2B. Le département de Seine et Marne présente toujours la particularité d'avoir un taux de naissance en type 3 inférieur à 70% pour les grands prématurés qui sont pris en charge à près de 28% en type 2B.

Dept / Région	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3	total
75	1,8	7,4	10,2	80,6	283
77	0,9	1,7	27,7	69,8	235
78	0,6	1,2	15,8	82,4	165
91	0,0	4,8	11,5	83,7	227
92	2,3	3,9	14,1	79,7	256
93	1,2	4,2	18,5	76,0	400
94	2,1	6,2	8,3	83,3	240
95	0,9	5,1	16,1	77,9	217
IDF	1,3	4,5	15,4	78,8	2 023
FR métro	2,8	5,9	15,2	76,1	7 909

Extrême prématurité : Prise en charge des 22-26 SA

Le taux de naissances vivantes extrêmes prématurées de moins de 24 sa est le plus élevé à Paris (22%) et dans le val de Marne (21%) et le plus bas dans le 91(11,1%) et le 78 (12,8%).

Sur cette période en IDF on dénombre 103 naissances vivantes de 22 sa et 175 de 23 sa. À partir de 24 sa les effectifs doublent : 24 sa 340, 25 sa 459, 26 sa 542.

Dept / Région	22 SA	23 SA	24 SA	25 SA	26 SA	Effectifs
75	5,6	16,3	20,4	27,6	30,1	196
77	5,1	12,6	24,0	22,9	35,4	175
78	5,4	7,4	25,7	32,4	29,1	148
91	3,5	7,6	29,4	28,8	30,6	170
92	8,0	7,4	24,5	31,3	28,8	163
93	6,4	9,0	18,3	30,4	35,9	345
94	9,0	10,8	16,6	26,9	36,8	223
95	7,1	14,1	15,2	26,8	36,9	198
IDF	6,4	10,6	21,0	28,4	33,5	1 617
FR métro	5,9	9,6	19,0	29,0	36,5	5 249

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 zones où le taux de naissances extrêmes prématurées est le plus élevé : 933 (0,47%), 951(0,45%) 941(0,43%).

NEF : 0,37
IF SUD : 0,31

0,34

0,27

0,23

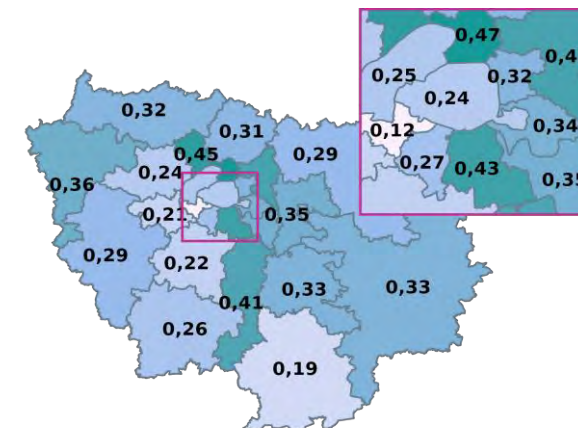
0,4

0,24

0,36

0,31

0,31



Lieu de naissances des extrêmes prématurés

En 2018, les établissements de type 3 ont enregistré 479 naissances d'extrêmes prématurés (87%), dont 103 pour l'hôpital Cochin - Port Royal.

Dept / Région	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3	Effectifs
75	1,5	7,1	8,2	83,2	196
77	1,1	4,0	15,4	79,4	175
78	2,0	6,8	4,1	87,2	148
91	2,9	2,4	8,8	85,9	170
92	2,5	1,2	3,1	93,3	163
93	1,2	3,2	10,1	85,5	345
94	0,0	8,1	2,7	89,2	223
95	1,0	4,5	11,1	83,3	198
IDF	1,4	4,6	8,2	85,8	1 617
FR métro	3,0	5,6	7,4	83,9	5 249

49

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 métropolitaine 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 80%, survie qui passe à 96% pour le terme de 26 SA.

La survie des termes plus précoces reste exceptionnelle.

119. Taux de nouveau-nés survivants à J0 et J1 par âge gestationnel sur 3 années glissantes cumulées en IDF, pour les années 2016-2017-2018 (en %)

AG	Effectif	Survie à J0 (%)	Survie à J1 (%)
22 SA	103	14,6	2,9
23 SA	172	25,6	14,0
24 SA	340	83,5	80,0
25 SA	460	94,3	92,2
26 SA	542	97,2	96,1
IDF	1 617	80,6	76,8

Source : PMSI 2016-2017-2018 - 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 2018

Le tableau ci-dessous présente la distribution des poids de naissance par classes pour l'année 2018. 93% des naissances ont un poids supérieur ou égal à 2 500g. 7% des nouveau-nés ont un poids inférieur à 2 500g dont 1% de moins de 1 500g.

120. Classes de poids de naissance pour les naissances vivantes par départements, année 2018

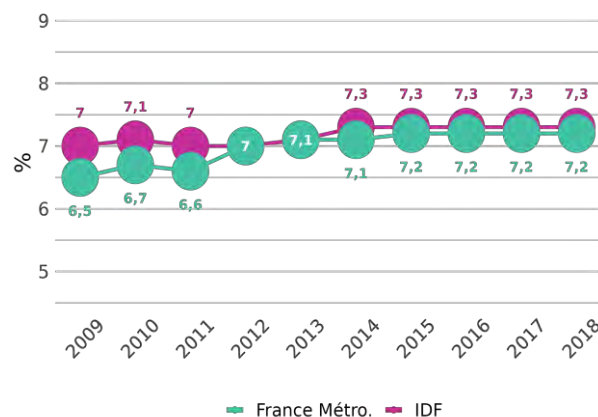
Dept / Région	400-999 g	1000-1499 g	1500-1999 g	2000-2499 g	2500-3999 g	> 3999 g	total
75	0,3	0,7	1,3	4,7	87,0	6,1	27 043
77	0,4	0,8	1,6	5,2	85,2	6,8	18 258
78	0,4	0,6	1,3	4,7	86,4	6,5	18 412
91	0,5	0,7	1,3	4,8	85,7	7,0	18 571
92	0,4	0,7	1,3	4,2	86,6	6,9	23 202
93	0,6	0,8	1,5	4,9	85,1	7,1	28 790
94	0,5	0,6	1,4	4,8	86,4	6,3	20 527
95	0,5	0,7	1,4	4,7	85,8	6,9	19 386
IDF	0,5	0,7	1,4	4,7	86,0	6,7	174 189
FR	0,4	0,6	1,4	4,8	86,1	6,7	712 779

Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

Faible poids de naissance

Depuis 2015 on observe peu de variation du taux de naissances vivantes de faible poids (<2 500g) qui est de 7,2% en France métropolitaine, de 7,3% en IDF et de 7,5% [7,0 – 7,9] pour l'ENP 2016.

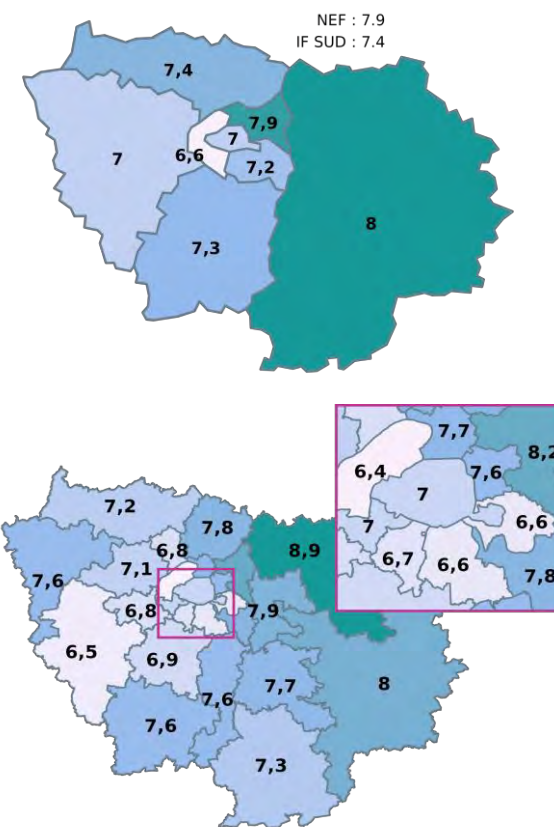
121. Évolution du taux de nouveau-nés de faible poids de naissance (<2 500g) naissances vivantes de 2009 à 2018 (%)



Source : PMSI 2009 à 2018 - naissances vivantes données domiciliées

Selon le département de résidence, le taux de faible poids de naissance varie de façon significative entre 6,6% dans le 92 à 7,9% dans le 93 et 8% dans le 77. Les différences infra départementales sont illustrées dans le graphique par arrondissements.

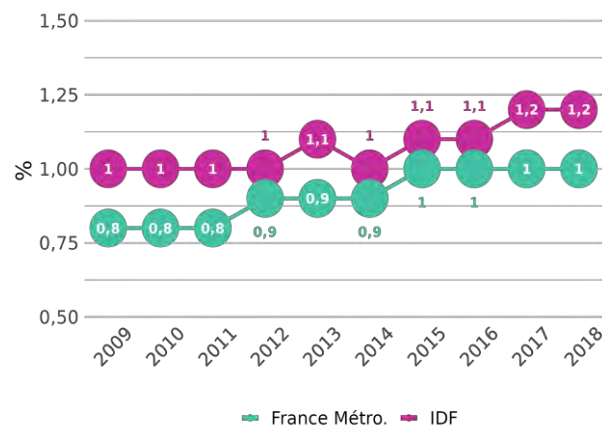
122. Taux de nouveau-nés de faible poids de naissance (<2 500g) par département et par arrondissement INSEE (%)



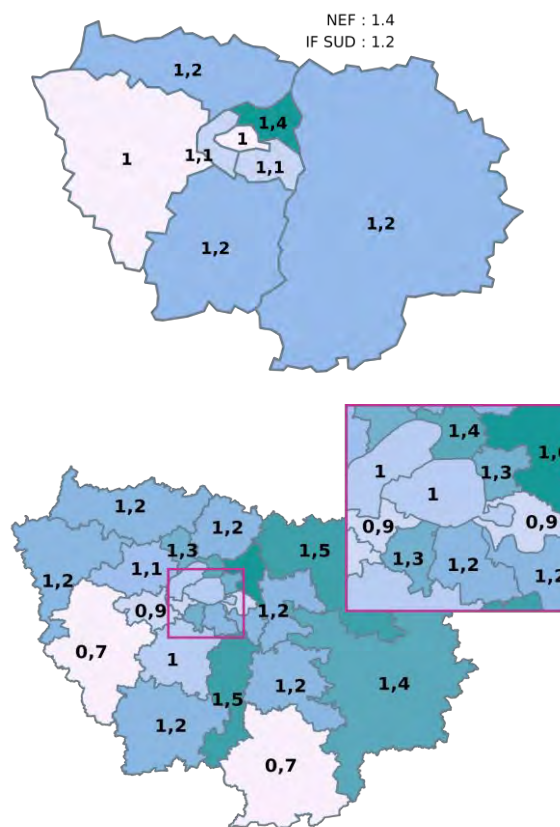
Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

Comme en 2017, en France métropolitaine en 2018, le taux de naissances vivantes de très faible poids (<1 500g) est de 1,0%, il est de 1,2% dans la région IDF et de 1,1% pour l'ENP 2016.

123. Évolution 2009-2018 du taux de nouveau-nés de très faible poids (<1 500g) parmi les naissances vivantes

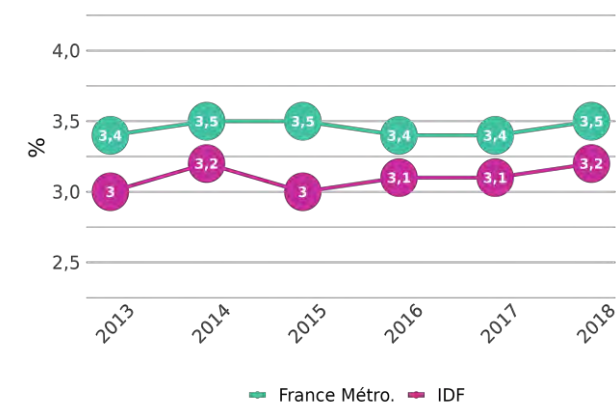


124. Taux de nouveau-nés de très faible poids (<1 500g) vivantes par département et par arrondissement INSEE (%)



d'AUDIPOG. En 2018, ce taux est de de 3,5% en France métropolitaine pour 3,2% en IDF. Son évolution est en légère augmentation depuis 2013.

125. Évolution 2013-2018 du taux de PAG parmi les naissances vivantes selon les courbes AUDIPOG (%)



Source : PMSI 2009 à 2018 - naissances vivantes données domiciliées

Selon le département de résidence, le taux de très faible poids de naissance varie de façon significative entre 1,0% dans le 75 et le 92 à 1,4% dans le 93. Les différences infra départementales sont illustrées dans le graphique par arrondissements où le taux de très faible poids de naissance est le plus élevé dans le 933 Le Raincy (1,6%).

Source : PMSI 2013 à 2018 - naissances vivantes données domiciliées

En 2018 selon le département de résidence, le taux varie entre 2,83% dans le 92 à 3,40% dans le 77. L'arrondissement où ce taux est le plus bas est le 942 (Nogent sur Marne) à 2,61% et le plus élevé 773 (Provins) à 4,28%.

Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

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

Le petit poids de naissance pour l'âge gestationnel (PAG) est défini comme tout fœtus ou nouveau-né dont le poids de naissance est 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

NEF : 3,34
IF SUD : 3,19

Top map (Paris region) values: 3,31, 3,39, 2,83, 3,19, 3,35, 2,96, 3,05, 3,4.

Bottom map (Île-de-France region) values: 3,4, 3,2, 3,5, 3,1, 2,7, 3,5, 2,6, 3,2, 2,9, 3,1, 2,7, 3,2, 3,7, 3,2, 3, 3,2, 4,3, 4,2.

Poids très élevé pour l'âge gestationnel

En 2018, ce taux est de 2,3 % en France métropolitaine pour 2,4 % en IDF. Ce taux diminue depuis 2013 en France métropolitaine et de façon plus importante en IDF.

Year	France Métro (%)	IDF (%)
2013	2,6	2,7
2014	2,5	2,7
2015	2,4	2,6
2016	2,5	2,6
2017	2,5	2,6
2018	2,3	2,4

En 2018 selon le département de résidence, le taux varie entre 2,0% dans le 75 à 2,7 % dans le 93 et le 91. Le poids élevé pour l'âge gestationnel est plus souvent retrouvé dans les départements du nord et de l'est de la région ainsi que dans le 91.

NEF : 2.6
IF SUD : 2.8

2.6, 2.7, 2.2, 2.2, 2.0, 2.2, 2.7, 2.6

2.6, 2.5, 2.4, 2.5, 2.1, 2.1, 2.7, 2.9, 2.9, 2.1, 2.5, 2.2, 2.2, 2.5, 2.6, 2.3, 2.1, 2.0

53

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 3ème percentile de la courbe Audipog ou inférieur à 1 500 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 2018 on dénombre par le PMSI, 2 951 nouveau-nés éligibles au suivi des enfants vulnérables en IDF, et 11 022 en France métropolitaine soit respectivement 16,9 % et 15,5% des naissances vivantes. Le rapport entre les 2 groupes de suivi est globalement de près de 80% pour le groupe prématuré et un peu plus de 20% pour les RCIU.

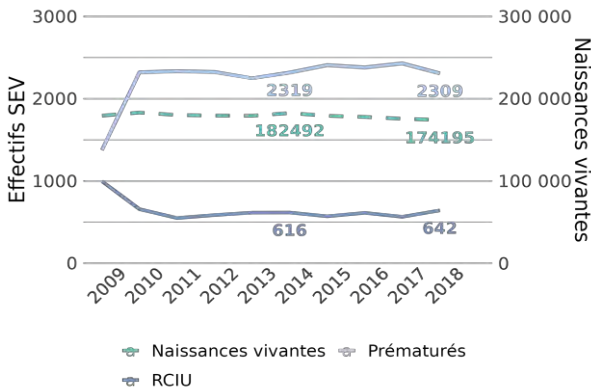
129. Effectif et distribution de nouveau-nés éligibles SEV en IDF et France métropolitaine, année 2018 (%)

Dept / Région	SEV prématurés	SEV RCIU	Total SEV
75	75,8	24,2	405
77	82,4	17,6	324
78	71,9	28,1	267
91	82,4	17,6	318
92	78,6	21,4	369
93	80,1	19,9	574
94	79,3	20,7	352
95	73,7	26,3	342
IDF	78,2	21,8	2 951
FR	79,0	21,0	11 022

Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

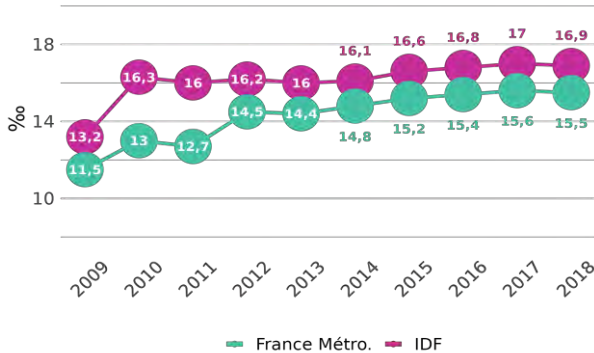
L'évolution des taux de nouveau-nés éligibles SEV montre une légère augmentation de ces taux depuis 2010 probablement en raison de la survie et de la prise en charge des nouveau-nés extrêmes prématurés. Ceci est particulièrement vrai en IDF où l'on observe une baisse de la natalité de 5% depuis 2010, alors que le nombre d'enfants éligibles SEV ne diminue que de 0,9% (- 0,6% pour la prématurité et - 2,3% pour les RCIU).

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



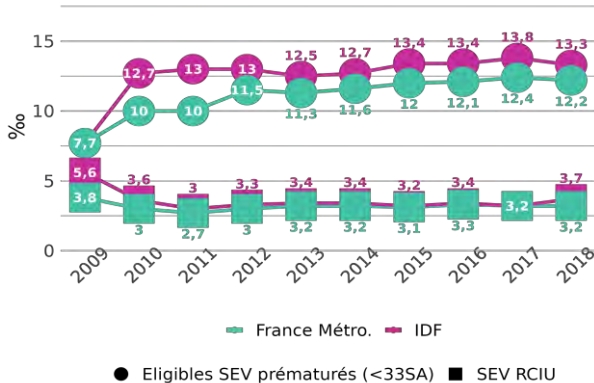
Source : PMSI 2009 à 2018 - naissances vivantes données domiciliées

131. Évolution du taux de nouveau-nés éligibles SEV en FM et IDF (% naissances vivantes)



Source : PMSI 2009 à 2018 - naissances vivantes données domiciliées

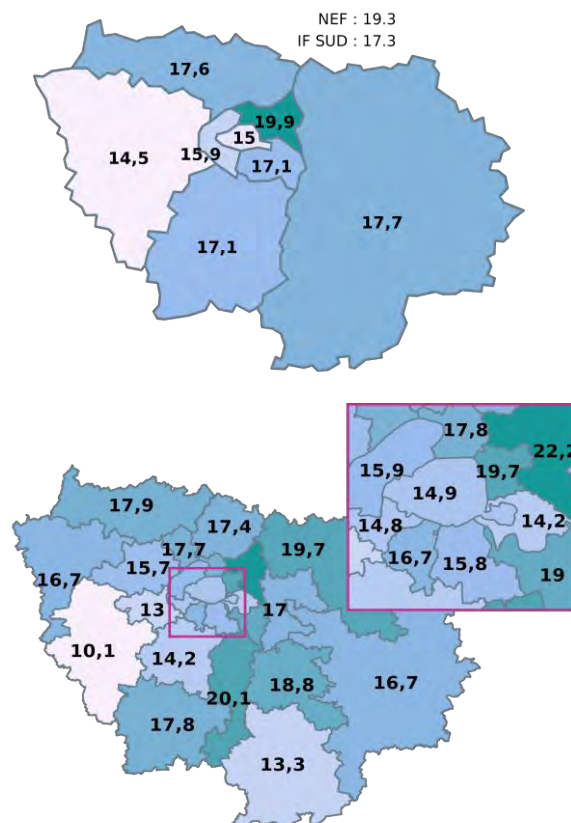
132. Évolution du taux de nouveau-nés éligibles SEV grands prématurés (<33SA) et RCIU en FM et IDF (% naissances vivantes)



Source : PMSI 2009 à 2018 - 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 (19,9%) et en particulier dans le 932 (22,2 %).

133. Taux de nouveau-nés éligibles SEV par département et par arrondissement INSEE (‰)

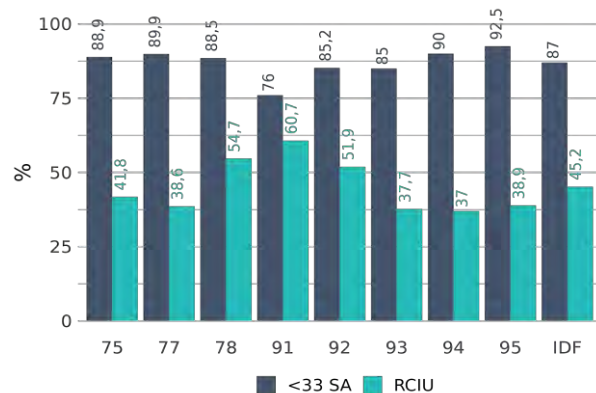


Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

Les taux d'inclusion dans le programme HYGIE SEV sont calculés sur le nombre d'enfants inclus dans SEV en 2018 par rapport au nombre d'enfants éligibles en 2018 selon les données du PMSI, et sont produits par département de domicile.

87,0 % des grands prématurés domiciliés en IDF en 2018 ont été inclus dans le programme de suivi, avec des variations allant de 76 % dans le 91 à 92,5 % dans le 95. Le taux d'inclusion des RCIU est beaucoup plus faible en IDF : 45,2% même s'il a augmenté depuis 2017, avec des variations allant de 37 % dans le 94 à 60,7 % dans le 91.

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



Source : PMSI 2018 et HYGIE SEV 2018 - 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 sur la base du recueil de données issues des cartons de Guthrie effectué par les opérateurs de coordination du dépistage.

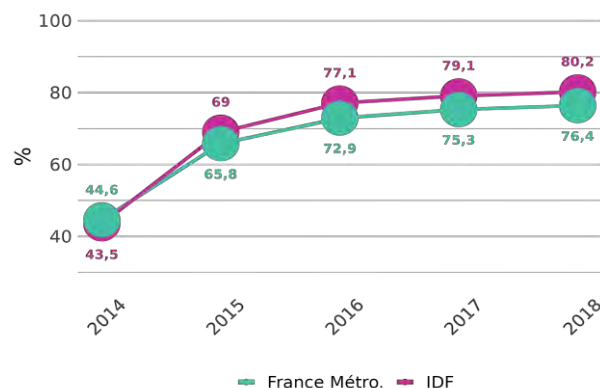
L'objectif fixé par le ministère de la Santé était d'atteindre 90% d'exhaustivité du dépistage à la fin des deux premières années de fonctionnement. Cette étude montre que pour les années 2015 et 2016 les objectifs ont été atteints puisqu'en France entière le taux d'exhaustivité du dépistage était de 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 métropolitaine et en Île-de-France. Cette analyse montre une montée en charge régulière du dépistage depuis 2014 mais qui n'atteint pas les résultats de l'évaluation publiée par

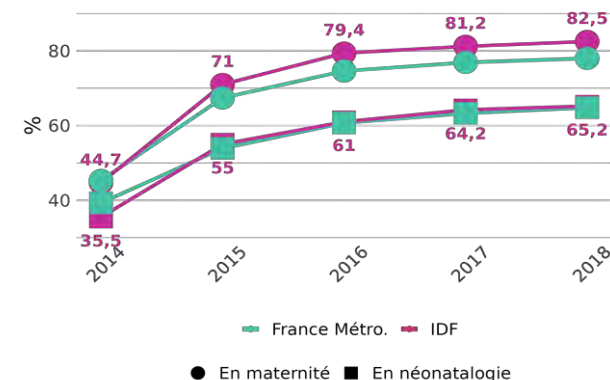
SPF pour les années 2015 et 2016 comme l'indiquait déjà le travail piloté par Annie Serfaty dont les recommandations ont été publiées en 2019¹⁸. Cette différence témoigne à la fois d'un défaut de réalisation des tests en maternité ou en néonatalogie, ceux-ci étant réalisés en ville après la sortie, mais aussi d'un défaut d'exhaustivité du codage du dépistage de la surdité dans le PMSI, qui est beaucoup plus faible pour les nouveau-nés hospitalisés (65,2 %) que pour ceux restés en maternité (82,5 %). En 2018, sur les 82 maternités d'IDF, 9 n'ont pas renseigné le code Z13.51 et 4 avaient un taux d'exhaustivité inférieur à 50% des séjours.

135. Évolution du codage du dépistage de la surdité en FM et IDF naissances vivantes données domiciliées (%)



Source : PMSI 2014 à 2018 - naissances vivantes données domiciliées

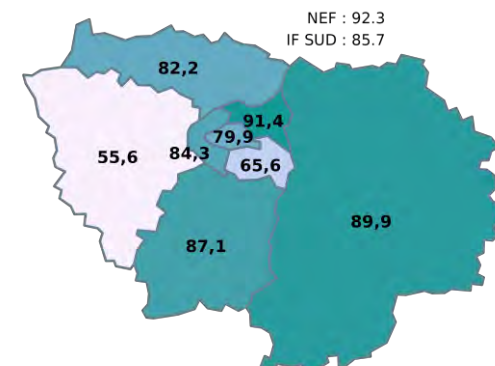
136. Évolution du codage du taux de dépistage de la surdité en maternité et en néonatalogie en FM et IDF (%)



Source : PMSI 2014 à 2018 - 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.

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



Source : PMSI 2018 - naissances vivantes données domiciliées

¹⁸ Surdité néonatale : mesure exploratoire par le PMSI de la couverture du dépistage en Île-de-France

Baptiste Pluvimage, Laurence Desplanques, Gaëlle Quily, Marc Hallak, Annie Serfaty

Santé Publique 2019/3 (Vol. 31), pages 427 à 432

Mortinatalité et mortalité infantile

Définitions

Le taux de

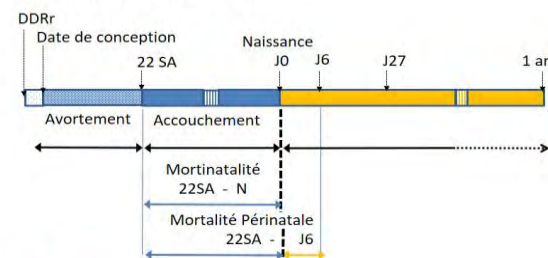
- **mortinatalité** est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie à l'ensemble des naissances vivantes et mort-nées.
- **mortalité périnatale** est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie et des décès de 0 à 6 jours à l'ensemble des naissances vivantes et mort-nées.
- **mortalité infantile** est 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 1 000 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.

Mortinatalité

Mortinatalité - Mortalité Périnatale



Taux : dénominateur = naissances totales
= nés vivants + mort-nés

J. Fresson C.Menguy
FFRSP

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). 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 métropolitaine et d'IDF et sur 3 années cumulées pour les données par département, arrondissement, et type de grossesse de façon à avoir des effectifs suffisants.

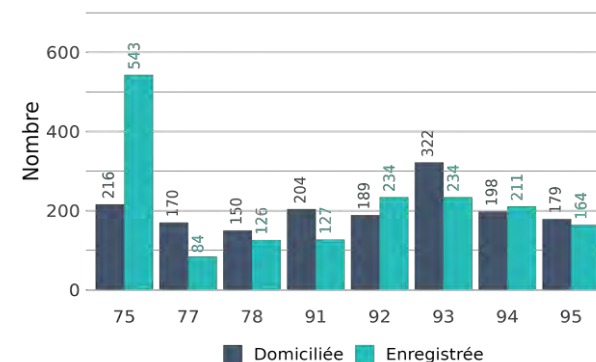
Dans le PMSI, il est possible de dénombrer les morts nés de deux façons, à partir des séjours des nouveau-nés ou à partir des séjours de mères. En raison d'un défaut d'exhaustivité des séjours des nouveau-nés mort-nés (97%) le nombre de naissances mort-nées est estimé à partir du séjour des mères et peut être calculé pour les naissances domiciliées et enregistrées.

Le taux de mortinatalité est exprimé pour 1 000 naissances totales.

Situation 2018

En 2018, 1 723 mort-nés ont été enregistrés en Île-de-France (6 239 en France métropolitaine) dont 1 628 domiciliés (6 185 pour la France métropolitaine) soit 26% des naissances mort-nées. La répartition du nombre de mort-nés domiciliés par département d'IDF est significativement plus élevée en Seine Saint Denis (322, 20%) et deux fois plus faible dans le 78 (150, 9%). C'est à Paris que l'on retrouve le nombre le plus élevé d'enregistrements de naissances mort-nées 543 soit 32% des mort-nés enregistrés en IDF. Les naissances mort-nées par IMG représentent 37% de ces enregistrements en 2018.

138. Nombre de mort-nés par lieu de domicile et par lieu de naissance en 2018



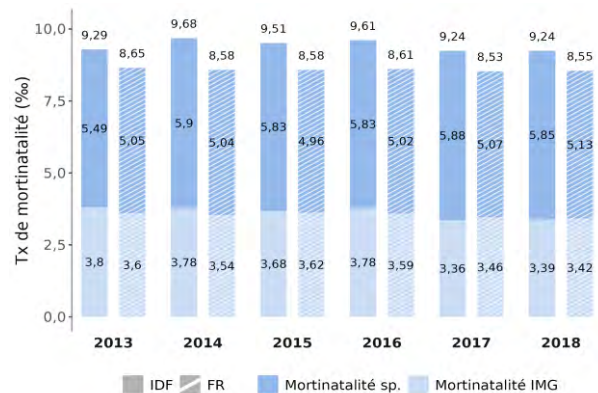
Source : PMSI 2018 - données domiciliées mortinatalité estimée sur les séjours des mères

Évolution du taux de mortinatalité en France métropolitaine et en IDF de 2013 à 2018

En IDF comme en France métropolitaine on observe une stabilité des taux de mortinatalité depuis 2013, le taux de l'IDF restant toujours plus élevé en 2018 (9,24%) qu'en France métropolitaine (8,55%).

Le taux de mort-nés issus d'une IMG 3,39% en IDF est presque identique à celui de la France métropolitaine. 3,42%. Par contre la mortinatalité spontanée est plus élevée en IDF (5,85%) qu'en France métropolitaine (5,13%).

139. Évolution 2013-2018 de la mortalité spontanée et après IMG en Île-de-France et en FM

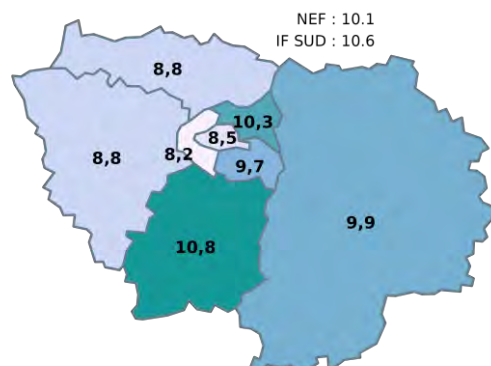


Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées, mortalité estimée sur les séjours des mères

Situation 2016-2017-2018 dans la région

Selon le lieu de domicile, le taux de mortalité globale est significativement inférieur au taux de l'IDF pour le 92 (8,2%) et pour Paris (8,5%). À l'inverse, les départements où la mortalité est significativement supérieure au reste de l'IDF sont le 91 (10,8%) et le 93 (10,3%).

140. Taux de mortalité totale par département présenté sur 3 années cumulées (‰)

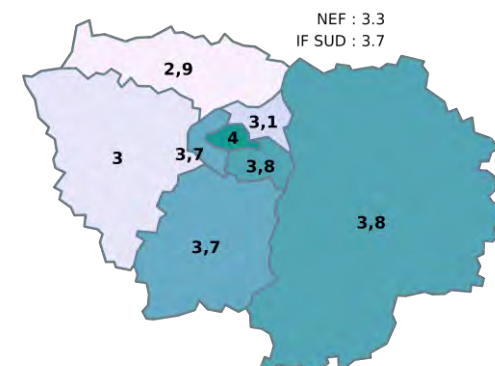


Source : PMSI 2016-2017-2018 - données domiciliées, mortalité estimée sur les séjours des mères

La distinction entre de la mortalité spontanée ou secondaire à une IMG est illustrée par département de domicile.

Le taux de mortalité suite à une IMG est de 3,4 ‰ en IDF avec un maximum à 4 ‰ pour Paris et un minimum à 2,9 ‰ pour le 95

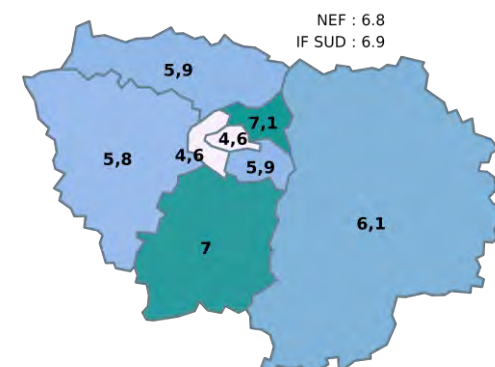
141. Taux de mortalité après IMG par département présenté sur 3 années cumulées (‰)



Source : PMSI 2016-2017-2018 - données domiciliées, mortalité estimée sur les séjours des mères

Les taux de mortalité spontanée sont les plus élevés dans le 93 et le 91 là où le taux de mortalité totale est le plus fort, alors que 3 départements (78, 92, 75) ont des taux inférieurs à la moyenne de l'IDF (5,9 ‰).

142. Taux de mortalité spontanée par département présenté sur 3 années cumulées (‰)



Source : PMSI 2016-2017-2018 - données domiciliées, mortalité estimée sur les séjours des mères

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 mortinatalité totale, spontanée ou suite à une IMG.

143. Taux de mortinatalité par arrondissement INSEE présenté sur 3 années cumulées 2016-2017-2018

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

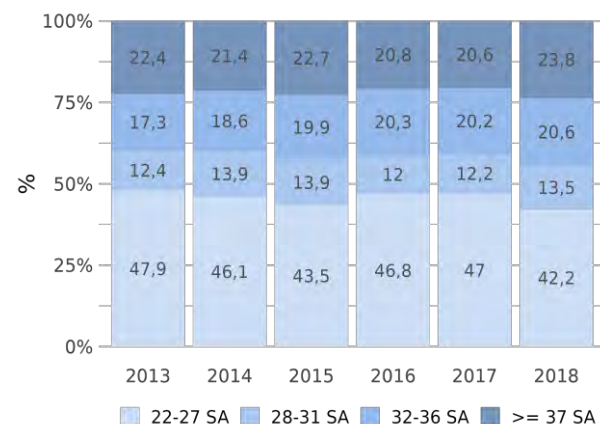
Source : PMSI 2016-2017-2018 - données domiciliées, mortinatalité estimée sur les séjours des mères

Distribution par âge gestationnel

De façon globale en 2018, 85% des mort-nés sont nés prématurés et un peu plus de 50% sont nés avant 28 SA. En ce qui concerne la mortinatalité spontanée ces taux sont respectivement de 76 % de mort-nés prématurés et un peu plus de 42% nés

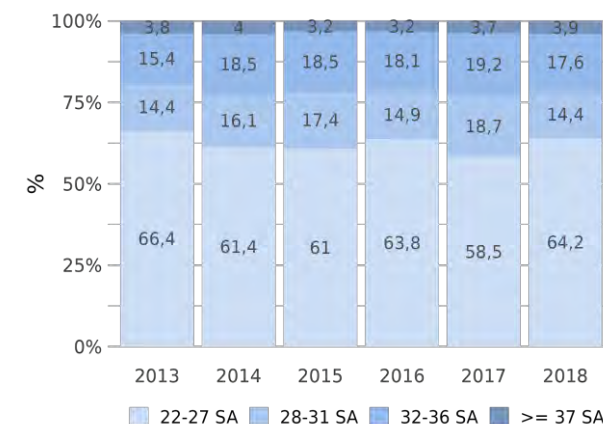
avant 28 SA. Pour la mortinatalité suite à une IMG, 96% sont nés avant 37 Sa et 64% avant 28 SA.

144. Évolution 2013-2018 de la mortinatalité spontanée en IDF par classe de terme



Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées, mortinatalité estimée sur les séjours des mères

145. Évolution 2013-2018 de la mortinatalité par IMG en IDF par classe de terme



Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées, mortinatalité estimée sur les séjours des mères

IMG et taux de mortinatalité

Dans le cadre de l'analyse de la mortinatalité il est important de considérer l'évolution de l'ensemble des interruptions médicales de grossesse. En effet, le taux de mortinatalité sera impacté 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 2016 2017 et 2018.

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 61,7% en 2018.

Cette évolution est particulièrement marquée à Paris où le taux d'IMG précoce évolue de 61,4% à 70,3% et dans le 78 où ce taux est de 63,1% en 2016 et 72,9% en 2018.

Par contre certains départements n'ont pas cette évolution aussi marquée (77, 93, 91), une des raisons probables étant l'offre de soins moins riche en diagnostic antenatal.

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

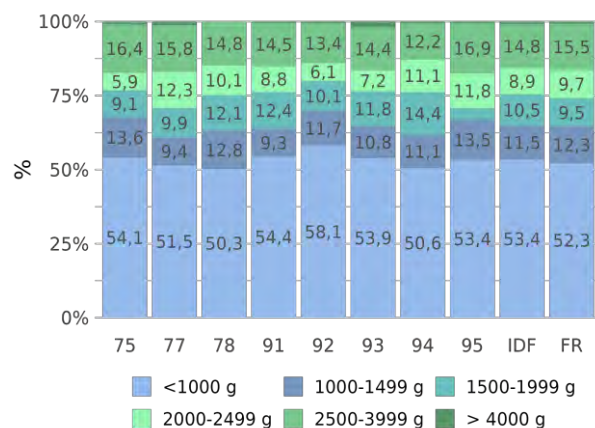
	2016		2017		2018	
	IMG avant 22 SA	IMG après 22 SA (mort-nés issus IMG)	IMG avant 22 SA	IMG après 22 SA (mort-nés issus IMG)	IMG avant 22 SA	IMG après 22 SA (mort-nés issus IMG)
75	61,4	38,6	61,5	38,5	70,3	29,7
77	53,7	46,3	53,2	46,8	57,7	42,3
78	63,1	36,9	64,2	35,8	72,9	27,1
91	48,3	51,7	58,0	42,0	49,3	50,7
92	55,8	44,2	69,3	30,7	59,7	40,3
93	47,9	52,1	52,6	47,4	53,8	46,2
94	51,4	48,6	56,1	43,9	60,5	39,5
95	59,1	40,9	65,0	35,0	61,1	38,9
IDF	55,6	44,4	60,2	39,8	61,7	38,3

Source : PMSI 2016-2017-2018 - données domiciliées, mortalité estimée sur les séjours des mères

Distribution du poids de naissance

En IDF, près de 65% des nouveau-nés mort-nés ont un poids inférieur à 1 500g et près de 84% un poids inférieur à 2 500g.

147. Distribution du poids de naissance pour la mortinatalité



Source : PMSI 2018 - données domiciliées, mortalité estimée sur les séjours des mères

Taux de mortinatalité selon le type de grossesse

Le taux de mortinatalité sur 3 années cumulées (2016-2017-2018) est beaucoup plus élevé en cas de grossesse multiple. Il est de 8,7‰ en cas de grossesse unique et multiplié par 2,7 (24‰) pour les grossesses gémellaires et par près de 11 (96‰) en cas de grossesse triple.

Mortalité périnatale

Fiabilité de l'indicateur : satisfaisante

Point méthodologique

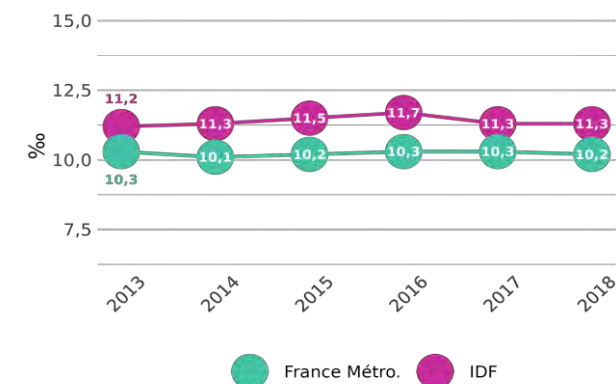
Le calcul prend en compte les décès de 0 à 6 jours de vie à partir des données de l'INSEE et les mort-nés à partir des données du PMSI.

Évolution

En France métropolitaine, le taux de mortalité périnatale est en 2018 de 10,2 décès pour 1 000

naissances totales. Il est constamment plus élevé en IDF avec 11,3‰ en 2018.

148. Évolution de la mortalité périnatale en FM et IDF de 2013 à 2018 (‰)

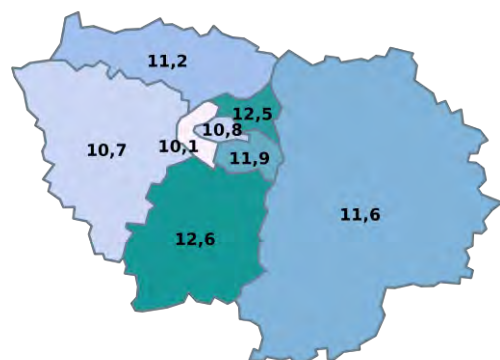


Source : INSEE (Décès 0 à 6 jours) et PMSI (mort-nés) 2013 à 2018 - données domiciliées

Situation 2016-2017-2018 dans la région

Selon les départements de domicile, ce taux varie entre 10,1‰ pour le 92 à 12,6‰ pour le 91. Le département du 92 a un taux significativement plus faible que le reste de l'IDF, alors que pour les départements du 91, 93 et 94, les taux sont à l'inverse plus élevés.

149. Taux de mortalité périnatale par département (%)

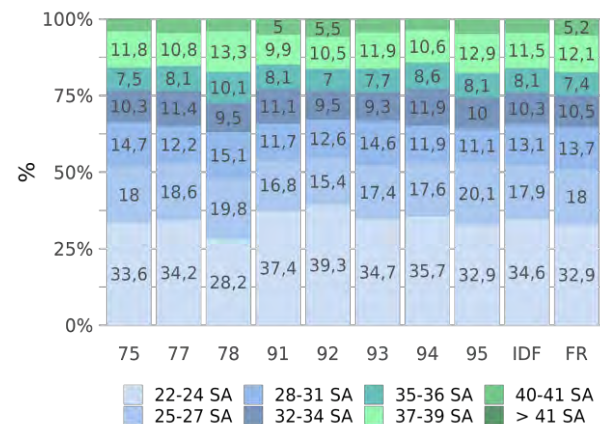


Source : INSEE (Décès 0 à 6 jours) et PMSI (mort-nés estimés sur les séjours des mères) 2016-2017-2018 - données domiciliées

Distribution de l'âge gestationnel

Comme pour la mortinatalité la mortalité périnatale touche majoritairement les prématurissimes, 52% sont nés avant 28 sa.

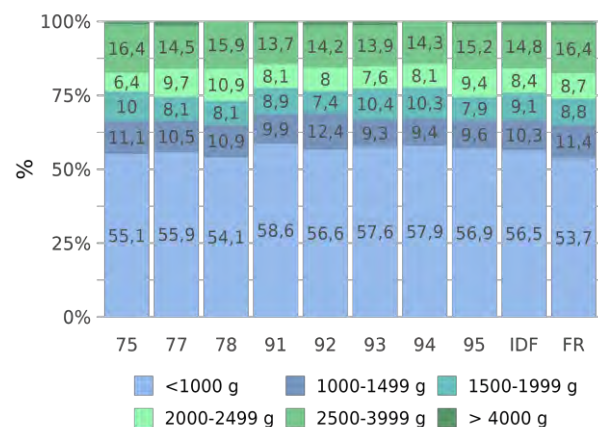
150. Distribution de l'âge gestationnel pour la mortalité périnatale



Source : INSEE (Décès 0 à 6 jours) et PMSI (mort-nés estimés sur les séjours des mères) 2016-2017-2018 - données domiciliées

Distribution du poids de naissance

151. Distribution du poids de naissance pour la mortalité périnatale

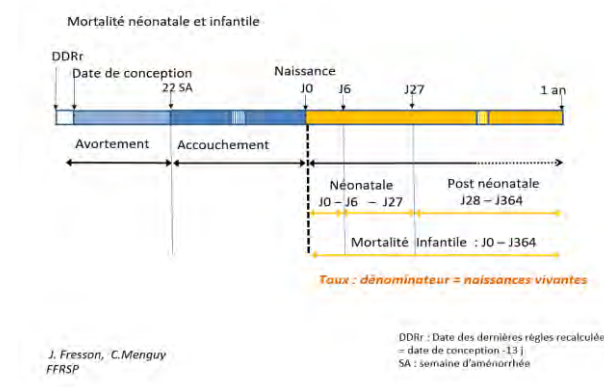


Source : INSEE (Décès 0 à 6 jours) et PMSI (mort-nés estimés sur les séjours des nouveau-nés) 2016-2017-2018 - données domiciliées

Taux de mortalité périnatale selon le type de grossesse

Le taux de mortinatalité sur 3 années cumulées (2016-2017-2018) est beaucoup plus élevé en cas de grossesse multiple. Il est de 10‰ en cas de grossesse unique et multiplié par 3,3 (33,1‰) pour les grossesses multiples.

Mortalité infantile



Fiabilité de l'indicateur : bonne

Point méthodologique

La source des données 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. Au sein de la mortalité infantile la part des décès néonataux précoces survenus avant J7 est de 50 % et celle de la mortalité néonatale survenue avant le 28^{ème} jour de vie est de 74%.

Exhaustivité de la mortalité infantile enregistrée 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 obligatoirement enregistrés 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 d'obtenir des chiffres plus proches.

L'exhaustivité de la mortalité infantile dans le PMSI en 2018 est en IDF de 93,6 % et varie entre 100% pour

le 93 et 88,1% pour le 75. Le taux d'exhaustivité est plus faible pour la mortalité néonatale entre 84,6% % pour le 75 et 97,2% pour le 95 avec une moyenne de 91% pour l'IDF et plus particulièrement pour la mortalité néonatale précoce qui varie de 75,4% pour le 75 à 95,8 % pour le 95 et est en moyenne de 87% 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 sans vie à l'état civil et nés vivants puis décédés dans le PMSI.

152. Exhaustivité de la mortalité infantile, néonatale et néonatale précoce (0-6 jours) par département en 2018

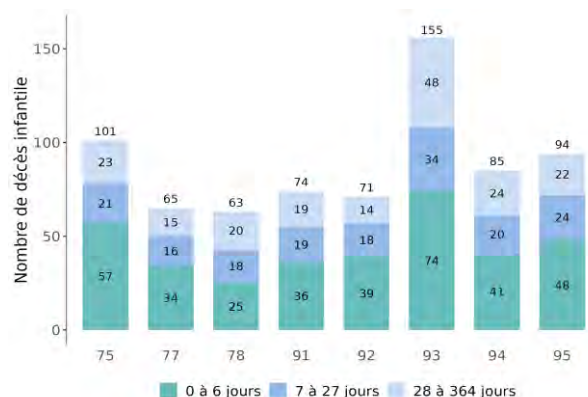
	Morts infantiles			Morts néonatales			Morts néonatales précoces		
	INSEE	PMSI	%	INSEE	PMSI	%	INSEE	PMSI	%
75	101	89	88,12	78	66	84,62	57	43	75,44
77	65	59	90,77	50	46	92,00	34	27	79,41
78	63	54	85,71	43	37	86,05	25	21	84,00
91	74	71	95,95	55	53	96,36	36	34	94,44
92	71	64	90,14	57	49	85,96	39	31	79,49
93	155	156	100,65	108	99	91,67	74	67	90,54
94	85	78	91,76	61	57	93,44	41	39	95,12
95	94	92	97,87	72	70	97,22	48	46	95,83
IDF	708	663	93,64	524	477	91,03	354	308	87,01

Source : INSEE et PMSI 2018 - données domiciliées

Situation de la mortalité infantile en IDF selon l'INSEE année 2018

Le graphique ci-dessous indique le nombre de décès enregistrés par département d'IDF en 2018. Le 93 est le département qui enregistre régulièrement le plus de décès soit 22% des décès infantiles de l'IDF et ceci quel que soit l'âge au décès.

153. Nombre de décès infantiles par département d'IDF année 2018

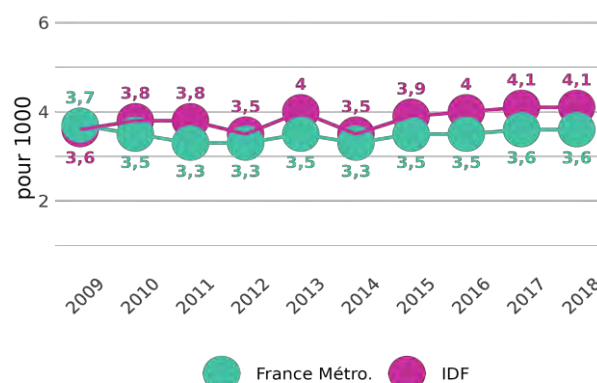


Source : Etat civil 2018 (INSEE) - données domiciliées

Évolution de la mortalité infantile de 2011 à 2018 en IDF et France métropolitaine

Le taux de mortalité infantile en IDF reste supérieur au taux national : 4,1 décès pour 1 000 naissances vivantes en IDF pour 2018 versus 3,6 en France métropolitaine.

154. Évolution de la mortalité infantile en FM et IDF (%)

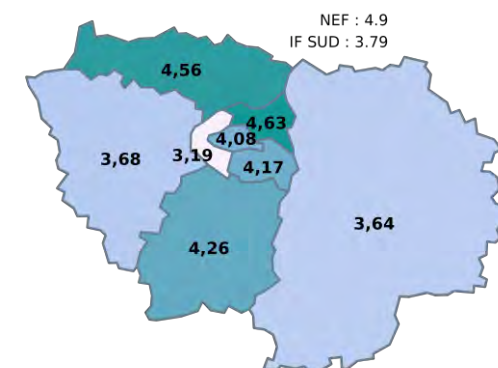


Source : Etat civil 2009 à 2018 (INSEE) - données domiciliées

Situation 2016-2017-2018 dans la région

En IDF, les taux de mortalité infantile varient de 3,2 décès pour 1 000 naissances vivantes dans le 92 à 4,63% dans le 93. 5 départements (75, 91, 93, 94, 95) ont des taux supérieurs à la moyenne de l'IDF (4,05%).

155. Taux de mortalité infantile par département présenté sur 3 années glissantes cumulées (%)

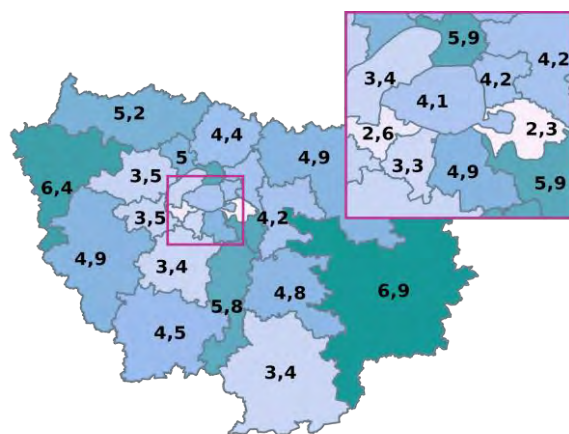


Dep	Nés vivants	Décédés de moins d'un an	Taux mortalité
Paris	83 161	339	4,08
Seine-et-Marne	55 998	204	3,64
Yvelines	55 993	206	3,68
Essonne	55 905	238	4,26
Hauts-de-Seine	69 817	223	3,19
Seine-St-Denis	86 736	402	4,63
Val-de-Marne	61 700	257	4,17
Val-d'Oise	58 809	268	4,56
IDF	528 119	2 137	4,05

Source : Etat civil 2016-2017-2018 (INSEE) - données domiciliées

A l'échelle des arrondissements, les taux varient de 2,6% dans le 92-3 à 6,9% dans le 77-3. Au sein des départements on retrouve des arrondissements où le taux de mortalité infantile est particulièrement élevé (77-3, 78-1, 91-2, 93-3, 94-1, 95-3) alors que les arrondissements du 94-2, du 92 ont des taux significativement plus faibles.

156. Taux de mortalité infantile par arrondissement INSEE présenté sur 3 années glissantes cumulées (%)

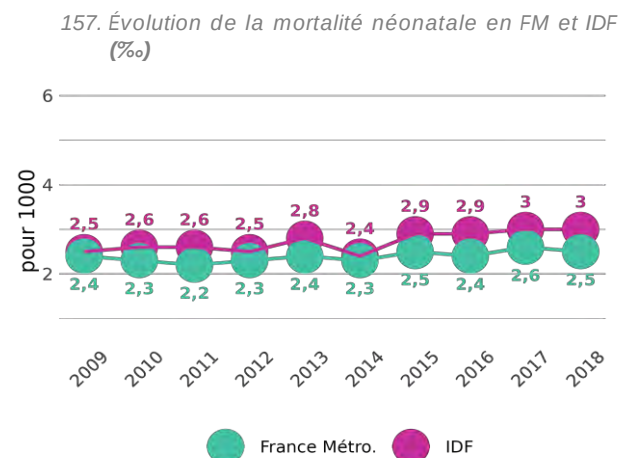


Source : Etat civil 2016-2017-2018 (INSEE) - données domiciliées

Mortalité néonatale

Au sein de la mortalité infantile la mortalité néonatale représente 74% des décès, et la mortalité néonatale précoce (0 à 6 jours) 50%.

Évolution de la mortalité néonatale de 2011 à 2018 en IDF et France métropolitaine

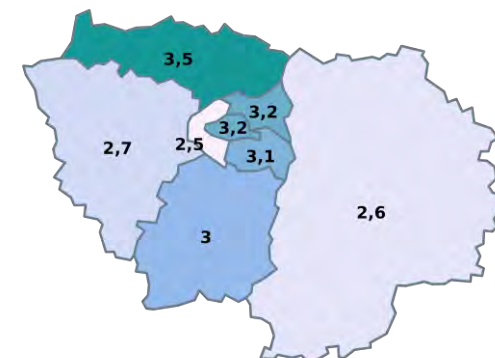


Source : Etat civil 2009 à 2018 (INSEE) - données domiciliées

Situation 2016-2017-2018 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 95 a un taux significativement plus élevé (3,5‰) entre 2016 et 2018.

158. Taux de mortalité néonatale par département présenté sur 3 années glissantes cumulées (‰)



Dep	Nés vivant	Décédés de moins de 28 jours	Décédés de moins de 7 jours	Taux décès de moins de 28 jours	Taux décès de moins de 7 jours
Paris	83 161	263	191	3,16	2,30
Seine-et-Marne	55 998	144	97	2,57	1,73
Yvelines	55 993	152	109	2,71	1,95
Essonne	55 905	170	109	3,04	1,95
Hauts-de-Seine	69 817	173	120	2,48	1,72
Seine-St-Denis	86 736	276	194	3,18	2,24
Val-de-Marne	61 700	192	131	3,11	2,12
Val-d'Oise	58 809	203	143	3,45	2,43
IDF	528 119	1 573	1 094	2,98	2,07

Source : Etat civil 2016-2017-2018 (INSEE) - données domiciliées

Annexes 1

Liste des maternités d'Île-de-France 65

Liste des établissements avec
activité d'Orthogénie (avec au moins 10 IVG/an) 67

Mortinatalité : tableaux
détaillés..... 69

IMG : tableaux détaillés 72

Mortalité périnatale : tableaux
détaillés..... 73

Mortalité néonatale 74

Mortalité infantile..... 75

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	5 296
75	750100109	HÔPITAL TROUSSEAU	3	RSPP	CHR/U	3 709
75	750100208	HÔPITAL NECKER ENFANTS MALADES	3	RSPP	CHR/U	3 231
75	750803454	HÔPITAL ROBERT DEBRE	3	RSPP	CHR/U	3 069
75	750000523	GROUPEMENT HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH	2B	RSPP	ESPIC	3 552
75	750100232	GIH BICHAT/CLAUDE BERNARD	2B	RSPP	CHR/U	2 104
75	750300667	MATERNITE SAINTE FELICITE	2A	RSPP	Privé	3 199
75	750100273	HÔPITAL TENON	2A	RSPP	CHR/U	2 498
75	750100125	GROUPEMENT HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE	2A	RSPP	CHR/U	2 386
75	750100042	CHU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIERE-APHP	2A	RSPP	CHR/U	2 364
75	750150013	HÔPITAL PIERRE ROUQUES - LES BLUETS	1	RSPP	ESPIC	3 046
75	750150260	HÔPITAL DES DIACONESSES	1	RSPP	ESPIC	2 472
75	750150104	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	1	RSPP	ESPIC	2 145
75	750300840	CLINIQUE DE LA MUETTE	1	RSPP	Privé	1 101
75	750300931	CLINIQUE SAINTE-THERESE	1	RSPP	Privé	1 049
75	750300410	CLINIQUE JEANNE D'ARC	1	RSPP	Privé	685
77	770000446	CH DE MEAUX SITE SAINT FARON	3	NEF	CH	3 011
77	770019032	GHEF MARNE LA VALLEE SITE JOSSIGNY	2B	NEF	CH	3 517
77	770000156	CH DE MELUN SITE SANTÉPOLE	2B	IF SUD	CH	2 941
77	770000149	CH DE FONTAINEBLEAU	2B	IF SUD	CH	1 666
77	770000131	CH DE COULOMMIERS	2A	NEF	CH	733
77	770000172	CH DE PROVINS LEON BINET	2A	NEF	CH	634
77	770790707	CLINIQUE DE TOURNAN	1	NEF	Privé	623
77	770000164	CH SUD SEINE ET MARNE SITE MONTEREAU	1	IF SUD	CH	590
78	780000311	CHIC POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY	3	MYPA	CH	4 037
78	780800256	CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT	2B	MYPA	CH	3 038
78	780000287	CH FRANCOIS QUESNAY MANTES	2B	MYPA	CH	2 106
78	780000329	CH DE RAMBOUILLET	2A	MYPA	CH	1 541
78	780300323	CLINIQUE DES FRANCISCAINES	2A	MYPA	Privé	1 258
78	780300406	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL DE PARLY II	2A	MYPA	Privé	977
78	780300422	HÔPITAL PRIVÉ OUEST	2A	MYPA	Privé	708
78	780000295	CHIC DE MEULAN LES MUREAUX	1	MYPA	CH	930
78	780018727	CLINIQUE SAINT GERMAIN	1	MYPA	Privé	875
78	780300208	CLINIQUE SAINT LOUIS	1	MYPA	Privé	747
91	910020254	CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES	3	IF SUD	CH	5 193
91	910000298	CH DES DEUX VALLEES SITE LONGJUMEAU	2B	IF SUD	CH	2 196
91	910000306	CH D ORSAY	2B	IF SUD	CH	1 339
91	910000272	CH D ARPAJON	2A	IF SUD	CH	1 493
91	910001973	CH DOURDAN ETAMPES SITE ETAMPES	2A	IF SUD	CH	1 220
91	910803543	CH PRIVÉ CLAUDE GALIEN	2A	IF SUD	Privé	1 178
91	910300177	CLINIQUE DE L'YVETTE	1	IF SUD	Privé	843
91	910300144	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL ET OBST	1	IF SUD	Privé	787
91	910805357	CLINIQUE DE L'ESSONNE	1	IF SUD	Privé	730
92	920100047	HÔPITAL LOUIS MOURIER	3	RP92	CHR/U	3 474
92	920100021	HÔPITAL ANTOINE BECLERE	3	RP92	CHR/U	3 439
92	920000650	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL FOCH	2B	RP92	ESPIC	3 391
92	920000585	CH RIVES DE SEINE SITE NEUILLY S/SEINE	2B	RP92	CH	2 657
92	920300043	HÔPITAL PRIVÉ D ANTONY	2A	RP92	Privé	3 674
92	920000619	CH DES QUATRE VILLES SITE ST CLOUD	2A	RP92	CH	2 855
92	920000643	INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANIQUE - SITE KLEBER	2A	RP92	ESPIC	2 022
92	920000577	CH DE NANTERRE	1	RP92	CH	1 361
92	920100039	HÔPITAL BEAUJON	1	RP92	CHR/U	1 134
92	920300415	CLINIQUE LAMBERT	1	RP92	Privé	712
92	920300787	HÔPITAL AMERICAIN	1	RP92	Privé	651

Département	Finess	Libellé	Type	Réseau	Statut	Nb accts
93	930000328	CH GENERAL DELAFONTAINE	3	NEF	CH	4 355
93	930000302	CHIC ANDRE GREGOIRE	3	NEF	CH	3 886
93	930000336	CHIC ROBERT BALLANGER	2B	NEF	CH	3 337
93	930100045	HÔPITAL JEAN VERDIER	2B	NEF	CHR/U	2 596
93	930300116	HÔPITAL PRIVÉ DE SEINE ST DENIS	2B	NEF	Privé	2 279
93	930000286	GHI LE RAINCY MONTFERMEIL	2B	NEF	CH	2 272
93	930300553	CLINIQUE DE L'ESTREE	2A	NEF	Privé	1 697
93	930300025	HÔPITAL EUROPEEN LA ROSERAIE	2A	NEF	Privé	716
93	930150032	MATERNITE DES LILAS	1	NEF	ESPIC	1 415
93	930300298	POLYCLINIQUE VAUBAN	1	NEF	Privé	1 121
93	930300595	CLINIQUE DU VERT GALANT	1	NEF	Privé	365
94	940000573	CHIC DE CRETEIL	3	RPVDM	CH	3 587
94	940100043	HÔPITAL DE BICETRE	3	RPVDM	CHR/U	3 225
94	940000599	CHIC LUCIE ET RAYMOND AUBRAC	2B	IF SUD	CH	3 356
94	940016868	LES HÔPITAUX DE SAINT MAURICE	2A	RPVDM	CH	3 281
94	940300270	HÔPITAL PRIVÉ ARMAND BRILLARD	2A	RPVDM	Privé	1 946
94	940006679	HÔPITAL PRIVÉ DE MARNE-LA-VALLÉE	2A	RPVDM	Privé	1 885
94	940300551	HÔPITAL PRIVÉ DE VITRY SITE NORIETS	2A	RPVDM	Privé	1 411
94	940300379	CLINIQUE GASTON METIVET	1	RPVDM	Privé	821
95	950000364	CH RENE DUBOS	3	RPVO	CH	4 689
95	950000307	CH VICTOR DUPOUY	3	RPVO	CH	3 093
95	950000323	GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE	2B	RPVO	CH	3 254
95	950000331	CH GENERAL DE GONESSE	2B	RPVO	CH	2 808
95	950807982	CLINIQUE CLAUDE BERNARD	2A	RPVO	Privé	2 035
95	950300277	HÔPITAL PRIVÉ NORD PARISIEN	2A	RPVO	Privé	1 459
95	950000315	GH CARNELLE PORTES OISE SITE FRITSCHI	2A	RPVO	CH	1 024
95	950300202	CLINIQUE CONTI	1	RPVO	Privé	768
IDF						174 868

Source : PMSI 2018 - 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	2 144	989	1 151	4
75	750100109	HÔPITAL TROUSSEAU	3	RSPP	CHR/U	477	176	300	1
75	750803454	HÔPITAL ROBERT DEBRE	3	RSPP	CHR/U	71	5	65	1
75	750100232	GIH BICHAT/CLAUDE BERNARD	2B	RSPP	CHR/U	463	166	296	1
75	750100042	CHU SAINT LOUIS SITE LARIBOISIERE-APHP	2A	RSPP	CHR/U	1 096	775	320	1
75	750100125	GROUPEMENT HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE	2A	RSPP	CHR/U	1 048	453	594	1
75	750100273	HÔPITAL TENON	2A	RSPP	CHR/U	600	381	218	1
75	750150013	HÔPITAL PIERRE ROUQUES - LES BLUETS	1	RSPP	ESPIC	1 065	400	665	0
75	750150104	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	1	RSPP	ESPIC	308	105	203	0
75	750300410	CLINIQUE JEANNE D'ARC	1	RSPP	Privé	165	0	165	0
75	750300931	CLINIQUE SAINTE-THERESE	1	RSPP	Privé	65	0	65	0
75	750300840	CLINIQUE DE LA MUETTE	1	RSPP	Privé	59	23	35	1
75	750100075	HU SAINT LOUIS APHP			CHR/U	680	240	427	13
75	750803447	HU G POMPIDOU APHP			CHR/U	254	0	248	6
75	750301145	CLINIQUE DU MONT LOUIS			Privé	194	138	55	1
77	770000446	CH DE MEAUX SITE SAINT FARON	3	NEF	CH	545	245	300	0
77	770019032	GHEF MARNE LA VALLEE SITE JOSSIGNY	2B	NEF	CH	518	196	322	0
77	770000156	CH DE MELUN SITE SANTÉPOLE	2B	IF SUD	CH	372	196	176	0
77	770000149	CH DE FONTAINEBLEAU	2B	IF SUD	CH	260	236	24	0
77	770000131	CH DE COULOMMIERS	2A	NEF	CH	190	169	21	0
77	770000172	CH DE PROVINS LEON BINET	2A	NEF	CH	86	68	18	0
77	770000164	CH SUD SEINE ET MARNE SITE MONTEREAU	1	IF SUD	CH	251	243	8	0
77	770790707	CLINIQUE DE TOURNAN	1	NEF	Privé	170	101	68	1
78	780000311	CHIC POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY	3	MYPA	CH	422	83	272	67
78	780800256	CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT	2B	MYPA	CH	718	538	180	0
78	780000287	CH FRANCOIS QUESNAY MANTES	2B	MYPA	CH	361	285	76	0
78	780000329	CH DE RAMBOUILLET	2A	MYPA	CH	158	74	84	0
78	780300422	HÔPITAL PRIVÉ OUEST	2A	MYPA	Privé	47	0	41	6
78	780300406	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL DE PARLY II	2A	MYPA	Privé	24	17	7	0
78	780000295	CHIC DE MEULAN LES MUREAUX	1	MYPA	CH	233	131	102	0
78	780000337	CHI POISSY ST GERMAIN SITE ST GERMAIN			CH	846	467	52	327
91	910020254	CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES	3	IF SUD	CH	994	457	537	0
91	910000298	CH DES DEUX VALLEES SITE LONGJUMEAU	2B	IF SUD	CH	739	436	303	0
91	910000306	CH D ORSAY	2B	IF SUD	CH	209	140	69	0
91	910000272	CH D ARPAJON	2A	IF SUD	CH	315	184	131	0
91	910001973	CH DOURDAN ETAMPES SITE ETAMPES	2A	IF SUD	CH	250	127	123	0
91	910803543	CH PRIVÉ CLAUDE GALIEN	2A	IF SUD	Privé	192	142	50	0
91	910300144	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL ET OBST	1	IF SUD	Privé	291	247	38	6
91	910805357	CLINIQUE DE L'ESSONNE	1	IF SUD	Privé	144	79	65	0
91	910300177	CLINIQUE DE L'YVETTE	1	IF SUD	Privé	112	79	31	2
91	910300359	HOPITAL PRIVE D ATHIS MONS SITE CARON			Privé	162	121	41	0
91	910300219	HOPITAL PRIVE JACQUES CARTIER			Privé	34	0	34	0
91	910000280	CH DOURDAN			CH	18	10	8	0
92	920100047	HÔPITAL LOUIS MOURIER	3	RP92	CHR/U	1 118	232	886	0
92	920100021	HÔPITAL ANTOINE BECLERE	3	RP92	CHR/U	1 020	548	460	12
92	920000585	CH RIVES DE SEINE SITE NEUILLY S/SEINE	2B	RP92	CH	253	182	71	0
92	920000619	CH DES QUATRE VILLES SITE ST CLOUD	2A	RP92	CH	394	304	88	2
92	920300043	HÔPITAL PRIVÉ D ANTONY	2A	RP92	Privé	350	249	99	2
92	920000643	INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANIQUE - SITE KLEBER	2A	RP92	ESPIC	138	88	49	1
92	920100039	HÔPITAL BEAUJON	1	RP92	CHR/U	497	352	134	11
92	920000577	CH DE NANTERRE	1	RP92	CH	244	146	98	0

Département	Finess	Libellé	Type	Réseau	Statut	IVG	Médicamenteuse	Instrumentale	Non précisée
92	920300415	CLINIQUE LAMBERT	1	RP92	Privé	18	9	9	0
92	920100062	HU CELTON APHP			CHR/U	647	401	246	0
92	920300365	CLINIQUE LA MONTAGNE			Privé	70	0	66	4
92	920300837	CLINIQUE LES MARTINETS			Privé	40	0	40	0
92	920300597	CLINIQUE DE MEUDON LA FORET			Privé	33	13	19	1
93	930000302	CHIC ANDRE GREGOIRE	3	NEF	CH	1 016	678	338	0
93	930000328	CH GENERAL DELAFONTAINE	3	NEF	CH	984	221	759	4
93	930000336	CHIC ROBERT BALLANGER	2B	NEF	CH	725	485	238	2
93	930100045	HÔPITAL JEAN VERDIER	2B	NEF	CHR/U	718	517	187	14
93	930000286	GHI LE RAINCY MONTFERMEIL	2B	NEF	CH	557	407	149	1
93	930300116	HÔPITAL PRIVÉ DE SEINE ST DENIS	2B	NEF	Privé	295	237	57	1
93	930300553	CLINIQUE DE L'ESTREE	2A	NEF	Privé	190	6	184	0
93	930150032	MATERNITE DES LILAS	1	NEF	ESPIC	694	204	490	0
93	930300595	CLINIQUE DU VERT GALANT	1	NEF	Privé	235	217	18	0
93	930300298	POLYCLINIQUE VAUBAN	1	NEF	Privé	82	0	82	0
93	930100037	HU AVICENNE APHP			CHR/U	737	246	489	2
94	940100043	HÔPITAL DE BICETRE	3	RPVDM	CHR/U	934	149	644	141
94	940000573	CHIC DE CRETEIL	3	RPVDM	CH	181	0	178	3
94	940000599	CHIC LUCIE ET RAYMOND AUBRAC	2B	IF SUD	CH	366	40	325	1
94	940016868	LES HÔPITAUX DE SAINT MAURICE	2A	RPVDM	CH	580	293	287	0
94	940300551	HÔPITAL PRIVÉ DE VITRY SITE NORIETS	2A	RPVDM	Privé	180	25	155	0
94	940300270	HÔPITAL PRIVÉ ARMAND BRILLARD	2A	RPVDM	Privé	103	18	80	5
94	940006679	HÔPITAL PRIVÉ DE MARNE-LA-VALLÉE	2A	RPVDM	Privé	59	0	59	0
94	940300379	CLINIQUE GASTON METIVET	1	RPVDM	Privé	115	0	113	2
94	940120017	HIA BEGIN			CH	28	25	3	0
95	950000364	CH RENE DUBOS	3	RPVO	CH	1 094	667	427	0
95	950000307	CH VICTOR DUPOUY	3	RPVO	CH	568	395	173	0
95	950000323	GHEM SIMONE VEIL SITE EAUBONNE	2B	RPVO	CH	738	506	232	0
95	950000331	CH GENERAL DE GONESSE	2B	RPVO	CH	595	535	60	0
95	950300277	HÔPITAL PRIVÉ NORD PARISIEN	2A	RPVO	Privé	440	302	131	7
95	950000315	GH CARNELLE PORTES OISE SITE FRITSCHI	2A	RPVO	CH	260	185	75	0
95	950807982	CLINIQUE CLAUDE BERNARD	2A	RPVO	Privé	166	0	166	0
95	950300202	CLINIQUE CONTI	1	RPVO	Privé	35	2	24	9
95	950300350	CLINIQUE DU PARISIS			Privé	21	1	18	2
IDF						34 868	17 807	16 394	667

Source : PMSI 2018 - données enregistrées

Mortinatalité : tableaux détaillés

Évolution mortinatalité globale

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

	Années	Mort-nés	Naissances	taux Mort-nés
France Métro	2013	6 793	785 143	8,7
	2014	6 732	784 297	8,6
	2015	6 553	763 461	8,6
	2016	6 448	748 577	8,6
	2017	6 256	733 005	8,5
	2018	6 185	722 897	8,6
IDF	2013	1 681	181 013	9,3
	2014	1 784	184 368	9,7
	2015	1 721	181 041	9,5
	2016	1 726	179 652	9,6
	2017	1 638	177 345	9,2
	2018	1 628	176 122	9,2

Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

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

	Années	Mort-nés naissances uniques	Naissances uniques	taux Mort-nés naissances uniques
France Métro	2013	6 092	757 989	8,0
	2014	5 993	756 714	7,9
	2015	5 919	736 548	8,0
	2016	5 764	722 326	8,0
	2017	5 615	707 637	7,9
	2018	5 551	698 410	7,9
IDF	2013	1 506	174 187	8,6
	2014	1 557	177 075	8,8
	2015	1 538	174 061	8,8
	2016	1 534	172 714	8,9
	2017	1 459	170 640	8,6
	2018	1 483	169 725	8,7

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

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

	Années	Mort-nés naissances gémellaires	Naissances gémellaires	taux Mort-nés naissances gémellaires
France Métro	2013	668	26 428	25,3
	2014	681	26 842	25,4
	2015	608	26 292	23,1
	2016	639	25 628	24,9
	2017	605	24 800	24,4
	2018	593	23 962	24,7
IDF	2013	165	6 590	25,0
	2014	195	7 000	27,9
	2015	177	6 824	25,9
	2016	173	6 752	25,6
	2017	165	6 516	25,3
	2018	127	6 238	20,4

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

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

	Années	Mort-nés naissances triples ou plus	Naissances triples ou plus	taux Mort-nés naissances triples ou plus
France Métro	2013	41	738	55,6
	2014	62	750	82,7
	2015	33	627	52,6
	2016	50	630	79,4
	2017	38	579	65,6
	2018	42	528	79,5
IDF	2013	10	237	42,2
	2014	33	294	112,2
	2015	6	156	38,5
	2016	19	186	102,2
	2017	14	189	74,1
	2018	18	159	113,2

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

Évolution mortinatalité spontanée et après IMG

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

	Années	Mort-nés via IMG	Mort-nés spontanés	Naissances	taux Mort-nés via IMG	taux Mort-nés spontanés
France Métro	2013	2 826	3 967	785 143	3,6	5,1
	2014	2 776	3 956	784 297	3,5	5,0
	2015	2 763	3 790	763 461	3,6	5,0
	2016	2 687	3 761	748 577	3,6	5,0
	2017	2 537	3 719	733 005	3,5	5,1
	2018	2 473	3 712	722 897	3,4	5,1
IDF	2013	688	993	181 013	3,8	5,5
	2014	696	1 088	184 368	3,8	5,9
	2015	666	1 055	181 041	3,7	5,8
	2016	679	1 047	179 652	3,8	5,8
	2017	595	1 043	177 345	3,4	5,9
	2018	597	1 031	176 122	3,4	5,9

Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

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

	Années	Mort-nés via IMG naissances uniques	Mort-nés spontanés naissances uniques	Naissances uniques	taux Mort-nés via IMG naissances uniques	taux Mort-nés spontanés naissances uniques
France Métro	2013	2 663	3 429	757 989	3,5	4,5
	2014	2 615	3 378	756 714	3,5	4,5
	2015	2 589	3 330	736 548	3,5	4,5
	2016	2 514	3 250	722 326	3,5	4,5
	2017	2 356	3 259	707 637	3,3	4,6
	2018	2 286	3 265	698 410	3,3	4,7
IDF	2013	650	856	174 187	3,7	4,9
	2014	648	909	177 075	3,7	5,1
	2015	610	928	174 061	3,5	5,3
	2016	618	916	172 714	3,6	5,3
	2017	545	914	170 640	3,2	5,4
	2018	558	925	169 725	3,3	5,4

Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

165. Évolution de la mortalité spontanée et via IMG sur les naissances gémellaires estimée sur les séjours des mères en FM et IDF (%)

	Années	Mort-nés via IMG naissances gémellaires	Mort-nés spontanés naissances gémellaires	Naissances gémellaires	taux Mort- nés via IMG naissances gémellaires	taux Mort- nés spontanés naissances gémellaires
France Métro	2013	157	511	26 428	5,9	19,3
	2014	151	530	26 842	5,6	19,7
	2015	162	446	26 292	6,2	17,0
	2016	164	475	25 628	6,4	18,5
	2017	178	427	24 800	7,2	17,2
	2018	183	410	23 962	7,6	17,1
IDF	2013	37	128	6 590	5,6	19,4
	2014	45	150	7 000	6,4	21,4
	2015	53	124	6 824	7,8	18,2
	2016	57	116	6 752	8,4	17,2
	2017	47	118	6 516	7,2	18,1
	2018	37	90	6 238	5,9	14,4

Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

166. Évolution de la mortalité spontanée et via IMG sur les naissances triples estimée sur les séjours des mères en FM et IDF (%)

	Années	Mort-nés via IMG naissances triples ou plus	Mort-nés spontanés naissances triples ou plus	Naissances triples ou plus	taux Mort- nés via IMG naissances triples ou plus	taux Mort- nés spontanés naissances triples ou plus
France Métro	2013	14	27	738	19,0	36,6
	2014	12	50	750	16,0	66,7
	2015	12	21	627	19,1	33,5
	2016	9	41	630	14,3	65,1
	2017	5	33	579	8,6	57,0
	2018	5	37	528	9,5	70,1
IDF	2013	1	9	237	4,2	38,0
	2014	4	29	294	13,6	98,6
	2015	3	3	156	19,2	19,2
	2016	4	15	186	21,5	80,6
	2017	3	11	189	15,9	58,2
	2018	2	16	159	12,6	100,6

Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

Situation 2016-2017-2018 de la mortalité par département

167. Mortinatalité par départements domiciliés sur 3 années cumulées (%)

	Mort-nés	Naissances	taux Mort-nés	p_value taux Mort-nés
75	711	83 420	8,5	0,009
77	557	56 180	9,9	0,171
78	495	56 315	8,8	0,153
91	607	56 360	10,8	<0,001
92	589	71 443	8,2	0,001
93	902	87 738	10,3	0,003
94	610	62 746	9,7	0,348
95	521	58 914	8,8	0,184
IDF	4 992	533 116	9,4	

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

168. Mortinatalité après IMG par départements domiciliés sur 3 années cumulées (%)

	Mort-nés via IMG	Naissances	taux Mort-nés via IMG	p_value taux Mort-nés via IMG
75	330	83 420	4,0	0,025
77	213	56 180	3,8	0,261
78	167	56 315	3,0	0,027
91	210	56 360	3,7	0,392
92	262	71 443	3,7	0,481
93	276	87 738	3,1	0,061
94	241	62 746	3,8	0,158
95	172	58 914	2,9	0,014
IDF	1 871	533 116	3,5	

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

169. Mortinatalité spontanée par départements domiciliés sur 3 années cumulées (%)

	Mort-nés spontanés	Naissances	taux Mort-nés spontanés	p_value taux Mort-nés spontanés
75	381	83 420	4,6	<0,001
77	344	56 180	6,1	0,407
78	328	56 315	5,8	0,946
91	397	56 360	7,0	<0,001
92	327	71 443	4,6	<0,001
93	626	87 738	7,1	<0,001
94	369	62 746	5,9	0,95
95	349	58 914	5,9	0,841
IDF	3 121	533 116	5,9	

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

Situation 2016-2017-2018 de la mortalité par département et par type de grossesse

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

		Mort-nés	Naissances	Taux Mort-nés
Grossesses uniques	75	636	80 036	7,9
	77	517	54 180	9,5
	78	448	54 169	8,3
	91	528	54 317	9,7
	92	516	68 576	7,5
	93	812	84 615	9,6
	94	542	60 342	9,0
	95	477	56 843	8,4
IDF	4 476	513 078	8,7	
Grossesses gémellaire	75	72	3 288	21,9
	77	38	1 964	19,3
	78	46	2 128	21,6
	91	63	1 974	31,9
	92	61	2 762	22,1
	93	82	3 024	27,1
	94	64	2 350	27,2
	95	39	2 014	19,4
IDF	465	19 504	23,8	
Grossesses triples ou plus	75	3	96	31,2
	77	2	36	55,6
	78	1	18	55,6
	91	16	69	231,9
	92	12	105	114,3
	93	8	99	80,8
	94	4	54	74,1
	95	5	57	87,7
IDF	51	534	95,5	

Source : PMSI -2016 à 2018 - données domicilié

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

		Mort-nés spontanées	Naissances	Taux Mort-nés spontanées
Grossesses uniques	75	333	80 036	4,2
	77	317	54 180	5,9
	78	297	54 169	5,5
	91	338	54 317	6,2
	92	275	68 576	4,0
	93	557	84 615	6,6
	94	323	60 342	5,4
	95	315	56 843	5,5
	IDF	2 755	513 078	5,4
Grossesses gémellaire	75	45	3 288	13,7
	77	25	1 964	12,7
	78	31	2 128	14,6
	91	46	1 974	23,3
	92	40	2 762	14,5
	93	62	3 024	20,5
	94	44	2 350	18,7
	95	31	2 014	15,4
	IDF	324	19 504	16,6
Grossesses triples ou plus	75	3	96	31,2
	77	2	36	55,6
	78	0	18	0,0
	91	13	69	188,4
	92	12	105	114,3
	93	7	99	70,7
	94	2	54	37,0
	95	3	57	52,6
	IDF	42	534	78,7

Source : PMSI -2016 à 2018 - données domiciliées

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

		Mort-nés après IMG	Naissances	Taux Mort-nés après IMG
Grossesses uniques	75	303	80 036	3,8
	77	200	54 180	3,7
	78	151	54 169	2,8
	91	190	54 317	3,5
	92	241	68 576	3,5
	93	255	84 615	3,0
	94	219	60 342	3,6
	95	162	56 843	2,8
	IDF	1 721	513 078	3,4
Grossesses gémellaire	75	27	3 288	8,2
	77	13	1 964	6,6
	78	15	2 128	7,0
	91	17	1 974	8,6
	92	21	2 762	7,6
	93	20	3 024	6,6
	94	20	2 350	8,5
	95	8	2 014	4,0
	IDF	141	19 504	7,2
Grossesses triples ou plus	75	0	96	0,0
	77	0	36	0,0
	78	1	18	55,6
	91	3	69	43,5
	92	0	105	0,0
	93	1	99	10,1
	94	2	54	37,0
	95	2	57	35,1
	IDF	9	534	16,9

Source : PMSI -2016 à 2018 - données domiciliées

IMG : tableaux détaillés

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

	2016		2017		2018	
	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	61,4	38,6	61,5	38,5	70,3	29,7
77	53,7	46,3	53,2	46,8	57,7	42,3
78	63,1	36,9	64,2	35,8	72,9	27,1
91	48,3	51,7	58,0	42,0	49,3	50,7
92	55,8	44,2	69,3	30,7	59,7	40,3
93	47,9	52,1	52,6	47,4	53,8	46,2
94	51,4	48,6	56,1	43,9	60,5	39,5
95	59,1	40,9	65,0	35,0	61,1	38,9
IDF	55,6	44,4	60,2	39,8	61,7	38,3

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

IMG avant 22 SA

174. Évolution des IMG avant 22 SA en FM et IDF (‰)

	Années	IMG avant 22 SA	Naissances	taux IMG avant 22 SA
France Métro	2013	3 591	785 143	4,6
	2014	3 479	784 297	4,4
	2015	3 452	763 461	4,5
	2016	3 504	748 577	4,7
	2017	3 574	733 005	4,9
	2018	3 681	722 897	5,1
IDF	2013	823	181 013	4,5
	2014	779	184 368	4,2
	2015	816	181 041	4,5
	2016	851	179 652	4,7
	2017	901	177 345	5,1
	2018	963	176 122	5,5

Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

175. IMG avant 22 SA par départements domiciliés sur 3 années cumulées (‰)

	IMG avant 22 SA	Naissances	taux IMG avant 22 SA	p_value taux IMG avant 22 SA
75	599	83 420	7,2	<0.001
77	258	56 180	4,6	0,093
78	337	56 315	6,0	0,002
91	227	56 360	4,0	<0.001
92	416	71 443	5,8	0,005
93	293	87 738	3,3	<0.001
94	308	62 746	4,9	0,523
95	277	58 914	4,7	0,18
IDF	2 715	533 116	5,1	

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

IMG totales

176. Évolution des IMG avant et après 22 SA en FM et IDF (‰)

	Années	IMG total	Naissances	taux IMG total
France Métro	2013	6 417	785 143	8,2
	2014	6 255	784 297	8,0
	2015	6 215	763 461	8,1
	2016	6 191	748 577	8,3
	2017	6 111	733 005	8,3
	2018	6 154	722 897	8,5
IDF	2013	1 511	181 013	8,3
	2014	1 475	184 368	8,0
	2015	1 482	181 041	8,2
	2016	1 530	179 652	8,5
	2017	1 496	177 345	8,4
	2018	1 560	176 122	8,9

Source : PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

177. IMG totales par départements domiciliés sur 3 années cumulées (‰)

	IMG total	Naissances	taux IMG total	p_value taux IMG total
75	929	83 420	11,1	<0.001
77	471	56 180	8,4	0,58
78	504	56 315	8,9	0,371
91	437	56 360	7,8	0,027
92	678	71 443	9,5	0,008
93	569	87 738	6,5	<0.001
94	549	62 746	8,7	0,697
95	449	58 914	7,6	0,009
IDF	4 586	533 116	8,6	

Source : PMSI 2016 à 2018 - données domiciliées

Mortalité périnatale : tableaux détaillés

178. Évolution de la mortalité périnatale en FM et IDF
(‰)

	Années	Morts périnatales INSEE + PMSI	Naissances PMSI	taux Morts périnatales INSEE + PMSI
France Métro	2013	8 086	785 143	10,3
	2014	7 985	784 297	10,2
	2015	7 847	763 461	10,3
	2016	7 729	748 577	10,3
	2017	7 590	732 782	10,4
	2018	7 413	722 897	10,3
IDF	2013	2 045	181 013	11,3
	2014	2 089	184 368	11,3
	2015	2 080	181 041	11,5
	2016	2 094	179 652	11,7
	2017	2 009	177 274	11,3
	2018	1 982	176 122	11,3

Source : INSEE et PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

179. Évolution de la mortalité périnatale en FM et IDF
(‰)

	Années	Morts périnatales INSEE + PMSI	Naissances vivantes INSEE + mort-nés PMSI	taux Morts périnatales INSEE + PMSI
France Métro	2013	8 086	788 414	10,3
	2014	7 985	787 899	10,1
	2015	7 847	766 974	10,2
	2016	7 729	751 145	10,3
	2017	7 590	736 487	10,3
	2018	7 413	725 922	10,2
IDF	2013	2 045	181 952	11,2
	2014	2 089	184 503	11,3
	2015	2 080	181 483	11,5
	2016	2 094	179 607	11,7
	2017	2 009	177 436	11,3
	2018	1 982	176 067	11,3

Source : INSEE et PMSI 2013 à 2018 - données domiciliées

Situation 2016-2017-2018 de la mortalité périnatale par département et par type de grossesse

180. Mortalité périnatale par types de grossesse et par
départements domiciliés sur 3 années cumulées
(‰)

		Morts périnatales	Naissances	Taux Morts périnatales
Grossesses uniques	75	745	79 302	9,4
	77	577	53 657	10,8
	78	501	53 649	9,3
	91	587	53 749	10,9
	92	576	68 029	8,5
	93	929	83 813	11,1
	94	602	59 779	10,1
Grossesses multiples	95	577	56 313	10,2
	IDF	5 094	508 291	10,0
	75	107	3 301	32,4
	77	51	1 965	26,0
	78	63	2 105	29,9
	91	81	1 958	41,4
	92	89	2 755	32,3
	93	118	3 032	38,9
	94	79	2 373	33,3
	95	58	2 001	29,0
	IDF	646	19 490	33,1

Source : PMSI -2016 à 2018 - données domiciliées

Mortalité néonatale

181. Évolution de la mortalité néonatale en FM et IDF
(‰)

	Années	Morts néonatales	Naissances vivantes	taux Morts néonatales
France Métro	2 009	1 901	793 420	2,4
	2 010	1 881	802 224	2,3
	2 011	1 753	792 996	2,2
	2 012	1 789	790 290	2,3
	2 013	1 873	781 621	2,4
	2 014	1 782	781 167	2,3
	2 015	1 869	760 421	2,5
	2 016	1 808	744 697	2,4
	2 017	1 921	730 242	2,6
	2 018	1 830	719 737	2,5
IDF	2 009	452	181 557	2,5
	2 010	487	184 584	2,6
	2 011	472	182 285	2,6
	2 012	457	181 229	2,5
	2 013	513	180 271	2,8
	2 014	445	182 719	2,4
	2 015	521	179 762	2,9
	2 016	517	177 881	2,9
	2 017	532	175 799	3,0
	2 018	524	174 439	3,0

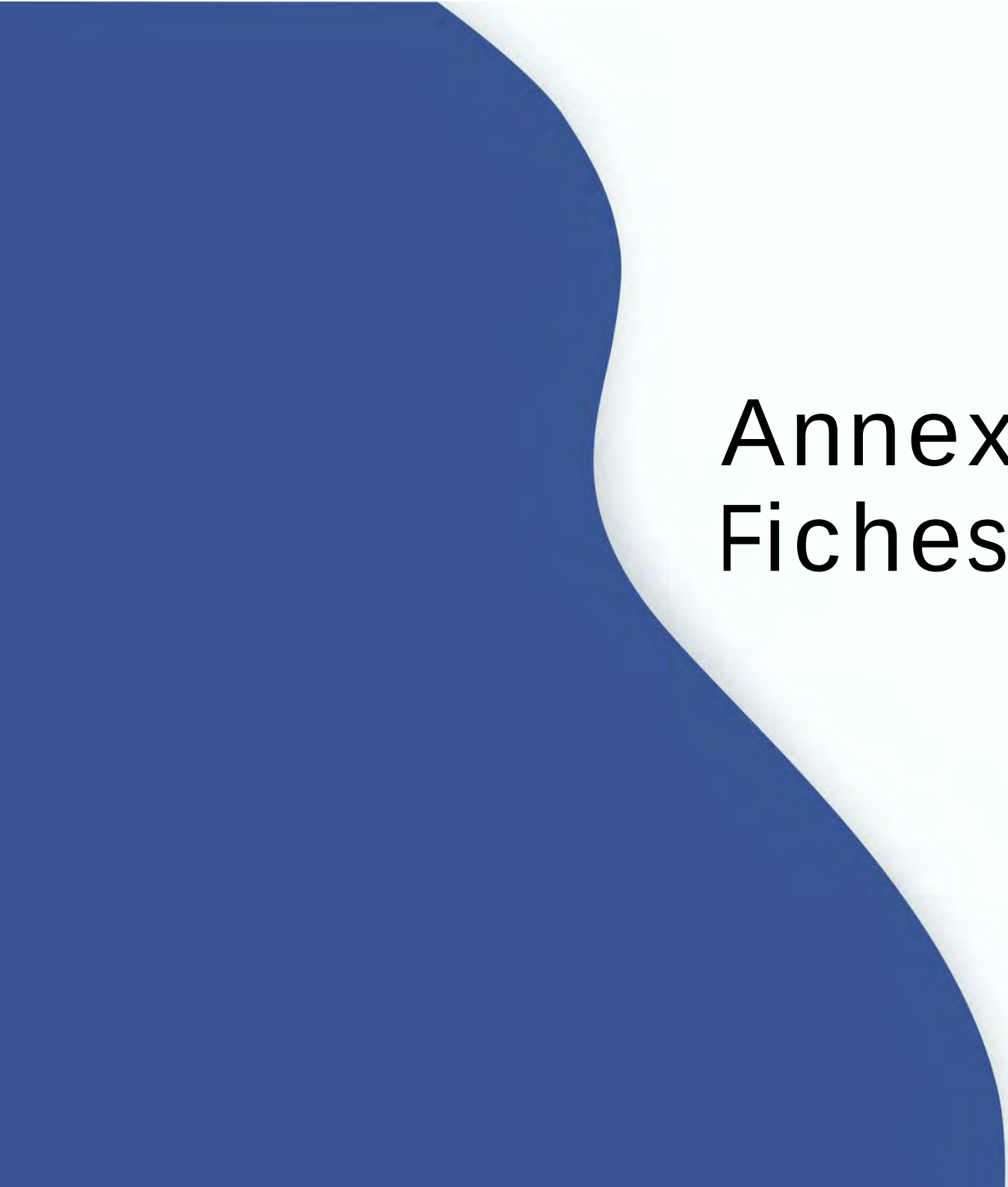
Source : Etat civil 2009 à 2018 (INSEE) - données domiciliées

Mortalité infantile

182. Évolution de la mortalité infantile en FM et IDF (%)

	Années	Morts infantiles	Naissances vivantes	taux Morts infantiles
France Métro	2 009	2 903	793 420	3,7
	2 010	2 785	802 224	3,5
	2 011	2 604	792 996	3,3
	2 012	2 643	790 290	3,3
	2 013	2 710	781 621	3,5
	2 014	2 598	781 167	3,3
	2 015	2 655	760 421	3,5
	2 016	2 577	744 697	3,5
	2 017	2 639	730 242	3,6
IDF	2 018	2 615	719 737	3,6
	2 009	647	181 557	3,6
	2 010	696	184 584	3,8
	2 011	685	182 285	3,8
	2 012	636	181 229	3,5
	2 013	720	180 271	4,0
	2 014	632	182 719	3,5
	2 015	698	179 762	3,9
	2 016	712	177 881	4,0
	2 017	717	175 799	4,1
	2 018	708	174 439	4,1

Source : Etat civil 2009 à 2018 (INSEE) - données domiciliées

A large, solid blue abstract shape occupies the left side of the slide, extending from the top-left corner towards the center. It has a smooth, wavy right edge that curves around the text area.

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 du 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 et 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 29ème 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 2018	
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements :	711521	Séjours sans accouchement	
	Résultats de l'accouchement :	DMS :	4.6	Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*)	
	Uniques : 699 343 (98.3%)	< 20 ans : 12 290 (1.7%)		Ante-partum :	187 451
	Gémellaires : 12 004 (1.7%)	>= 35 ans : 161 465 (22.7%)		DMS :	2.13
Séjours du NN	Triplés ou autres : 177 (0%)	Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 31 346 (4.4%)		Séjours de + de 0 jour : 124 862 (66.6%)	
	Avec enfant(s) mort-né(s) : 6 093 (0.9%)	Modes d'accouchement :		MAP : 44 825 (23.9%)	
	IMG après 22 SA : 2 489 (0.3%)	Césariennes : 141 230 (19.8%)		Diabètes préexistants : 5 015 (2.7%)	
	Estimation d'enfants mort-nés : 6 239	Voies basses : 567 087 (79.7%)		Diabètes gestationnels : 32 055 (17.1%)	
Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	MFIU : 2 447 (0.3%)	Dont VB spontanées : 471 741 (83.2%)		RCIU : 7 188 (3.8%)	
	Terme à l'acc. :	Dont épisiotomies / VBS : 31 264 (6.6%)		TIU envoyés : 9 746 (5.2%)	
	<28 SA : 5 183 (0.7%)	Dont extractions instrumentales : 90 489 (16%)		Séjours de grossesses non évolutives	
	28-31 SA : 5 039 (0.7%)	Dont anesthésies péridurales / VB : 457 917 (80.7%)		IMG avant 22 SA : 3 695	
Séjours des mort-nés	32 SA : 2 298 (0.3%)	Pathologies ante-natales :		Rappel IMG après 22 SA : 2 489	
	33-36 SA : 36 098 (5.1%)	Diabètes préexistants : 4 101 (0.6%)		IVG : 158 208	
	>=37 SA : 662 903 (93.2%)	Diabètes gestationnels : 75 911 (10.7%)		GEU : 14 587	
	Indicateurs de morbidité :	Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : 33 389 (4.7%)		Passage en réanimation adulte	
Séjours en unités autorisées de néonatalogie	Prééclampsies sévères : 5 011 (0.7%)	Ruptures prématurées des membranes : 89 331 (12.6%)		Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j	NN en néonatalogie :
	Dont HELLP Sd : 1 533	Mutations ou transferts :		Prise en charge maximum :	117 462
	Eclampsies : 393 (0.1%)	Mutations ou transferts en psy : 136 (0%)		Néonatalogie (UM04) : 75 724 (64.5%)	DMS :
	Hémorragies du post-partum (HPP) : 36 854 (5.2%)	Passages en réa : 1 027 (0.1%)		Néonatalogie (UM05) : 22 635 (19.3%)	41
Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	HPP sévère (HPP avec acte) : 4 594 (0.6%)	Acc suite à un TIU reçu : 2 881 (0.4%)		Réa Néonatalogie (UM06) : 19 103 (16.3%)	
	Infections puerpérales : 1 044 (0.1%)	Sorties par transfert suite à l'acc : 6 347 (0.9%)		Terme à la naissance :	
	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA)	Dont DS de 0 jour : 964 (15.2%)		vide : 8 809 (7.5%)	
	Recrutement :	NN vivants :	714 183	<28 SA : 2 563 (2.2%)	
Séjours des mort-nés	Garçons : 365 470 (51.2%)	DMS des Nnés restant à la maternité :	3.66	28-31 SA : 6 303 (5.4%)	
	Filles : 348 712 (48.8%)	Hospitalisations (mutations) :	88 705 (12.4%)	32 SA : 3 227 (2.7%)	
	Naissances multiples : 23 226 (3.3%)	Niveau de prise en charge maximum		33-36 SA : 31 366 (26.7%)	
	NN nés hors d'un hôpital : 3 696 (0.5%)	Néonatalogie (UM 04) : 59 447 (8.3%)		>=37 SA : 65 194 (55.5%)	
Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	Terme :	Néonatalogie (UM 05) : 16 289 (2.3%)		Morbidités et mortalité :	
	<28 SA : 2 477 (0.3%)	Réa néonatalogie (UM 06) : 12 969 (1.8%)		Hypotrophes <3ème perc. : 10 695 (9.1%)	
	28-31 SA : 4 811 (0.7%)	Morbidité et mortalité :		Macrosomes >97ème perc. : 3 754 (3.2%)	
	32 SA : 2 412 (0.3%)	Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 24 792 (3.5%)		Malfo. sévères dépistables : 5 283 (4.5%)	
Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	33-36 SA : 39 258 (5.5%)	Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 16 657 (2.3%)		Détresses respiratoires : 43 947 (37.4%)	
	>=37 SA : 665 210 (93.1%)	Malfo. sévères dépistables : 8 816 (1.2%)		Patho neuro. lourdes : 6 019 (5.1%)	
	Poids de naissance :	Détresse respiratoires : 50 478 (7.1%)		Transfusions : 3 945 (3.4%)	
	<1000g : 2 767 (0.4%)	Patho neurologiques lourdes : 3 958 (0.6%)		Décès post-nataux : 1 435 (1.2%)	
Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	1000-1499g : 4 510 (0.6%)	Transfusion : 2 828 (0.4%)		Âges à l'arrivée (pour les outborn) :	
	1500-1999g : 9 686 (1.4%)	Décès post-nataux : 1 368 (0.2%)		0-1 jour : 10 208	
	2000-2499g : 34 325 (4.8%)	Transferts (externes) :		2-7 jours : 6 648	
	>=2500g : 662 876 (92.8%)	Transferts à partir de la mater : 5 973 (0.8%)		7-27 jours : 12 484	
Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	Séjours des mort-nés	Transferts après passage en néonatalogie : 8 892 (1.2%)		1500-1999g : 580 (9.6%)	
	Mort-nés (>=22 SA) :	6 052		2000-2499g : 591 (9.8%)	
	Terme :	Poids :		>=2500g : 970 (16%)	
	<28 SA : 2 986 (49.3%)	32 SA : 250 (4.1%)		Issu d'une IMG : 2 551 (42.2%)	
Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	28-31 SA : 883 (14.6%)	33-36 SA : 929 (15.4%)		Issu grossesse multiple : 519 (8.6%)	
		>=37 SA : 994 (16.4%)			
		<1000g : 3 161 (52.2%)			
		1000-1499g : 740 (12.2%)			

Populations enregistrées		IDF	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 174869 DMS : 4.53 Résultats de l'accouchement : Uniques : 171 653 (98.2%) Gémellaires : 3 159 (1.8%) Triplés ou autres : 57 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 1 687 (1%) IMG après 22 SA : 661 (0.4%) Estimation d'enfants mort-nés : 1 723 MFIU : 685 (0.4%) Recrutement : < 20 ans : 1 945 (1.1%) ≥ 35 ans : 48 662 (27.8%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 13 267 (7.6%) Modes d'accouchement : Césariennes : 38 207 (21.8%) Voies basses : 135 904 (77.7%) Dont VB spontanées : 111 717 (82.2%) Dont épisiotomies / VBS : 8 312 (7.4%) Dont extractions instrumentales : 23 030 (16.9%) Dont anesthésies péridurales / VB : 116 096 (85.4%) Pathologies ante-natales : Diabète préexistants : 1 272 (0.7%) Diabète gestationnels : 21 394 (12.2%) Obésité (IMC défini et ≥30kg/m²) : 7 772 (4.4%) Ruptures prématurées des membranes : 16 942 (9.7%) Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 37 (0%) Passages en réa : 284 (0.2%) Acc suite à un TIU reçu : 594 (0.3%) Sorties par transfert suite à l'acc : 780 (0.4%) Dont DS de 0 jour : 149 (19.1%) Termes à l'acc. : <28 SA : 1 521 (0.9%) 28-31 SA : 1 296 (0.7%) 32 SA : 581 (0.3%) 33-36 SA : 8 858 (5.1%) ≥37 SA : 162 613 (93%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 1 512 (0.9%) Dont HELLP Sd : 417 Eclampsies : 84 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 8 791 (5%) HPP sévère (HPP avec acte) : 1 308 (0.7%) Infections puerpérales : 222 (0.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 44 875 DMS : 2.09 Séjours de + de 0 jour : 29 417 (65.6%) MAP : 10 194 (22.7%) Diabète préexistants : 1 232 (2.7%) Diabète gestationnels : 10 123 (22.6%) RCIU : 1 687 (3.8%) TIU envoyés : 1 811 (4%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 1 013 Rappel IMG après 22 SA : 661 IVG : 34 900 GEU : 3 339 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 336 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 284
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 176 223 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.59 Recrutement : Garçons : 89 620 (50.9%) Filles : 86 603 (49.1%) Naissances multiples : 6 335 (3.6%) NN nés hors d'un hôpital : 959 (0.5%) Terme : <28 SA : 766 (0.4%) 28-31 SA : 1 267 (0.7%) 32 SA : 577 (0.3%) 33-36 SA : 9 785 (5.6%) ≥37 SA : 163 827 (93%) Poids de naissance : <1000g : 812 (0.5%) 1000-1499g : 1 251 (0.7%) 1500-1999g : 2 454 (1.4%) 2000-2499g : 8 374 (4.8%) ≥2500g : 163 326 (92.7%) Hospitalisations (mutations) : 23 018 (13.1%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 15 341 (8.7%) Néonatalogie (UM 05) : 3 976 (2.3%) Réa néonatale (UM 06) : 3 701 (2.1%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 5 634 (3.2%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 4 215 (2.4%) Malfo. sévères dépistables : 1 899 (1.1%) Détresse respiratoires : 11 941 (6.8%) Patho neurologiques lourdes : 953 (0.5%) Transfusion : 936 (0.5%) Décès post-nataux : 408 (0.2%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 970 (0.6%) Transferts après passage en néonatalogie : 2 612 (1.5%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <i>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</i> NN en néonatalogie : 29 565 DMS : 4 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 18 785 (63.5%) Néonatalogie (UM05) : 5 413 (18.3%) Réa Néonatalogie (UM06) : 5 367 (18.2%) Terme à la naissance : vide : 1 108 (3.7%) <28 SA : 820 (2.8%) 28-31 SA : 1 792 (6.1%) 32 SA : 865 (2.9%) 33-36 SA : 8 448 (28.6%) ≥37 SA : 16 532 (55.9%) Outborn : 6 670 (22.6%) Agés à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 2 372 2-7 jours : 1 791 7-27 jours : 2 507 Poids : <1000g : 869 (2.9%) 1000-1499g : 1 679 (5.7%) 1500-1999g : 3 277 (11.1%) 2000-2499g : 5 853 (19.8%) ≥2500g : 17 886 (60.5%) Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 2 570 (8.7%) Macrosomes >97ème perc. : 1 024 (3.5%) Malfo. sévères dépistables : 1 124 (3.8%) Détresses respiratoires : 11 623 (39.3%) Patho neuro. lourdes : 1 455 (4.9%) Transfusions : 1 285 (4.3%) Décès post-nataux : 394 (1.3%)
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 1 671 Termes : <28 SA : 828 (49.6%) 28-31 SA : 233 (13.9%) 32 SA : 77 (4.6%) 33-36 SA : 260 (15.6%) ≥37 SA : 272 (16.3%) Poids : <1000g : 884 (52.9%) 1000-1499g : 192 (11.5%)	1500-1999g : 179 (10.7%) 2000-2499g : 156 (9.3%) ≥2500g : 257 (15.4%) Issu d'une IMG : 674 (40.3%) Issu grossesse multiple : 136 (8.1%)

Populations enregistrées		IDF type 1 et 1+	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 24971 DMS : 4.18 Résultats de l'accouchement : Uniques : 24 844 (99.5%) Gémellaires : 127 (0.5%) Triplés ou autres : . Avec enfant(s) mort-né(s) : 103 (0.4%) IMG après 22 SA : 21 (0.1%) Estimation d'enfants mort-nés : 105 MFIU : 44 (0.2%) Terme à l'acc. : <28 SA : 56 (0.2%) 28-31 SA : 19 (0.1%) 32 SA : 9 (0%) 33-36 SA : 597 (2.4%) ≥37 SA : 24 290 (97.3%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 57 (0.2%) Dont HELLP Sd : 20 Eclampsies : 8 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 104 (4.4%) HPP sévère (HPP avec acte) : 96 (0.4%) Infections puerpérales : 24 (0.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 4 017 DMS : 1.67 Séjours de + de 0 jour : 2 673 (66.5%) MAP : 1 031 (25.7%) Diabète préexistants : 49 (1.2%) Diabète gestationnels : 552 (13.7%) RCIU : 52 (1.3%) TIU envoyés : 302 (7.5%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 56 Rappel IMG après 22 SA : 21 IVG : 4 787 GEU : 180 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 24 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 15
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 24 989 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.65 Recrutement : Garçons : 12 652 (50.6%) Filles : 12 337 (49.4%) Naissances multiples : 243 (1%) NN nés hors d'un hôpital : 102 (0.4%) Terme : <28 SA : 13 (0.1%) 28-31 SA : 10 (0%) 32 SA : 8 (0%) 33-36 SA : 604 (2.4%) ≥37 SA : 24 354 (97.5%) Poids de naissance : <1000g : 9 (0%) 1000-1499g : 9 (0%) 1500-1999g : 46 (0.2%) 2000-2499g : 643 (2.6%) ≥2500g : 24 282 (97.2%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonatalogie : . DMS : . Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : . Néonatalogie (UM05) : . Réa Néonatalogie (UM06) : . Terme à la naissance : vide : . <28 SA : . 28-31 SA : . 32 SA : . 33-36 SA : . ≥37 SA : . Outborn : . Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : . 2-7 jours : . 7-27 jours : .
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 97 Terme : <28 SA : 43 (44.3%) 28-31 SA : 8 (8.2%) 32 SA : 2 (2.1%) 33-36 SA : 11 (11.3%) ≥37 SA : 33 (34%)	Poids : <1000g : 43 (44.3%) 1000-1499g : 7 (7.2%) 1500-1999g : 9 (9.3%) 2000-2499g : 9 (9.3%) ≥2500g : 29 (29.9%) Issu d'une IMG : 20 (20.6%) Issu grossesse multiple : 3 (3.1%)
		Hospitalisations (mutations) : . <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : . Néonatalogie (UM 05) : . Réa néonatalogie (UM 06) : . Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 637 (2.5%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 601 (2.4%) Malfo. sévères dépistables : 138 (0.6%) Détresse respiratoires : 679 (2.7%) Patho neurologiques lourdes : 18 (0.1%) Transfusion : 3 (0%) Décès post-nataux : 8 (0%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 562 (2.2%) Transferts après passage en néonatalogie : .	Poids : <1000g : . 1000-1499g : . 1500-1999g : . 2000-2499g : . ≥2500g : . Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : . Macrosomes >97ème perc. : . Malfo. sévères dépistables : . Détresses respiratoires : . Patho neuro. lourdes : . Transfusions : . Décès post-nataux : .

Populations enregistrées		IDF type 2A	Année 2018	
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 44194 DMS : 4.45	Séjours sans accouchement	
	Résultats de l'accouchement :	Recrutement : < 20 ans : 418 (0.9%) ≥ 35 ans : 12 494 (28.3%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 2 752 (6.2%)	Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*)	
	Uniques : 43 732 (99%) Gémellaires : 462 (1%) Triplés ou autres : . Avec enfant(s) mort-né(s) : 245 (0.6%) IMG après 22 SA : 39 (0.1%) Estimation d'enfants mort-nés : 246 MFIU : 152 (0.3%)	Modes d'accouchement : Césariennes : 9 946 (22.5%) Voies basses : 34 093 (77.1%) Dont VB spontanées : 27 809 (81.6%) Dont épisiotomies / VBS : 2 460 (8.8%) Dont extractions instrumentales : 6 098 (17.9%) Dont anesthésies péridurales / VB : 29 715 (87.2%)	Ante-partum : 9 109 DMS : 2.14 Séjours de + de 0 jour : 6 576 (72.2%) MAP : 2 483 (27.3%) Diabète préexistants : 157 (1.7%) Diabète gestationnels : 1 499 (16.5%) RCIU : 293 (3.2%) TIU envoyés : 579 (6.4%)	
	Terme à l'acc. : <28 SA : 137 (0.3%) 28-31 SA : 83 (0.2%) 32 SA : 49 (0.1%) 33-36 SA : 2 010 (4.5%) ≥37 SA : 41 915 (94.8%)	Pathologies ante-natales : Diabète préexistants : 179 (0.4%) Diabète gestationnels : 4 268 (9.7%) Obésité (IMC défini et ≥30kg/m²) : 1 095 (2.5%) Ruptures prématurées des membranes : 3 619 (8.2%)	Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 124 Rappel IMG après 22 SA : 39 IVG : 6 867 GEU : 714	
	Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 237 (0.5%) Dont HELLP Sd : 62 Eclampsies : 16 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 308 (3%) HPP sévère (HPP avec acte) : 226 (0.5%) Infections puerpérales : 31 (0.1%)	Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 6 (0%) Passages en réa : 45 (0.1%) Acc suite à un TIU reçu : 141 (0.3%) Sorties par transfert suite à l'acc : 166 (0.4%) Dont DS de 0 jour : 42 (25.3%)	Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 130 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 45	
Séjours du NN	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA)	NN vivants : 44 180	Séjours en unités autorisées de néonatalogie	
	nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	DMS des Nnés restant à la maternité : 3.58	Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J	
	Recrutement :	Hospitalisations (mutations) : 5 848 (13.2%) Niveau de prise en charge maximum	NN en néonatalogie : 7 175 DMS : 14	
	Garçons : 22 556 (51.1%) Filles : 21 624 (48.9%) Naissances multiples : 913 (2.1%) NN nés hors d'un hôpital : 163 (0.4%)	Néonatalogie (UM 04) : 5 848 (13.2%) Néonatalogie (UM 05) : . Réa néonatalogie (UM 06) : .	Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 7 175 (100%) Poids : Néonatalogie (UM05) : . Réa Néonatalogie (UM06) : .	
	Terme : <28 SA : 28 (0.1%) 28-31 SA : 50 (0.1%) 32 SA : 36 (0.1%) 33-36 SA : 2 063 (4.7%) ≥37 SA : 42 002 (95.1%)	Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 1 127 (2.6%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 1 114 (2.5%) Malfo. sévères dépistables : 190 (0.4%) Détresse respiratoires : 2 772 (6.3%) Patho neurologiques lourdes : 57 (0.1%) Transfusion : 14 (0%) Décès post-nataux : 14 (0%)	Terme à la naissance : vide : 312 (4.3%) <28 SA : 11 (0.2%) 28-31 SA : 74 (1%) 32 SA : 87 (1.2%) 33-36 SA : 2 069 (28.8%) ≥37 SA : 4 622 (64.4%) Outborn : 1 348 (18.8%)	
	Poids de naissance : <1000g : 26 (0.1%) 1000-1499g : 41 (0.1%) 1500-1999g : 352 (0.8%) 2000-2499g : 1 783 (4%) ≥2500g : 41 976 (95%)	Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 201 (0.5%) Transferts après passage en néonatalogie : 494 (1.1%)	Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 644 (9%) Macrosomes >97ème perc. : 279 (3.9%) Malfo. sévères dépistables : 98 (1.4%) Détresses respiratoires : 2 092 (29.2%) Patho neuro. lourdes : 66 (0.9%) Transfusions : 18 (0.3%) Décès post-nataux : 1 (0%)	
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 225	Ages à l'arrivée (pour les outborn) :	
	Terme : <28 SA : 89 (39.6%) 28-31 SA : 31 (13.8%)	Poids : 32 SA : 11 (4.9%) 33-36 SA : 38 (16.9%) ≥37 SA : 56 (24.9%)	0-1 jour : 339 2-7 jours : 502 7-27 jours : 507	
		<1000g : 99 (44%) 1000-1499g : 22 (9.8%)	1500-1999g : 25 (11.1%) 2000-2499g : 22 (9.8%) ≥2500g : 57 (25.3%)	
			Issu d'une IMG : 38 (16.9%) Issu grossesse multiple : 2 (0.9%)	

Populations enregistrées		IDF type 2B	Année 2018	
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 48409 DMS : 4.31 <u>Résultats de l'accouchement :</u> Uniques : 47 716 (98.6%) Gémellaires : 687 (1.4%) Triplés ou autres : 6 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 306 (0.6%) IMG après 22 SA : 67 (0.1%) Estimation d'enfants mort-nés : 312 MFIU : 157 (0.3%) <u>Terme à l'acc. :</u> <28 SA : 197 (0.4%) 28-31 SA : 173 (0.4%) 32 SA : 156 (0.3%) 33-36 SA : 2 416 (5%) >=37 SA : 45 467 (93.9%) <u>Indicateurs de morbidité :</u> Prééclampsies sévères : 333 (0.7%) Dont HELLP Sd : 95 Eclampsies : 19 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 2 093 (4.3%) HPP sévère (HPP avec acte) : 346 (0.7%) Infections puerpérales : 52 (0.1%)	Accouchements : 48409 DMS : 4.31 <u>Recrutement :</u> < 20 ans : 616 (1.3%) >= 35 ans : 12 221 (25.2%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 3 919 (8.1%) <u>Modes d'accouchement :</u> Césariennes : 9 659 (20%) Voies basses : 38 495 (79.5%) Dont VB spontanées : 32 333 (84%) Dont épisiotomies / VBS : 2 484 (7.7%) Dont extractions instrumentales : 5 910 (15.4%) Dont anesthésies péridurales / VB : 32 765 (85.1%) <u>Pathologies ante-natales :</u> Diabètes préexistants : 405 (0.8%) Diabètes gestationnels : 6 637 (13.7%) Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : 2 060 (4.3%) Ruptures prématurées des membranes : 5 910 (12.2%) <u>Mutations ou transferts :</u> Mutations ou transferts en psy : 11 (0%) Passages en réa : 77 (0.2%) Acc suite à un TIU reçu : 83 (0.2%) Sorties par transfert suite à l'acc : 195 (0.4%) Dont DS de 0 jour : 30 (15.4%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 12 216 DMS : 2.19 Séjours de + de 0 jour : 8 449 (69.2%) MAP : 2 653 (21.7%) Diabètes préexistants : 423 (3.5%) Diabètes gestationnels : 3 260 (26.7%) RCIU : 566 (4.6%) TIU envoyés : 645 (5.3%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 140 Rappel IMG après 22 SA : 67 IVG : 7 887 GEU : 966 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 36 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 77
	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	NN vivants : 48 812 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.44 <u>Recrutement :</u> Garçons : 24 791 (50.8%) Filles : 24 021 (49.2%) Naissances multiples : 1 390 (2.8%) NN nés hors d'un hôpital : 257 (0.5%) <u>Terme :</u> <28 SA : 56 (0.1%) 28-31 SA : 156 (0.3%) 32 SA : 145 (0.3%) 33-36 SA : 2 630 (5.4%) >=37 SA : 45 825 (93.9%) <u>Poids de naissance :</u> <1000g : 59 (0.1%) 1000-1499g : 170 (0.3%) 1500-1999g : 634 (1.3%) 2000-2499g : 2 301 (4.7%) >=2500g : 45 648 (93.5%)	NN vivants : 48 812 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.44 <u>Hospitalisations (mutations) :</u> 6 546 (13.4%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 3 961 (8.1%) Néonatalogie (UM 05) : 2 585 (5.3%) Réa néonatale (UM 06) : . <u>Morbidité et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 1 532 (3.1%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 1 161 (2.4%) Malfo. sévères dépistables : 395 (0.8%) Détresse respiratoires : 3 085 (6.3%) Patho neurologiques lourdes : 141 (0.3%) Transfusion : 72 (0.1%) Décès post-nataux : 25 (0.1%) <u>Transferts (externes) :</u> Transferts à partir de la mater : 94 (0.2%) Transferts après passage en néonatalogie : 502 (1%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonatalogie : 8 860 DMS : . <u>Prise en charge maximum :</u> Néonatalogie (UM04) : 5 287 (59.7%) Néonatalogie (UM05) : 3 573 (40.3%) Réa Néonatalogie (UM06) : . <u>Terme à la naissance :</u> vide : 501 (5.7%) <28 SA : 51 (0.6%) 28-31 SA : 442 (5%) 32 SA : 307 (3.5%) 33-36 SA : 2 363 (26.7%) >=37 SA : 5 196 (58.6%) Outborn : 2 349 (26.5%) <u>Âges à l'arrivée (pour les outborn) :</u> 0-1 jour : 368 2-7 jours : 739 7-27 jours : 1 242 <u>Poids :</u> <1000g : 46 (0.5%) 1000-1499g : 387 (4.4%) 1500-1999g : 1 080 (12.2%) 2000-2499g : 1 588 (17.9%) >=2500g : 5 759 (65%) <u>Morbidités et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. : 687 (7.8%) Macrosomes >97ème perc. : 338 (3.8%) Malfo. sévères dépistables : 200 (2.3%) Détresses respiratoires : 3 037 (34.3%) Patho neuro. lourdes : 238 (2.7%) Transfusions : 108 (1.2%) Décès post-nataux : 15 (0.2%)
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (>=22 SA) : 308 Poids : <1000g : 150 (48.7%) 1000-1499g : 40 (13%) 1500-1999g : 30 (9.7%) 2000-2499g : 30 (9.7%) >=2500g : 58 (18.8%) <u>Terme :</u> <28 SA : 143 (46.4%) 28-31 SA : 41 (13.3%) 32 SA : 18 (5.8%) 33-36 SA : 50 (16.2%) >=37 SA : 55 (17.9%)	Mort-nés (>=22 SA) : 308 Poids : <1000g : 150 (48.7%) 1000-1499g : 40 (13%) 1500-1999g : 30 (9.7%) 2000-2499g : 30 (9.7%) >=2500g : 58 (18.8%) <u>Terme :</u> <28 SA : 143 (46.4%) 28-31 SA : 41 (13.3%) 32 SA : 18 (5.8%) 33-36 SA : 50 (16.2%) >=37 SA : 55 (17.9%)	Séjours des mort-nés Poids : <1000g : 150 (48.7%) 1000-1499g : 40 (13%) 1500-1999g : 30 (9.7%) 2000-2499g : 30 (9.7%) >=2500g : 58 (18.8%) <u>Terme :</u> <28 SA : 143 (46.4%) 28-31 SA : 41 (13.3%) 32 SA : 18 (5.8%) 33-36 SA : 50 (16.2%) >=37 SA : 55 (17.9%)

Populations enregistrées		IDF type 3	Année 2018	
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)		Séjours sans accouchement	
	Accouchements : 57294 DMS : 4.93		Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 18 464 DMS : 2.15	
	Résultats de l'accouchement : Uniques : 55 360 (96.6%) Gémellaires : 1 883 (3.3%) Triplés ou autres : 51 (0.1%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 1 033 (1.8%) IMG après 22 SA : 534 (0.9%) Estimation d'enfants mort-nés : 1 060 MFIU : 332 (0.6%)		Séjours de + de 0 jour : 11 401 (61.7%) MAP : 4 026 (21.8%) Diabètes préexistants : 520 (2.8%) Diabètes gestationnels : 3 968 (21.5%) RCIU : 776 (4.2%) TIU envoyés : 268 (1.5%)	
	Recrutement : < 20 ans : 765 (1.3%) ≥ 35 ans : 15 997 (27.9%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 6 007 (10.5%)		Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 693 Rappel IMG après 22 SA : 534 IVG : 11 568 GEU : 1 437	
Séjours du NN	Termes à l'acc. : <28 SA : 1 131 (2%) 28-31 SA : 1 021 (1.8%) 32 SA : 367 (0.6%) 33-36 SA : 3 835 (6.7%) ≥37 SA : 50 940 (88.9%)		Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 113 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 147	
	Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 885 (1.5%) Dont HELLP Sd : 240 Eclampsies : 41 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 4 086 (7.1%) HPP sévère (HPP avec acte) : 511 (0.9%) Infections puerpérales : 115 (0.2%)		Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J	
	Pathologies ante-natales : Diabètes préexistants : 606 (1.1%) Diabètes gestationnels : 8 425 (14.7%) Obésité (IMC défini et ≥30kg/m²) : 4 214 (7.4%) Ruptures prématurées des membranes : 5 142 (9%)		NN en néonatalogie : 13 530 DMS : 4	
	Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 18 (0%) Passages en réa : 147 (0.3%) Acc suite à un TIU reçu : 286 (0.5%) Sorties par transfert suite à l'acc : 183 (0.3%) Dont DS de 0 jour : 38 (20.8%)		Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 6 323 (46.7%) Néonatalogie (UM05) : 1 840 (13.6%) Réa Néonatalogie (UM06) : 5 367 (39.7%)	
Séjours des naissances vivantes (>=22 SA)	Recrutement : Garçons : 29 620 (50.9%) Filles : 28 621 (49.1%) Naissances multiples : 3 789 (6.5%) NN nés hors d'un hôpital : 437 (0.8%)		Terme à la naissance : vide : 295 (2.2%) <28 SA : 758 (5.6%) 28-31 SA : 1 276 (9.4%) 32 SA : 471 (3.5%) 33-36 SA : 4 016 (29.7%) ≥37 SA : 6 714 (49.6%) Outborn : 2 973 (22%)	
	Termes : <28 SA : 669 (1.1%) 28-31 SA : 1 051 (1.8%) 32 SA : 388 (0.7%) 33-36 SA : 4 488 (7.7%) ≥37 SA : 51 645 (88.7%)		Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 1 239 (9.2%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 407 (3%) Malfo. sévères dépistables : 826 (6.1%) Détresse respiratoires : 6 494 (48%) Patho neuro. lourdes : 1 151 (8.5%) Transfusions : 1 159 (8.6%) Décès post-nataux : 378 (2.8%)	
	Poids de naissance : <1000g : 718 (1.2%) 1000-1499g : 1 031 (1.8%) 1500-1999g : 1 422 (2.4%) 2000-2499g : 3 647 (6.3%) ≥2500g : 51 419 (88.3%)		Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 1 665 2-7 jours : 550 7-27 jours : 758	
	Hospitalisations (mutations) : 10 624 (18.2%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 5 532 (9.5%) Néonatalogie (UM 05) : 1 391 (2.4%) Réa néonatalogie (UM 06) : 3 701 (6.4%)		Agés à l'arrivée (pour les outborn) : 1500-1999g : 115 (11.1%) 2000-2499g : 94 (9%) ≥2500g : 113 (10.9%)	
Séjours des mort-nés	Recrutement : Garçons : 29 620 (50.9%) Filles : 28 621 (49.1%) Naissances multiples : 3 789 (6.5%) NN nés hors d'un hôpital : 437 (0.8%)		Mort-nés (>=22 SA) : 1 040 Poids : <1000g : 592 (56.9%) 1000-1499g : 123 (11.8%)	
	Termes : <28 SA : 553 (53.2%) 28-31 SA : 153 (14.7%)		Issu d'une IMG : 534 (51.3%) Issu grossesse multiple : 118 (11.3%)	
	Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 2 338 (4%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 1 339 (2.3%) Malfo. sévères dépistables : 1 176 (2%) Détresse respiratoires : 5 405 (9.3%) Patho neurologiques lourdes : 737 (1.3%) Transfusion : 847 (1.5%) Décès post-nataux : 361 (0.6%)		Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 112 (0.2%) Transferts après passage en néonatalogie : 1 616 (2.8%)	
	Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 112 (0.2%) Transferts après passage en néonatalogie : 1 616 (2.8%)		Agés à l'arrivée (pour les outborn) : 1500-1999g : 115 (11.1%) 2000-2499g : 94 (9%) ≥2500g : 113 (10.9%)	

Populations enregistrées		75 - Paris	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 41906 DMS : 4.72 Résultats de l'accouchement : Uniques : 40 946 (97.7%) Gémellaires : 935 (2.2%) Triplés ou autres : 25 (0.1%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 529 (1.3%) IMG après 22 SA : 286 (0.7%) Estimation d'enfants mort-nés : 543 MFIU : 166 (0.4%) Recrutement : < 20 ans : 290 (0.7%) ≥ 35 ans : 14 517 (34.6%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 4 510 (10.8%) Modes d'accouchement : Césariennes : 9 281 (22.1%) Voies basses : 32 492 (77.5%) Dont VB spontanées : 25 898 (79.7%) Dont épisiotomies / VBS : 1 839 (7.1%) Dont extractions instrumentales : 6 262 (19.3%) Dont anesthésies péridurales / VB : 29 169 (89.8%) Termes à l'acc. : <28 SA : 465 (1.1%) 28-31 SA : 349 (0.8%) 32 SA : 150 (0.4%) 33-36 SA : 2 160 (5.2%) ≥37 SA : 38 782 (92.5%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 433 (1%) Dont HELLP Sd : 115 Eclampsies : 18 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 2 647 (6.3%) HPP sévère (HPP avec acte) : 290 (0.7%) Infections puerpérales : 77 (0.2%) Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 4 (0%) Passages en réa : 60 (0.1%) Acc suite à un TIU reçu : 143 (0.3%) Sorties par transfert suite à l'acc : 183 (0.4%) Dont DS de 0 jour : 44 (24%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 13 165 DMS : 1.48 Séjours de + de 0 jour : 6 494 (49.3%) MAP : 2 997 (22.8%) Diabètes préexistants : 311 (2.4%) Diabètes gestationnels : 2 644 (20.1%) RCIU : 532 (4%) TIU envoyés : 572 (4.3%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 443 Rappel IMG après 22 SA : 286 IVG : 8 689 GEU : 664 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 162 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 60
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 42 358 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.73 Recrutement : Garçons : 21 696 (51.2%) Filles : 20 662 (48.8%) Naissances multiples : 1 896 (4.5%) NN nés hors d'un hôpital : 140 (0.3%) Termes : <28 SA : 218 (0.5%) 28-31 SA : 330 (0.8%) 32 SA : 163 (0.4%) 33-36 SA : 2 475 (5.8%) ≥37 SA : 39 172 (92.5%) Poids de naissance : <1000g : 230 (0.5%) 1000-1499g : 339 (0.8%) 1500-1999g : 655 (1.5%) 2000-2499g : 2 082 (4.9%) ≥2500g : 39 051 (92.2%) Hospitalisations (mutations) : 5 347 (12.6%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 3 372 (8%) Néonatalogie (UM 05) : 791 (1.9%) Réa néonatale (UM 06) : 1 184 (2.8%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 1 358 (3.2%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 891 (2.1%) Malfo. sévères dépistables : 915 (2.2%) Détresse respiratoires : 3 385 (8%) Patho neurologiques lourdes : 289 (0.7%) Transfusion : 390 (0.9%) Décès post-nataux : 152 (0.4%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 327 (0.8%) Transferts après passage en néonatal : 680 (1.6%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonatal : 6 967 DMS : 4 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 3 866 (55.5%) Néonatalogie (UM05) : 1 192 (17.1%) Réa Néonatale (UM06) : 1 909 (27.4%) Termes à la naissance : vide : 39 (0.6%) <28 SA : 270 (3.9%) 28-31 SA : 454 (6.5%) 32 SA : 251 (3.6%) 33-36 SA : 2 012 (28.9%) ≥37 SA : 3 941 (56.6%) Outborn : 1 639 (23.5%) Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 731 2-7 jours : 472 7-27 jours : 436 Poids : <1000g : 281 (4%) 1000-1499g : 458 (6.6%) 1500-1999g : 829 (11.9%) 2000-2499g : 1 269 (18.2%) ≥2500g : 4 130 (59.3%) Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 593 (8.5%) Macrosomes >97ème perc. : 198 (2.8%) Malfo. sévères dépistables : 555 (8%) Détresses respiratoires : 3 071 (44.1%) Patho neuro. lourdes : 490 (7%) Transfusions : 544 (7.8%) Décès post-nataux : 175 (2.5%)
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 545 Termes : <28 SA : 281 (51.6%) 28-31 SA : 80 (14.7%) 32 SA : 20 (3.7%) 33-36 SA : 90 (16.5%) ≥37 SA : 74 (13.6%) Poids : <1000g : 305 (56%) 1000-1499g : 63 (11.6%)	1500-1999g : 57 (10.5%) 2000-2499g : 42 (7.7%) ≥2500g : 77 (14.1%) Issu d'une IMG : 282 (51.7%) Issu grossesse multiple : 70 (12.8%)

Populations enregistrées		77 - Seine-et-Marne	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 13715 DMS : 4.15 <u>Résultats de l'accouchement :</u> Uniques : 13 487 (98.3%) Gémellaires : 227 (1.7%) Triplés ou autres : 1 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 84 (0.6%) IMG après 22 SA : 12 (0.1%) Estimation d'enfants mort-nés : 84 MFIU : 46 (0.3%) <u>Terme à l'acc. :</u> <28 SA : 68 (0.5%) 28-31 SA : 66 (0.5%) 32 SA : 43 (0.3%) 33-36 SA : 758 (5.5%) >=37 SA : 12 780 (93.2%) <u>Indicateurs de morbidité :</u> Prééclampsies sévères : 78 (0.6%) Dont HELLP Sd : 29 Eclampsies : 8 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 469 (3.4%) HPP sévère (HPP avec acte) : 51 (0.4%) Infections puerpérales : 14 (0.1%) <u>Recrutement :</u> < 20 ans : 213 (1.6%) >= 35 ans : 3 111 (22.7%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 742 (5.4%) <u>Modes d'accouchement :</u> Césariennes : 2 761 (20.1%) Voies basses : 10 861 (79.2%) Dont VB spontanées : 9 524 (87.7%) Dont épisiotomies / VBS : 880 (9.2%) Dont extractions instrumentales : 1 243 (11.4%) Dont anesthésies péridurales / VB : 9 020 (83%) <u>Pathologies ante-natales :</u> Diabètes préexistants : 104 (0.8%) Diabètes gestationnels : 1 666 (12.1%) Obésité (IMC défini et >=30kg/m ²) : 201 (1.5%) Ruptures prématurées des membranes : 1 204 (8.8%) <u>Mutations ou transferts :</u> Mutations ou transferts en psy : 3 (0%) Passages en réa : 18 (0.1%) Acc suite à un TIU reçu : 41 (0.3%) Sorties par transfert suite à l'acc : 76 (0.6%) Dont DS de 0 jour : 11 (14.5%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 3 197 DMS : 2.36 Séjours de + de 0 jour : 2 154 (67.4%) MAP : 818 (25.6%) Diabètes préexistants : 74 (2.3%) Diabètes gestationnels : 828 (25.9%) RCIU : 152 (4.8%) TIU envoyés : 211 (6.6%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 26 Rappel IMG après 22 SA : 12 IVG : 2 403 GEU : 275 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 11 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 18
	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 13 855 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.28 <u>Recrutement :</u> Garçons : 7 002 (50.5%) Filles : 6 853 (49.5%) Naissances multiples : 451 (3.3%) NN nés hors d'un hôpital : 93 (0.7%) <u>Terme :</u> <28 SA : 37 (0.3%) 28-31 SA : 64 (0.5%) 32 SA : 47 (0.3%) 33-36 SA : 840 (6.1%) >=37 SA : 12 867 (92.9%) <u>Poids de naissance :</u> <1000g : 33 (0.2%) 1000-1499g : 74 (0.5%) 1500-1999g : 195 (1.4%) 2000-2499g : 707 (5.1%) >=2500g : 12 846 (92.7%) <u>Hospitalisations (mutations) :</u> 1 518 (11%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 678 (4.9%) Néonatalogie (UM 05) : 662 (4.8%) Réa néonatale (UM 06) : 178 (1.3%) <u>Morbidité et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 480 (3.5%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 344 (2.5%) Malfo. sévères dépistables : 109 (0.8%) Détresse respiratoires : 870 (6.3%) Patho neurologiques lourdes : 60 (0.4%) Transfusion : 52 (0.4%) Décès post-nataux : 12 (0.1%) <u>Transferts (externes) :</u> Transferts à partir de la mater : 53 (0.4%) Transferts après passage en néonatalogie : 188 (1.4%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonatalogie : 2 094 DMS : 4 <u>Prise en charge maximum :</u> Néonatalogie (UM04) : 1 046 (50%) Néonatalogie (UM05) : 814 (38.9%) Réa Néonatalogie (UM06) : 234 (11.2%) <u>Terme à la naissance :</u> vide : 117 (5.6%) <28 SA : 43 (2.1%) 28-31 SA : 112 (5.3%) 32 SA : 74 (3.5%) 33-36 SA : 623 (29.8%) >=37 SA : 1 125 (53.7%) Outborn : 584 (27.9%) <u>Agès à l'arrivée (pour les outborn) :</u> 0-1 jour : 106 2-7 jours : 156 7-27 jours : 322 <u>Poids :</u> <1000g : 36 (1.7%) 1000-1499g : 116 (5.5%) 1500-1999g : 264 (12.6%) 2000-2499g : 410 (19.6%) >=2500g : 1 268 (60.6%) <u>Morbidités et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. : 168 (8%) Macrosomes >97ème perc. : 79 (3.8%) Malfo. sévères dépistables : 48 (2.3%) Détresses respiratoires : 809 (38.6%) Patho neuro. lourdes : 80 (3.8%) Transfusions : 67 (3.2%) Décès post-nataux : 13 (0.6%)
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (>=22 SA) : 84 <u>Terme :</u> <28 SA : 31 (36.9%) 28-31 SA : 12 (14.3%) 32 SA : 4 (4.8%) 33-36 SA : 14 (16.7%) >=37 SA : 23 (27.4%) Poids : <1000g : 37 (44%) 1000-1499g : 6 (7.1%) 1500-1999g : 9 (10.7%) 2000-2499g : 14 (16.7%) >=2500g : 18 (21.4%) Issu d'une IMG : 31 (36.9%) Issu grossesse multiple : 1 (1.2%)	

Populations enregistrées		78 - Yvelines	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 16217 DMS : 4.48 Résultats de l'accouchement : Uniques : 15 956 (98.4%) Gémellaires : 259 (1.6%) Triplés ou autres : 2 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 123 (0.8%) IMG après 22 SA : 36 (0.2%) Estimation d'enfants mort-nés : 126 MFIU : 48 (0.3%) Terme à l'acc. : <28 SA : 100 (0.6%) 28-31 SA : 84 (0.5%) 32 SA : 37 (0.2%) 33-36 SA : 752 (4.6%) ≥37 SA : 15 244 (94%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 114 (0.7%) Dont HELLP Sd : 30 Eclampsies : 11 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 683 (4.2%) HPP sévère (HPP avec acte) : 200 (1.2%) Infections puerpérales : 26 (0.2%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 2 722 DMS : 2.1 Séjours de + de 0 jour : 2 218 (81.5%) MAP : 695 (25.5%) Diabètes préexistants : 71 (2.6%) Diabètes gestationnels : 465 (17.1%) RCIU : 94 (3.5%) TIU envoyés : 133 (4.9%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 119 Rappel IMG après 22 SA : 36 IVG : 2 813 GEU : 320 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 16 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 28
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 16 324 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.73 Recrutement : Garçons : 8 140 (49.9%) Filles : 8 184 (50.1%) Naissances multiples : 510 (3.1%) NN nés hors d'un hôpital : 97 (0.6%) Terme : <28 SA : 51 (0.3%) 28-31 SA : 91 (0.6%) 32 SA : 29 (0.2%) 33-36 SA : 810 (5%) ≥37 SA : 15 343 (94%) Poids de naissance : <1000g : 69 (0.4%) 1000-1499g : 71 (0.4%) 1500-1999g : 191 (1.2%) 2000-2499g : 736 (4.5%) ≥2500g : 15 255 (93.5%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonat : 2 179 DMS : 18 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 1 276 (58.6%) Néonatalogie (UM05) : 387 (17.8%) Réa Néonatale (UM06) : 516 (23.7%) Terme à la naissance : vide : 91 (4.2%) <28 SA : 48 (2.2%) 28-31 SA : 125 (5.7%) 32 SA : 44 (2%) 33-36 SA : 692 (31.8%) ≥37 SA : 1 179 (54.1%) Outborn : 518 (23.8%) Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 123 2-7 jours : 158 7-27 jours : 237
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 126 Terme : <28 SA : 56 (44.4%) 28-31 SA : 17 (13.5%) 32 SA : 7 (5.6%) 33-36 SA : 26 (20.6%) ≥37 SA : 20 (15.9%)	Poids : <1000g : 58 (46%) 1000-1499g : 16 (12.7%) 1500-1999g : 16 (12.7%) 2000-2499g : 17 (13.5%) ≥2500g : 19 (15.1%) Issu d'une IMG : 39 (31%) Issu grossesse multiple : 11 (8.7%)
	Séjours du NN	Hospitalisations (mutations) : 1 674 (10.3%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 919 (5.6%) Néonatalogie (UM 05) : 289 (1.8%) Réa néonatale (UM 06) : 466 (2.9%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 546 (3.3%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 364 (2.2%) Malfo. sévères dépistables : 108 (0.7%) Détresse respiratoires : 1 088 (6.7%) Patho neurologiques lourdes : 64 (0.4%) Transfusion : 59 (0.4%) Décès post-nataux : 27 (0.2%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 88 (0.5%) Transferts après passage en néonat : 239 (1.5%)	Poids : <1000g : 68 (3.1%) 1000-1499g : 103 (4.7%) 1500-1999g : 267 (12.3%) 2000-2499g : 440 (20.2%) ≥2500g : 1 300 (59.7%) Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 241 (11.1%) Macrosomes >97ème perc. : 70 (3.2%) Malfo. sévères dépistables : 64 (2.9%) Détresses respiratoires : 1 122 (51.5%) Patho neuro. lourdes : 101 (4.6%) Transfusions : 79 (3.6%) Décès post-nataux : 27 (1.2%)

Populations enregistrées		91 - Essonne	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 14980 DMS : 4.39 Résultats de l'accouchement : Uniques : 14 748 (98.5%) Gémellaires : 229 (1.5%) Triplés ou autres : 3 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 125 (0.8%) IMG après 22 SA : 15 (0.1%) Estimation d'enfants mort-nés : 127 MFIU : 77 (0.5%) Terme à l'acc. : <28 SA : 115 (0.8%) 28-31 SA : 102 (0.7%) 32 SA : 48 (0.3%) 33-36 SA : 789 (5.3%) ≥37 SA : 13 926 (93%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 133 (0.9%) Dont HELLP Sd : 47 Eclampsies : 11 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 521 (3.5%) HPP sévère (HPP avec acte) : 81 (0.5%) Infections puerpérales : 11 (0.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 3 104 DMS : 2.51 Séjours de + de 0 jour : 2 418 (77.9%) MAP : 794 (25.6%) Diabète préexistants : 114 (3.7%) Diabète gestationnels : 550 (17.7%) RCIU : 84 (2.7%) TIU envoyés : 90 (2.9%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 32 Rappel IMG après 22 SA : 15 IVG : 3 460 GEU : 350 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 9 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 40
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 15 087 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.49 Recrutement : Garçons : 7 646 (50.7%) Filles : 7 441 (49.3%) Naissances multiples : 462 (3.1%) NN nés hors d'un hôpital : 74 (0.5%) Terme : <28 SA : 71 (0.5%) 28-31 SA : 104 (0.7%) 32 SA : 51 (0.3%) 33-36 SA : 872 (5.8%) ≥37 SA : 13 989 (92.7%) Poids de naissance : <1000g : 64 (0.4%) 1000-1499g : 112 (0.7%) 1500-1999g : 176 (1.2%) 2000-2499g : 704 (4.7%) ≥2500g : 14 031 (93%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonatalogie : 3 155 DMS : 8 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 2 392 (75.8%) Néonatalogie (UM05) : 411 (13%) Réa Néonatalogie (UM06) : 352 (11.2%) Terme à la naissance : vide : 53 (1.7%) <28 SA : 72 (2.3%) 28-31 SA : 149 (4.7%) 32 SA : 69 (2.2%) 33-36 SA : 751 (23.8%) ≥37 SA : 2 061 (65.3%) Outborn : 553 (17.5%) Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 136 2-7 jours : 176 7-27 jours : 241 Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 238 (7.5%) Macrosomes >97ème perc. : 155 (4.9%) Malfo. sévères dépistables : 79 (2.5%) Détresses respiratoires : 1 181 (37.4%) Patho neuro. lourdes : 107 (3.4%) Transfusions : 82 (2.6%) Décès post-nataux : 23 (0.7%)
Séjours du NN	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 126 Terme : <28 SA : 53 (42.1%) 28-31 SA : 14 (11.1%) 32 SA : 7 (5.6%) 33-36 SA : 20 (15.9%) ≥37 SA : 32 (25.4%)	Poids : <1000g : 60 (47.6%) 1000-1499g : 9 (7.1%) 1500-1999g : 15 (11.9%) 2000-2499g : 13 (10.3%) ≥2500g : 29 (23%) Issu d'une IMG : 20 (15.9%) Issu grossesse multiple : 9 (7.1%)

Populations enregistrées		92 - Hauts-de-Seine	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 25370 DMS : 4.37 <u>Résultats de l'accouchement :</u> Uniques : 24 874 (98%) Gémellaires : 482 (1.9%) Triplés ou autres : 14 (0.1%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 229 (0.9%) IMG après 22 SA : 120 (0.5%) Estimation d'enfants mort-nés : 234 MFIU : 73 (0.3%) <u>Terme à l'acc. :</u> <28 SA : 213 (0.8%) 28-31 SA : 161 (0.6%) 32 SA : 68 (0.3%) 33-36 SA : 1 194 (4.7%) ≥37 SA : 23 734 (93.6%) <u>Indicateurs de morbidité :</u> Prééclampsies sévères : 150 (0.6%) Dont HELLP Sd : 58 Eclampsies : 11 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 074 (4.2%) HPP sévère (HPP avec acte) : 170 (0.7%) Infections puerpérales : 18 (0.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 5 523 DMS : 2.27 Séjours de + de 0 jour : 3 907 (70.7%) MAP : 1 462 (26.5%) Diabètes préexistants : 64 (1.2%) Diabètes gestationnels : 1 055 (19.1%) RCIU : 245 (4.4%) TIU envoyés : 218 (3.9%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 148 Rappel IMG après 22 SA : 120 IVG : 4 822 GEU : 519 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 54 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 30
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 25 601 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.53 <u>Recrutement :</u> Garçons : 13 097 (51.2%) Filles : 12 504 (48.8%) Naissances multiples : 973 (3.8%) NN nés hors d'un hôpital : 227 (0.9%) <u>Terme :</u> <28 SA : 89 (0.3%) 28-31 SA : 169 (0.7%) 32 SA : 75 (0.3%) 33-36 SA : 1 330 (5.2%) ≥37 SA : 23 937 (93.5%) <u>Poids de naissance :</u> <1000g : 92 (0.4%) 1000-1499g : 170 (0.7%) 1500-1999g : 331 (1.3%) 2000-2499g : 1 099 (4.3%) ≥2500g : 23 909 (93.4%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonat : 4 805 DMS : 7 <u>Prise en charge maximum :</u> Néonatalogie (UM04) : 3 481 (72.4%) Poids : Néonatalogie (UM05) : 511 (10.6%) Réa Néonatale (UM06) : 813 (16.9%) <1000g : 103 (2.1%) 1000-1499g : 210 (4.4%) 1500-1999g : 454 (9.4%) 2000-2499g : 896 (18.6%) ≥2500g : 3 142 (65.4%) <u>Terme à la naissance :</u> vide : 579 (12%) <28 SA : 92 (1.9%) 28-31 SA : 237 (4.9%) 32 SA : 115 (2.4%) 33-36 SA : 1 283 (26.7%) ≥37 SA : 2 499 (52%) Outborn : 1 307 (27.2%) <u>Âges à l'arrivée (pour les outborn) :</u> 0-1 jour : 501 2-7 jours : 309 7-27 jours : 497
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 222 <u>Terme :</u> <28 SA : 124 (55.9%) 28-31 SA : 29 (13.1%) 32 SA : 8 (3.6%) 33-36 SA : 34 (15.3%) ≥37 SA : 27 (12.2%)	Poids : <1000g : 124 (55.9%) 1000-1499g : 29 (13.1%) 1500-1999g : 23 (10.4%) 2000-2499g : 15 (6.8%) ≥2500g : 30 (13.5%) Issu d'une IMG : 117 (52.7%) Issu grossesse multiple : 13 (5.9%)
	Séjours du NN	<u>Hospitalisations (mutations) :</u> 3 509 (13.7%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 2 654 (10.4%) Néonatalogie (UM 05) : 373 (1.5%) Réa néonatale (UM 06) : 482 (1.9%) <u>Morbidité et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 756 (3%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 579 (2.3%) Malfo. sévères dépistables : 158 (0.6%) Détresse respiratoires : 1 408 (5.5%) Patho neurologiques lourdes : 143 (0.6%) Transfusion : 57 (0.2%) Décès post-nataux : 43 (0.2%) <u>Transferts (externes) :</u> Transferts à partir de la mater : 193 (0.8%) Transferts après passage en néonat : 414 (1.6%)	

Populations enregistrées		93 - Seine-Saint-Denis	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (237*)	Accouchements : 24039 DMS : 4.74 Résultats de l'accouchement : Uniques : 23 661 (98.4%) Gémellaires : 371 (1.5%) Triplés ou autres : 7 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 231 (1%) IMG après 22 SA : 51 (0.2%) Estimation d'enfants mort-nés : 234 MFIU : 108 (0.4%) Terme à l'acc. : <28 SA : 212 (0.9%) 28-31 SA : 236 (1%) 32 SA : 85 (0.4%) 33-36 SA : 1 252 (5.2%) ≥37 SA : 22 254 (92.6%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 220 (0.9%) Dont HELLP Sd : 48 Eclampsies : 6 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 271 (5.3%) HPP sévère (HPP avec acte) : 148 (0.6%) Infections puerpérales : 19 (0.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (235*) Ante-partum : 8 038 DMS : 2.44 Séjours de + de 0 jour : 5 688 (70.8%) MAP : 1 442 (17.9%) Diabètes préexistants : 312 (3.9%) Diabètes gestationnels : 2 396 (29.8%) RCIU : 311 (3.9%) TIU envoyés : 321 (4%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 40 Rappel IMG après 22 SA : 51 IVG : 6 235 GEU : 435 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 47 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 57
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (238*)</u>	NN vivants : 24 162 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.63 Recrutement : Garçons : 12 240 (50.7%) Filles : 11 922 (49.3%) Naissances multiples : 752 (3.1%) NN nés hors d'un hôpital : 124 (0.5%) Terme : <28 SA : 119 (0.5%) 28-31 SA : 221 (0.9%) 32 SA : 87 (0.4%) 33-36 SA : 1 342 (5.6%) ≥37 SA : 22 393 (92.7%) Poids de naissance : <1000g : 132 (0.5%) 1000-1499g : 209 (0.9%) 1500-1999g : 357 (1.5%) 2000-2499g : 1 168 (4.8%) ≥2500g : 22 296 (92.3%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonat : 3 985 DMS : 14 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 2 200 (55.2%) Poids : Néonatalogie (UM05) : 1 159 (29.1%) Réa Néonatale (UM06) : 626 (15.7%) <1000g : 132 (3.3%) 1000-1499g : 285 (7.2%) 1500-1999g : 486 (12.2%) 2000-2499g : 941 (23.6%) ≥2500g : 2 141 (53.7%) Terme à la naissance : vide : 78 (2%) <28 SA : 116 (2.9%) 28-31 SA : 331 (8.3%) 32 SA : 128 (3.2%) 33-36 SA : 1 207 (30.3%) ≥37 SA : 2 125 (53.3%) Outborn : 782 (19.6%) Agés à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 324 2-7 jours : 202 7-27 jours : 256 Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 403 (10.1%) Macrosomes >97ème perc. : 163 (4.1%) Malfo. sévères dépistables : 83 (2.1%) Détresses respiratoires : 1 394 (35%) Patho neuro. lourdes : 171 (4.3%) Transfusions : 171 (4.3%) Décès post-nataux : 45 (1.1%)
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 220 Terme : <28 SA : 109 (49.5%) 28-31 SA : 31 (14.1%) 32 SA : 11 (5%) 33-36 SA : 25 (11.4%) ≥37 SA : 43 (19.5%) Poids : <1000g : 117 (53.2%) 1000-1499g : 25 (11.4%) 1500-1999g : 23 (10.5%) 2000-2499g : 16 (7.3%) ≥2500g : 39 (17.7%) Issu d'une IMG : 47 (21.4%) Issu grossesse multiple : 10 (4.5%)	
	Séjours du NN	Hospitalisations (mutations) : 3 221 (13.3%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 1 940 (8%) Néonatalogie (UM 05) : 844 (3.5%) Réa néonatale (UM 06) : 437 (1.8%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 838 (3.5%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 685 (2.8%) Malfo. sévères dépistables : 118 (0.5%) Détresse respiratoires : 1 458 (6%) Patho neurologiques lourdes : 121 (0.5%) Transfusion : 129 (0.5%) Décès post-nataux : 46 (0.2%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 155 (0.6%) Transferts après passage en néonat : 364 (1.5%)	

Populations enregistrées		94 - Val-de-Marne	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 19512 DMS : 4.48 <u>Résultats de l'accouchement :</u> Uniques : 19 148 (98.1%) Gémellaires : 361 (1.9%) Triplés ou autres : 3 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 204 (1%) IMG après 22 SA : 85 (0.4%) Estimation d'enfants mort-nés : 211 MFIU : 93 (0.5%) <u>Terme à l'acc. :</u> <28 SA : 194 (1%) 28-31 SA : 165 (0.8%) 32 SA : 83 (0.4%) 33-36 SA : 1 039 (5.3%) ≥37 SA : 18 031 (92.4%) <u>Indicateurs de morbidité :</u> Prééclampsies sévères : 170 (0.9%) Dont HELLP Sd : 42 Eclampsies : 10 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 927 (4.8%) HPP sévère (HPP avec acte) : 143 (0.7%) Infections puerpérales : 35 (0.2%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 5 405 DMS : 1.97 Séjours de + de 0 jour : 3 210 (59.4%) MAP : 1 011 (18.7%) Diabètes préexistants : 166 (3.1%) Diabètes gestationnels : 1 507 (27.9%) RCIU : 127 (2.3%) TIU envoyés : 164 (3%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 108 Rappel IMG après 22 SA : 85 IVG : 2 552 GEU : 467 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 29 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 27
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 19 587 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.35 <u>Recrutement :</u> Garçons : 10 086 (51.5%) Filles : 9 501 (48.5%) Naissances multiples : 710 (3.6%) NN nés hors d'un hôpital : 106 (0.5%) <u>Terme :</u> <28 SA : 100 (0.5%) 28-31 SA : 160 (0.8%) 32 SA : 71 (0.4%) 33-36 SA : 1 115 (5.7%) ≥37 SA : 18 141 (92.6%) <u>Poids de naissance :</u> <1000g : 102 (0.5%) 1000-1499g : 150 (0.8%) 1500-1999g : 281 (1.4%) 2000-2499g : 997 (5.1%) ≥2500g : 18 054 (92.2%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonatalogie : 3 842 DMS : 6 <u>Prise en charge maximum :</u> Néonatalogie (UM04) : 2 844 (74%) Néonatalogie (UM05) : 418 (10.9%) Réa Néonatalogie (UM06) : 580 (15.1%) <u>Terme à la naissance :</u> vide : 137 (3.6%) <28 SA : 104 (2.7%) 28-31 SA : 213 (5.5%) 32 SA : 100 (2.6%) 33-36 SA : 1 032 (26.9%) ≥37 SA : 2 256 (58.7%) Outborn : 819 (21.3%) <u>Âges à l'arrivée (pour les outborn) :</u> 0-1 jour : 279 2-7 jours : 182 7-27 jours : 358
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 186 <u>Terme :</u> <28 SA : 97 (52.2%) 28-31 SA : 28 (15.1%) 32 SA : 15 (8.1%) 33-36 SA : 26 (14%) ≥37 SA : 20 (10.8%)	Poids : <1000g : 98 (52.7%) 1000-1499g : 24 (12.9%) 1500-1999g : 29 (15.6%) 2000-2499g : 17 (9.1%) ≥2500g : 17 (9.1%) Issu d'une IMG : 78 (41.9%) Issu grossesse multiple : 14 (7.5%)
		Morbidity et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 580 (3%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 455 (2.3%) Malfo. sévères dépistables : 210 (1.1%) Détresse respiratoires : 1 507 (7.7%) Patho neurologiques lourdes : 117 (0.6%) Transfusion : 101 (0.5%) Décès post-nataux : 57 (0.3%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 72 (0.4%) Transferts après passage en néonatalogie : 263 (1.3%)	Poids : <1000g : 100 (2.6%) 1000-1499g : 194 (5%) 1500-1999g : 388 (10.1%) 2000-2499g : 812 (21.1%) ≥2500g : 2 348 (61.1%) Morbidity et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 322 (8.4%) Macrosomes >97ème perc. : 146 (3.8%) Malfo. sévères dépistables : 141 (3.7%) Détresses respiratoires : 1 443 (37.6%) Patho neuro. lourdes : 152 (4%) Transfusions : 144 (3.7%) Décès post-nataux : 43 (1.1%)

Populations enregistrées		95 - Val d'Oise	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (237*)	Accouchements : 19130 DMS : 4.54 Résultats de l'accouchement : Uniques : 18 833 (98.4%) Gémellaires : 295 (1.5%) Triplés ou autres : 2 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 162 (0.8%) IMG après 22 SA : 56 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 164 MFIU : 74 (0.4%) Recrutement : < 20 ans : 240 (1.3%) ≥ 35 ans : 4 544 (23.8%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 1 007 (5.3%) Modes d'accouchement : Césariennes : 3 817 (20%) Voies basses : 15 223 (79.6%) Dont VB spontanées : 12 809 (84.1%) Dont épisiotomies / VBS : 912 (7.1%) Dont extractions instrumentales : 2 305 (15.1%) Dont anesthésies péridurales / VB : 12 063 (79.2%) Termes à l'acc. : <28 SA : 154 (0.8%) 28-31 SA : 133 (0.7%) 32 SA : 67 (0.4%) 33-36 SA : 914 (4.8%) ≥37 SA : 17 862 (93.4%) Pathologies ante-natales : Diabète préexistants : 105 (0.5%) Diabète gestationnels : 3 144 (16.4%) Obésité (IMC défini et ≥30kg/m ²) : 748 (3.9%) Ruptures prématurées des membranes : 1 315 (6.9%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 214 (1.1%) Dont HELLP Sd : 48 Eclampsies : 9 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 999 (5.2%) HPP sévère (HPP avec acte) : 96 (0.5%) Infections puerpérales : 22 (0.1%) Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 5 (0%) Passages en réa : 24 (0.1%) Acc suite à un TIU reçu : 52 (0.3%) Sorties par transfert suite à l'acc : 74 (0.4%) Dont DS de 0 jour : 6 (8.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (235*) Ante-partum : 3 721 DMS : 2.83 Séjours de + de 0 jour : 3 328 (89.4%) MAP : 975 (26.2%) Diabète préexistants : 120 (3.2%) Diabète gestationnels : 678 (18.2%) RCIU : 142 (3.8%) TIU envoyés : 102 (2.7%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 97 Rappel IMG après 22 SA : 56 IVG : 3 926 GEU : 309 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 8 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 24
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (238*)</u>	NN vivants : 19 249 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.68 Recrutement : Garçons : 9 713 (50.5%) Filles : 9 536 (49.5%) Naissances multiples : 581 (3%) NN nés hors d'un hôpital : 98 (0.5%) Termes : <28 SA : 81 (0.4%) 28-31 SA : 128 (0.7%) 32 SA : 54 (0.3%) 33-36 SA : 1 001 (5.2%) ≥37 SA : 17 985 (93.4%) Poids de naissance : <1000g : 90 (0.5%) 1000-1499g : 126 (0.7%) 1500-1999g : 268 (1.4%) 2000-2499g : 881 (4.6%) ≥2500g : 17 884 (92.9%) Hospitalisations (mutations) : 2 081 (10.8%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 1 418 (7.4%) Néonatalogie (UM 05) : 404 (2.1%) Réa néonatale (UM 06) : 259 (1.3%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 643 (3.3%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 491 (2.6%) Malfo. sévères dépistables : 184 (1%) Détresse respiratoires : 989 (5.1%) Patho neurologiques lourdes : 76 (0.4%) Transfusion : 78 (0.4%) Décès post-nataux : 43 (0.2%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 28 (0.1%) Transferts après passage en néonatalogie : 205 (1.1%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonatalogie : 2 538 DMS : 11 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 1 680 (66.2%) Néonatalogie (UM05) : 521 (20.5%) Réa Néonatalogie (UM06) : 337 (13.3%) Termes à la naissance : vide : 14 (0.6%) <28 SA : 75 (3%) 28-31 SA : 171 (6.7%) 32 SA : 84 (3.3%) 33-36 SA : 848 (33.4%) ≥37 SA : 1 346 (53%) Outborn : 468 (18.4%) Agés à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 172 2-7 jours : 136 7-27 jours : 160 Poids : <1000g : 84 (3.3%) 1000-1499g : 172 (6.8%) 1500-1999g : 328 (12.9%) 2000-2499g : 531 (20.9%) ≥2500g : 1 423 (56.1%) Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 256 (10.1%) Macrosomes >97ème perc. : 80 (3.2%) Malfo. sévères dépistables : 56 (2.2%) Détresses respiratoires : 984 (38.8%) Patho neuro. lourdes : 107 (4.2%) Transfusions : 95 (3.7%) Décès post-nataux : 29 (1.1%)
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 162 Termes : <28 SA : 77 (47.5%) 28-31 SA : 22 (13.6%) 32 SA : 5 (3.1%) 33-36 SA : 25 (15.4%) ≥37 SA : 33 (20.4%) Poids : <1000g : 85 (52.5%) 1000-1499g : 20 (12.3%) 1500-1999g : 7 (4.3%) 2000-2499g : 22 (13.6%) ≥2500g : 28 (17.3%) Issu d'une IMG : 60 (37%) Issu grossesse multiple : 8 (4.9%)	

Populations domiciliées		IDF	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 172897 DMS : 4.53 Résultats de l'accouchement : Uniques : 169 725 (98.2%) Gémellaires : 3 119 (1.8%) Triplés ou autres : 53 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 1 593 (0.9%) IMG après 22 SA : 591 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 1 628 MFIU : 668 (0.4%) Recrutement : < 20 ans : 1 915 (1.1%) ≥ 35 ans : 48 218 (27.9%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 13 188 (7.6%) Modes d'accouchement : Césariennes : 37 667 (21.8%) Voies basses : 134 474 (77.8%) Dont VB spontanées : 110 497 (82.2%) Dont épisiotomies / VBS : 8 232 (7.4%) Dont extractions instrumentales : 22 856 (17%) Dont anesthésies péridurales / VB : 114 879 (85.4%) Pathologies ante-natales : Diabète préexistants : 1 250 (0.7%) Diabète gestationnels : 21 064 (12.2%) Obésité (IMC défini et ≥ 30kg/m ²) : 7 703 (4.5%) Ruptures prématurées des membranes : 16 854 (9.7%) Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 37 (0%) Passages en réa : 281 (0.2%) Acc suite à un TIU reçu : 593 (0.3%) Sorties par transfert suite à l'acc : 785 (0.5%) Dont DS de 0 jour : 150 (19.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 44 201 DMS : 2.09 Séjours de + de 0 jour : 28 982 (65.6%) MAP : 10 037 (22.7%) Diabète préexistants : 1 224 (2.8%) Diabète gestationnels : 10 012 (22.7%) RCIU : 1 626 (3.7%) TIU envoyés : 1 788 (4%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 963 Rappel IMG après 22 SA : 591 IVG : 34 457 GEU : 3 297 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc : 323 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc : 281
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	NN vivants : 174 195 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.58 Recrutement : Garçons : 88 612 (50.9%) Filles : 85 583 (49.1%) Naissances multiples : 6 238 (3.6%) NN nés hors d'un hôpital : 947 (0.5%) Terme : <28 SA : 757 (0.4%) 28-31 SA : 1 246 (0.7%) 32 SA : 561 (0.3%) 33-36 SA : 9 664 (5.5%) ≥37 SA : 161 966 (93%) Poids de naissance : <1000g : 796 (0.5%) 1000-1499g : 1 222 (0.7%) 1500-1999g : 2 419 (1.4%) 2000-2499g : 8 269 (4.7%) ≥2500g : 161 483 (92.7%) Hospitalisations (mutations) : 22 602 (13%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 15 070 (8.7%) Néonatalogie (UM 05) : 3 941 (2.3%) Réa néonatale (UM 06) : 3 591 (2.1%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 5 545 (3.2%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 4 166 (2.4%) Malfo. sévères dépistables : 1 774 (1%) Détresse respiratoires : 11 742 (6.7%) Patho neurologiques lourdes : 941 (0.5%) Transfusion : 863 (0.5%) Décès post-nataux : 380 (0.2%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 960 (0.6%) Transferts après passage en néonatal : 2 556 (1.5%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonatal : 29 053 DMS : 7 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 18 481 (63.6%) Néonatalogie (UM05) : 5 358 (18.4%) Réa Néonatale (UM06) : 5 214 (17.9%) Terme à la naissance : vide : 1 136 (3.9%) <28 SA : 817 (2.8%) 28-31 SA : 1 766 (6.1%) 32 SA : 839 (2.9%) 33-36 SA : 8 283 (28.5%) ≥37 SA : 16 212 (55.8%) Outborn : 6 570 (22.6%) Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 2 304 2-7 jours : 1 750 7-27 jours : 2 516 Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 2 532 (8.7%) Macrosomes >97ème perc. : 991 (3.4%) Malfo. sévères dépistables : 1 050 (3.6%) Détresses respiratoires : 11 371 (39.1%) Patho neuro. lourdes : 1 430 (4.9%) Transfusions : 1 226 (4.2%) Décès post-nataux : 374 (1.3%)
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 1 577 Terme : <28 SA : 788 (50%) 28-31 SA : 224 (14.2%) 32 SA : 68 (4.3%) 33-36 SA : 235 (14.9%) ≥37 SA : 261 (16.6%) Poids : <1000g : 841 (53.3%) 1000-1499g : 181 (11.5%) 1500-1999g : 166 (10.5%) 2000-2499g : 140 (8.9%) ≥2500g : 246 (15.6%) Issu d'une IMG : 600 (38%) Issu grossesse multiple : 131 (8.3%)	

Populations domiciliées		75 - Paris	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 26884 DMS : 4.73 Résultats de l'accouchement : Uniques : 26 377 (98.1%) Gémellaires : 500 (1.9%) Triplés ou autres : 7 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 213 (0.8%) IMG après 22 SA : 94 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 216 MFIU : 81 (0.3%) Terme à l'acc. : <28 SA : 194 (0.7%) 28-31 SA : 177 (0.7%) 32 SA : 80 (0.3%) 33-36 SA : 1 245 (4.6%) >=37 SA : 25 188 (93.7%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 234 (0.9%) Dont HELLP Sd : 67 Eclampsies : 11 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 581 (5.9%) HPP sévère (HPP avec acte) : 165 (0.6%) Infections puerpérales : 42 (0.2%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 7 295 DMS : 1.6 Séjours de + de 0 jour : 3 858 (52.9%) MAP : 1 713 (23.5%) Diabètes préexistants : 138 (1.9%) Diabètes gestationnels : 1 496 (20.5%) RCIU : 264 (3.6%) TIU envoyés : 342 (4.7%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 225 Rappel IMG après 22 SA : 94 IVG : 5 555 GEU : 464 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 52 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 33
	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	NN vivants : 27 044 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.76 Recrutement : Garçons : 13 788 (51%) Filles : 13 256 (49%) Naissances multiples : 1 018 (3.8%) NN nés hors d'un hôpital : 100 (0.4%) Terme : <28 SA : 82 (0.3%) 28-31 SA : 165 (0.6%) 32 SA : 89 (0.3%) 33-36 SA : 1 438 (5.3%) >=37 SA : 25 270 (93.4%) Poids de naissance : <1000g : 86 (0.3%) 1000-1499g : 178 (0.7%) 1500-1999g : 348 (1.3%) 2000-2499g : 1 276 (4.7%) >=2500g : 25 155 (93%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28j NN en néonat : 3 930 DMS : 7 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 2 556 (65%) Néonatalogie (UM05) : 613 (15.6%) Réa Néonatale (UM06) : 761 (19.4%) Terme à la naissance : vide : 84 (2.1%) <28 SA : 93 (2.4%) 28-31 SA : 217 (5.5%) 32 SA : 133 (3.4%) 33-36 SA : 1 121 (28.5%) >=37 SA : 2 282 (58.1%) Outborn : 780 (19.8%) Âges à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 348 2-7 jours : 194 7-27 jours : 238
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (>=22 SA) : 220 Terme : <28 SA : 116 (52.7%) 28-31 SA : 31 (14.1%) 32 SA : 8 (3.6%) 33-36 SA : 29 (13.2%) >=37 SA : 36 (16.4%)	Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 864 (3.2%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 540 (2%) Malfo. sévères dépistables : 365 (1.3%) Détresse respiratoires : 1 836 (6.8%) Patho neurologiques lourdes : 150 (0.6%) Transfusion : 124 (0.5%) Décès post-nataux : 55 (0.2%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 197 (0.7%) Transferts après passage en néonat : 302 (1.1%) Poids : <1000g : 119 (54.1%) 1000-1499g : 30 (13.6%)
			Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 341 (8.7%) Macrosomes >97ème perc. : 116 (3%) Malfo. sévères dépistables : 183 (4.7%) Détresses respiratoires : 1 570 (39.9%) Patho neuro. lourdes : 222 (5.6%) Transfusions : 162 (4.1%) Décès post-nataux : 62 (1.6%) Issu d'une IMG : 94 (42.7%) Issu grossesse multiple : 30 (13.6%) 1500-1999g : 20 (9.1%) 2000-2499g : 13 (5.9%) >=2500g : 37 (16.8%)

Populations domiciliées		77 - Seine-et-Marne		Année 2018	
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)		Accouchements : 18080		Séjours sans accouchement
			DMS : 4.3		
	Résultats de l'accouchement :		Recrutement :		Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*)
	Uniques : 17 726 (98%) Gémellaires : 352 (1.9%) Triplés ou autres : 2 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 169 (0.9%) IMG après 22 SA : 63 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 170 MFIU : 72 (0.4%)		Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 858 (4.7%)		Ante-partum : 4 540 DMS : 2.36
Séjours du NN	Terme à l'acc. :		Modes d'accouchement :		Séjours de + de 0 jour : 3 148 (69.3%) MAP : 1 172 (25.8%) Diabètes préexistants : 106 (2.3%) Diabètes gestationnels : 1 014 (22.3%) RCIU : 181 (4%) TIU envoyés : 259 (5.7%)
	<28 SA : 156 (0.9%) 28-31 SA : 138 (0.8%) 32 SA : 72 (0.4%) 33-36 SA : 1 039 (5.7%) >=37 SA : 16 675 (92.2%)		Césariennes : 3 883 (21.5%) Voies basses : 14 088 (77.9%) Dont VB spontanées : 12 196 (86.6%) Dont épisiotomies / VBS : 1 032 (8.5%) Dont extractions instrumentales : 1 769 (12.6%) Dont anesthésies péridurales / VB : 11 847 (84.1%)		
	Indicateurs de morbidité :		Pathologies ante-natales :		Séjours de grossesses non évolutives
	Prééclampsies sévères : 135 (0.7%) Dont HELLP Sd : 41 Eclampsies : 14 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 657 (3.6%) HPP sévère (HPP avec acte) : 71 (0.4%) Infections puerpérales : 22 (0.1%)		Diabètes préexistants : 157 (0.9%) Diabètes gestationnels : 2 094 (11.6%) Obésité (IMC défini et >=30kg/m^2) : 417 (2.3%) Ruptures prématurées des membranes : 1 543 (8.5%)		IMG avant 22 SA : 86 Rappel IMG après 22 SA : 63 IVG : 3 360 GEU : 366
			Mutations ou transferts :		Passage en réanimation adulte
			Mutations ou transferts en psy : 3 (0%) Passages en réa : 26 (0.1%) Acc suite à un TIU reçu : 67 (0.4%) Sorties par transfert suite à l'acc : 102 (0.6%) Dont DS de 0 jour : 13 (12.7%)		Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 30 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 26
	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>		NN vivants : 18 258 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.36		Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u>
	Recrutement :		Hospitalisations (mutations) : 2 310 (12.7%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i>		NN en néonatalogie : 3 138 DMS : 17
	Garçons : 9 257 (50.7%) Filles : 9 001 (49.3%) Naissances multiples : 698 (3.8%) NN nés hors d'un hôpital : 105 (0.6%)		Néonatalogie (UM 04) : 1 216 (6.7%) Néonatalogie (UM 05) : 761 (4.2%) Réa néonatale (UM 06) : 333 (1.8%)		Prise en charge maximum :
	Terme :		Morbidité et mortalité :		Néonatalogie (UM04) : 1 635 (52.1%) Néonatalogie (UM05) : 970 (30.9%) Réa Néonatale (UM06) : 533 (17%)
<28 SA : 81 (0.4%) 28-31 SA : 135 (0.7%) 32 SA : 74 (0.4%) 33-36 SA : 1 167 (6.4%) >=37 SA : 16 801 (92%)		Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 620 (3.4%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 472 (2.6%) Malfo. sévères dépistables : 165 (0.9%) Détresse respiratoires : 1 336 (7.3%) Patho neurologiques lourdes : 88 (0.5%) Transfusion : 90 (0.5%) Décès post-nataux : 32 (0.2%)		Poids : <1000g : 83 (2.6%) 1000-1499g : 217 (6.9%) 1500-1999g : 400 (12.7%) 2000-2499g : 649 (20.7%) >=2500g : 1 789 (57%)	
Poids de naissance :		Transferts (externes) :		Terme à la naissance :	
<1000g : 74 (0.4%) 1000-1499g : 149 (0.8%) 1500-1999g : 293 (1.6%) 2000-2499g : 944 (5.2%) >=2500g : 16 798 (92%)		Transferts à partir de la mater : 81 (0.4%) Transferts après passage en néonatalogie : 356 (1.9%)		vide : 138 (4.4%) <28 SA : 103 (3.3%) 28-31 SA : 209 (6.7%) 32 SA : 112 (3.6%) 33-36 SA : 958 (30.5%) >=37 SA : 1 618 (51.6%) Outborn : 841 (26.8%)	
Séjours des mort-nés		Mort-nés (>=22 SA) : 171		Âges à l'arrivée (pour les outborn) :	
Terme :		Poids :		0-1 jour : 268 2-7 jours : 215 7-27 jours : 358	
<28 SA : 79 (46.2%) 28-31 SA : 24 (14%)		<1000g : 88 (51.5%) 1000-1499g : 16 (9.4%)			
		1500-1999g : 17 (9.9%) 2000-2499g : 21 (12.3%) >=2500g : 29 (17%)			
		Issu d'une IMG : 79 (46.2%) Issu grossesse multiple : 6 (3.5%)			

Populations domiciliées		78 - Yvelines	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 18279 DMS : 4.48 Résultats de l'accouchement : Uniques : 17 937 (98.1%) Gémellaires : 340 (1.9%) Triplés ou autres : 2 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 145 (0.8%) IMG après 22 SA : 48 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 150 MFIU : 57 (0.3%) Terme à l'acc. : <28 SA : 130 (0.7%) 28-31 SA : 106 (0.6%) 32 SA : 40 (0.2%) 33-36 SA : 882 (4.8%) >=37 SA : 17 121 (93.7%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 123 (0.7%) Dont HELLP Sd : 33 Eclampsies : 15 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 796 (4.4%) HPP sévère (HPP avec acte) : 209 (1.1%) Infections puerpérales : 30 (0.2%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 3 426 DMS : 2.08 Séjours de + de 0 jour : 2 621 (76.5%) MAP : 873 (25.5%) Diabètes préexistants : 90 (2.6%) Diabètes gestationnels : 629 (18.4%) RCIU : 118 (3.4%) TIU envoyés : 145 (4.2%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 129 Rappel IMG après 22 SA : 48 IVG : 3 418 GEU : 336 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 27 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 30
	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)	NN vivants : 18 414 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.73 Recrutement : Garçons : 9 234 (50.1%) Filles : 9 180 (49.9%) Naissances multiples : 663 (3.6%) NN nés hors d'un hôpital : 121 (0.7%) Terme : <28 SA : 64 (0.3%) 28-31 SA : 117 (0.6%) 32 SA : 33 (0.2%) 33-36 SA : 965 (5.2%) >=37 SA : 17 235 (93.6%) Poids de naissance : <1000g : 77 (0.4%) 1000-1499g : 106 (0.6%) 1500-1999g : 246 (1.3%) 2000-2499g : 869 (4.7%) >=2500g : 17 114 (92.9%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J NN en néonatalogie : 2 738 DMS : 11 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 1 541 (56.3%) Néonatalogie (UM05) : 508 (18.6%) Réa Néonatalogie (UM06) : 689 (25.2%) Terme à la naissance : vide : 122 (4.5%) <28 SA : 71 (2.6%) 28-31 SA : 172 (6.3%) 32 SA : 53 (1.9%) 33-36 SA : 885 (32.3%) >=37 SA : 1 435 (52.4%) Outborn : 722 (26.4%) Ages à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 248 2-7 jours : 202 7-27 jours : 272
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (>=22 SA) : 149 Terme : <28 SA : 73 (49%) 28-31 SA : 21 (14.1%) 32 SA : 8 (5.4%) 33-36 SA : 29 (19.5%) >=37 SA : 18 (12.1%)	Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 291 (10.6%) Macrosomes >97ème perc. : 79 (2.9%) Malfo. sévères dépitables : 102 (3.7%) Détresses respiratoires : 1 362 (49.7%) Patho neuro. lourdes : 136 (5%) Transfusions : 133 (4.9%) Décès post-nataux : 33 (1.2%) <1000g : 87 (3.2%) 1000-1499g : 159 (5.8%) 1500-1999g : 349 (12.7%) 2000-2499g : 577 (21.1%) >=2500g : 1 565 (57.2%) 1500-1999g : 18 (12.1%) 2000-2499g : 15 (10.1%) >=2500g : 22 (14.8%) Issu d'une IMG : 51 (34.2%) Issu grossesse multiple : 16 (10.7%)
	Séjours du NN	Hospitalisations (mutations) : 2 031 (11%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 1 151 (6.3%) Néonatalogie (UM 05) : 367 (2%) Réa néonatalogie (UM 06) : 513 (2.8%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 623 (3.4%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 411 (2.2%) Malfo. sévères dépitables : 162 (0.9%) Détresse respiratoires : 1 244 (6.8%) Patho neurologiques lourdes : 81 (0.4%) Transfusion : 86 (0.5%) Décès post-nataux : 31 (0.2%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 92 (0.5%) Transferts après passage en néonatalogie : 294 (1.6%)	

Populations domiciliées		91 - Essonne	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 18467 DMS : 4.41 <u>Résultats de l'accouchement :</u> Uniques : 18 167 (98.4%) Gémellaires : 291 (1.6%) Triplés ou autres : 9 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 198 (1.1%) IMG après 22 SA : 68 (0.4%) Estimation d'enfants mort-nés : 204 MFIU : 91 (0.5%) <u>Terme à l'acc. :</u> <28 SA : 168 (0.9%) 28-31 SA : 137 (0.7%) 32 SA : 63 (0.3%) 33-36 SA : 986 (5.3%) >=37 SA : 17 113 (92.7%) <u>Indicateurs de morbidité :</u> Prééclampsies sévères : 171 (0.9%) Dont HELLP Sd : 55 Eclampsies : 10 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 671 (3.6%) HPP sévère (HPP avec acte) : 95 (0.5%) Infections puerpérales : 12 (0.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 4 098 DMS : 2.36 Séjours de + de 0 jour : 2 988 (72.9%) MAP : 1 000 (24.4%) Diabètes préexistants : 150 (3.7%) Diabètes gestationnels : 802 (19.6%) RCIU : 146 (3.6%) TIU envoyés : 137 (3.3%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 67 Rappel IMG après 22 SA : 68 IVG : 3 948 GEU : 421 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 24 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 43
	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 18 573 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.44 <u>Recrutement :</u> Garçons : 9 371 (50.5%) Filles : 9 202 (49.5%) Naissances multiples : 606 (3.3%) NN nés hors d'un hôpital : 109 (0.6%) <u>Terme :</u> <28 SA : 87 (0.5%) 28-31 SA : 138 (0.7%) 32 SA : 61 (0.3%) 33-36 SA : 1 068 (5.8%) >=37 SA : 17 219 (92.7%) <u>Poids de naissance :</u> <1000g : 87 (0.5%) 1000-1499g : 138 (0.7%) 1500-1999g : 237 (1.3%) 2000-2499g : 893 (4.8%) >=2500g : 17 216 (92.7%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonatalogie : 3 925 DMS : 45 <u>Prise en charge maximum :</u> Néonatalogie (UM04) : 2 784 (70.9%) Néonatalogie (UM05) : 583 (14.9%) Réa Néonatalogie (UM06) : 558 (14.2%) <u>Terme à la naissance :</u> vide : 124 (3.2%) <28 SA : 93 (2.4%) 28-31 SA : 202 (5.1%) 32 SA : 86 (2.2%) 33-36 SA : 950 (24.2%) >=37 SA : 2 470 (62.9%) Outborn : 807 (20.6%) <u>Âges à l'arrivée (pour les outborn) :</u> 0-1 jour : 244 2-7 jours : 231 7-27 jours : 332
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (>=22 SA) : 193 <u>Terme :</u> <28 SA : 99 (51.3%) 28-31 SA : 25 (13%) 32 SA : 12 (6.2%) 33-36 SA : 27 (14%) >=37 SA : 30 (15.5%)	Poids : <1000g : 105 (54.4%) 1000-1499g : 18 (9.3%) 1500-1999g : 24 (12.4%) 2000-2499g : 17 (8.8%) >=2500g : 29 (15%) Issu d'une IMG : 68 (35.2%) Issu grossesse multiple : 10 (5.2%)
	Séjours du NN	<u>Hospitalisations (mutations) :</u> 3 132 (16.9%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 2 337 (12.6%) Néonatalogie (UM 05) : 423 (2.3%) Réa néonatalogie (UM 06) : 372 (2%) <u>Morbidité et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 567 (3.1%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 506 (2.7%) Malfo. sévères dépistables : 181 (1%) Détresse respiratoires : 1 466 (7.9%) Patho neurologiques lourdes : 106 (0.6%) Transfusion : 96 (0.5%) Décès post-nataux : 39 (0.2%) <u>Transferts (externes) :</u> Transferts à partir de la mater : 73 (0.4%) Transferts après passage en néonatalogie : 323 (1.7%)	Poids : <1000g : 92 (2.3%) 1000-1499g : 188 (4.8%) 1500-1999g : 352 (9%) 2000-2499g : 698 (17.8%) >=2500g : 2 595 (66.1%) <u>Morbidités et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. : 323 (8.2%) Macrosomes >97ème perc. : 182 (4.6%) Malfo. sévères dépistables : 135 (3.4%) Détresses respiratoires : 1 458 (37.1%) Patho neuro. lourdes : 156 (4%) Transfusions : 130 (3.3%) Décès post-nataux : 34 (0.9%)

Populations domiciliées		92 - Hauts-de-Seine	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)		Séjours sans accouchement
	Résultats de l'accouchement :	Accouchements : 22925 DMS : 4.42 Recrutement : < 20 ans : 122 (0.5%) >= 35 ans : 7 255 (31.6%) Bénéficiaire CMU ou AME (etab. public) : 1 348 (5.9%) Modes d'accouchement : Césariennes : 4 903 (21.4%) Voies basses : 17 980 (78.4%) Dont VB spontanées : 14 524 (80.8%) Dont épisiotomies / VBS : 1 062 (7.3%) Dont extractions instrumentales : 3 306 (18.4%) Dont anesthésies péridurales / VB : 15 975 (88.8%) Pathologies ante-natales : Diabètes préexistants : 116 (0.5%) Diabètes gestationnels : 1 920 (8.4%) Obésité (IMC défini et >=30kg/m²) : 863 (3.8%) Ruptures prématurées des membranes : 1 677 (7.3%) Mutations ou transferts : Mutations ou transferts en psy : 3 (0%) Passages en réa : 30 (0.1%) Acc suite à un TIU reçu : 57 (0.2%) Sorties par transfert suite à l'acc : 113 (0.5%) Dont DS de 0 jour : 16 (14.2%)	Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 5 153 DMS : 2.07 Séjours de + de 0 jour : 3 433 (66.6%) MAP : 1 246 (24.2%) Diabètes préexistants : 81 (1.6%) Diabètes gestationnels : 1 014 (19.7%) RCIU : 220 (4.3%) TIU envoyés : 189 (3.7%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 135 Rappel IMG après 22 SA : 91 IVG : 4 243 GEU : 435 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 49 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 30
	Uniques : 22 462 (98%) Gémellaires : 450 (2%) Triplés ou autres : 13 (0.1%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 184 (0.8%) IMG après 22 SA : 91 (0.4%) Estimation d'enfants mort-nés : 189 MFIU : 64 (0.3%) Terme à l'acc. : <28 SA : 177 (0.8%) 28-31 SA : 151 (0.7%) 32 SA : 65 (0.3%) 33-36 SA : 1 101 (4.8%) >=37 SA : 21 431 (93.5%) Indicateurs de morbidité : Prééclampsies sévères : 157 (0.7%) Dont HELLP Sd : 55 Eclampsies : 8 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 128 (4.9%) HPP sévère (HPP avec acte) : 166 (0.7%) Infections puerpérales : 25 (0.1%)		
Séjours du NN	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA)		Séjours en unités autorisées de néonatalogie
	nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*) Recrutement : Garçons : 11 969 (51.6%) Filles : 11 233 (48.4%) Naissances multiples : 891 (3.8%) NN nés hors d'un hôpital : 168 (0.7%) Terme : <28 SA : 89 (0.4%) 28-31 SA : 157 (0.7%) 32 SA : 72 (0.3%) 33-36 SA : 1 233 (5.3%) >=37 SA : 21 650 (93.3%) Poids de naissance : <1000g : 92 (0.4%) 1000-1499g : 155 (0.7%) 1500-1999g : 291 (1.3%) 2000-2499g : 986 (4.2%) >=2500g : 21 678 (93.4%) Transferts (externes) : Transferts à partir de la mater : 162 (0.7%) Transferts après passage en néonatalogie : 327 (1.4%)	NN vivants : 23 202 DMS des NNés restant à la maternité : 3.59 Hospitalisations (mutations) : 3 022 (13%) Niveau de prise en charge maximum Néonatalogie (UM 04) : 2 140 (9.2%) Néonatalogie (UM 05) : 392 (1.7%) Réa néonatale (UM 06) : 490 (2.1%) Morbidité et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 657 (2.8%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 505 (2.2%) Malfo. sévères dépistables : 213 (0.9%) Détrousse respiratoires : 1 365 (5.9%) Patho neurologiques lourdes : 140 (0.6%) Transfusion : 83 (0.4%) Décès post-nataux : 44 (0.2%)	Population étudiée : les NNés entrés avant 28J NN en néonatalogie : 4 047 DMS : 23 Prise en charge maximum : Néonatalogie (UM04) : 2 789 (68.9%) Néonatalogie (UM05) : 534 (13.2%) Réa Néonatalogie (UM06) : 724 (17.9%) Terme à la naissance : vide : 424 (10.5%) <28 SA : 92 (2.3%) 28-31 SA : 216 (5.3%) 32 SA : 105 (2.6%) 33-36 SA : 1 075 (26.6%) >=37 SA : 2 135 (52.8%) Outborn : 1 036 (25.6%) Ages à l'arrivée (pour les outborn) : 0-1 jour : 339 2-7 jours : 265 7-27 jours : 432 Poids : <1000g : 104 (2.6%) 1000-1499g : 188 (4.6%) 1500-1999g : 371 (9.2%) 2000-2499g : 726 (17.9%) >=2500g : 2 658 (65.7%) Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. : 277 (6.8%) Macrosomes >97ème perc. : 111 (2.7%) Malfo. sévères dépistables : 118 (2.9%) Détrusses respiratoires : 1 406 (34.7%) Patho neuro. lourdes : 202 (5%) Transfusions : 133 (3.3%) Décès post-nataux : 43 (1.1%)
	Séjours des mort-nés		
	Terme : <28 SA : 99 (55.3%) 28-31 SA : 24 (13.4%) 32 SA : 5 (2.8%) 33-36 SA : 27 (15.1%) >=37 SA : 24 (13.4%) Poids : <1000g : 103 (57.5%) 1000-1499g : 21 (11.7%) 1500-1999g : 18 (10.1%) 2000-2499g : 11 (6.1%) >=2500g : 25 (14%) Issu d'une IMG : 91 (50.8%) Issu grossesse multiple : 16 (8.9%)		

Populations domiciliées		93 - Seine-Saint-Denis	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 28597 DMS : 4.71 <u>Résultats de l'accouchement :</u> Uniques : 28 086 (98.2%) Gémellaires : 498 (1.7%) Triplés ou autres : 13 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 313 (1.1%) IMG après 22 SA : 95 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 322 MFIU : 131 (0.5%) <u>Terme à l'acc. :</u> <28 SA : 293 (1%) 28-31 SA : 278 (1%) 32 SA : 99 (0.3%) 33-36 SA : 1 521 (5.3%) >=37 SA : 26 406 (92.3%) <u>Indicateurs de morbidité :</u> Prééclampsies sévères : 302 (1.1%) Dont HELLP Sd : 69 Eclampsies : 10 (0%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 524 (5.3%) HPP sévère (HPP avec acte) : 193 (0.7%) Infections puerpérales : 37 (0.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 9 860 DMS : 2.17 Séjours de + de 0 jour : 6 416 (65.1%) MAP : 1 917 (19.4%) Diabètes préexistants : 357 (3.6%) Diabètes gestationnels : 2 618 (26.6%) RCIU : 372 (3.8%) TIU envoyés : 402 (4.1%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 113 Rappel IMG après 22 SA : 95 IVG : 6 249 GEU : 530 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 80 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 66
	Séjours des naissances vivantes (>=22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 28 790 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.59 <u>Recrutement :</u> Garçons : 14 666 (50.9%) Filles : 14 124 (49.1%) Naissances multiples : 988 (3.4%) NN nés hors d'un hôpital : 134 (0.5%) <u>Terme :</u> <28 SA : 165 (0.6%) 28-31 SA : 257 (0.9%) 32 SA : 98 (0.3%) 33-36 SA : 1 640 (5.7%) >=37 SA : 26 630 (92.5%) <u>Poids de naissance :</u> <1000g : 177 (0.6%) 1000-1499g : 237 (0.8%) 1500-1999g : 442 (1.5%) 2000-2499g : 1 407 (4.9%) >=2500g : 26 527 (92.1%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonatalogie : 5 034 DMS : 8 <u>Prise en charge maximum :</u> Néonatalogie (UM04) : 2 946 (58.5%) Néonatalogie (UM05) : 1 189 (23.6%) Réa Néonatalogie (UM06) : 899 (17.9%) <u>Terme à la naissance :</u> vide : 112 (2.2%) <28 SA : 169 (3.4%) 28-31 SA : 377 (7.5%) 32 SA : 154 (3.1%) 33-36 SA : 1 435 (28.5%) >=37 SA : 2 787 (55.4%) Outborn : 1 044 (20.7%) <u>Âges à l'arrivée (pour les outborn) :</u> 0-1 jour : 371 2-7 jours : 303 7-27 jours : 370
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (>=22 SA) : 307 <u>Terme :</u> <28 SA : 150 (48.9%) 28-31 SA : 47 (15.3%) 32 SA : 11 (3.6%) 33-36 SA : 43 (14%) >=37 SA : 55 (17.9%)	Poids : <1000g : 166 (54.1%) 1000-1499g : 33 (10.7%) 1500-1999g : 36 (11.7%) 2000-2499g : 22 (7.2%) >=2500g : 50 (16.3%) Issu d'une IMG : 91 (29.6%) Issu grossesse multiple : 29 (9.4%)

Populations domiciliées		94 - Val-de-Marne	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 20422 DMS : 4.44 <u>Résultats de l'accouchement :</u> Uniques : 20 050 (98.2%) Gémellaires : 370 (1.8%) Triplés ou autres : 2 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 193 (0.9%) IMG après 22 SA : 71 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 198 MFIU : 89 (0.4%) <u>Terme à l'acc. :</u> <28 SA : 178 (0.9%) 28-31 SA : 146 (0.7%) 32 SA : 77 (0.4%) 33-36 SA : 996 (4.9%) ≥37 SA : 19 025 (93.2%) <u>Indicateurs de morbidité :</u> Prééclampsies sévères : 146 (0.7%) Dont HELLP Sd : 40 Eclampsies : 11 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 156 (5.7%) HPP sévère (HPP avec acte) : 162 (0.8%) Infections puerpérales : 33 (0.2%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 5 613 DMS : 1.77 Séjours de + de 0 jour : 3 051 (54.4%) MAP : 1 092 (19.5%) Diabètes préexistants : 163 (2.9%) Diabètes gestationnels : 1 646 (29.3%) RCIU : 161 (2.9%) TIU envoyés : 182 (3.2%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 112 Rappel IMG après 22 SA : 71 IVG : 3 462 GEU : 416 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 31 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 21
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 20 528 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.42 <u>Recrutement :</u> Garçons : 10 474 (51%) Filles : 10 054 (49%) Naissances multiples : 728 (3.5%) NN nés hors d'un hôpital : 111 (0.5%) <u>Terme :</u> <28 SA : 92 (0.4%) 28-31 SA : 149 (0.7%) 32 SA : 70 (0.3%) 33-36 SA : 1 079 (5.3%) ≥37 SA : 19 138 (93.2%) <u>Poids de naissance :</u> <1000g : 97 (0.5%) 1000-1499g : 127 (0.6%) 1500-1999g : 282 (1.4%) 2000-2499g : 982 (4.8%) ≥2500g : 19 039 (92.7%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonat : 3 512 DMS : 36 <u>Prise en charge maximum :</u> Néonatalogie (UM04) : 2 530 (72%) Néonatalogie (UM05) : 409 (11.6%) Réa Néonatale (UM06) : 573 (16.3%) <u>Terme à la naissance :</u> vide : 97 (2.8%) <28 SA : 98 (2.8%) 28-31 SA : 207 (5.9%) 32 SA : 96 (2.7%) 33-36 SA : 957 (27.2%) ≥37 SA : 2 057 (58.6%) Outborn : 777 (22.1%) <u>Agés à l'arrivée (pour les outborn) :</u> 0-1 jour : 282 2-7 jours : 171 7-27 jours : 324
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 180 <u>Terme :</u> <28 SA : 83 (46.1%) 28-31 SA : 28 (15.6%) 32 SA : 10 (5.6%) 33-36 SA : 31 (17.2%) ≥37 SA : 28 (15.6%)	Morbidités et mortalité : Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 608 (3%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 449 (2.2%) Malfo. sévères dépistables : 230 (1.1%) Détresse respiratoires : 1 447 (7%) Patho neurologiques lourdes : 124 (0.6%) Transfusion : 103 (0.5%) Décès post-nataux : 45 (0.2%) <u>Transferts (externes) :</u> Transferts à partir de la mater : 94 (0.5%) Transferts après passage en néonat : 282 (1.4%) Poids : <1000g : 90 (50%) 1000-1499g : 20 (11.1%) 1500-1999g : 26 (14.4%) 2000-2499g : 20 (11.1%) ≥2500g : 23 (12.8%) Issu d'une IMG : 63 (35%) Issu grossesse multiple : 18 (10%)

Populations domiciliées		95 - Val d'Oise	Année 2018
Séjours de la mère	Séjours avec accouchement (Z37*)	Accouchements : 19243 DMS : 4.58 <u>Résultats de l'accouchement :</u> Uniques : 18 920 (98.3%) Gémellaires : 318 (1.7%) Triplés ou autres : 5 (0%) Avec enfant(s) mort-né(s) : 178 (0.9%) IMG après 22 SA : 61 (0.3%) Estimation d'enfants mort-nés : 179 MFIU : 83 (0.4%) <u>Terme à l'acc. :</u> <28 SA : 176 (0.9%) 28-31 SA : 135 (0.7%) 32 SA : 67 (0.3%) 33-36 SA : 977 (5.1%) ≥37 SA : 17 888 (93%) <u>Indicateurs de morbidité :</u> Prééclampsies sévères : 210 (1.1%) Dont HELLP Sd : 49 Eclampsies : 10 (0.1%) Hémorragies du post-partum (HPP) : 1 000 (5.2%) HPP sévère (HPP avec acte) : 105 (0.5%) Infections puerpérales : 19 (0.1%)	Séjours sans accouchement Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) Ante-partum : 4 216 DMS : 2.7 Séjours de + de 0 jour : 3 467 (82.2%) MAP : 1 024 (24.3%) Diabètes préexistants : 139 (3.3%) Diabètes gestationnels : 793 (18.8%) RCIU : 164 (3.9%) TIU envoyés : 132 (3.1%) Séjours de grossesses non évolutives IMG avant 22 SA : 96 Rappel IMG après 22 SA : 61 IVG : 4 222 GEU : 329 Passage en réanimation adulte Passage en réa. hors d'un séjour d'acc. : 30 Rappel passage en réa. lors d'un séjour d'acc. : 32
	Séjours des naissances vivantes (≥22 SA) <u>nés dans l'hôpital ou hors d'un hôpital (Z38*)</u>	NN vivants : 19 386 DMS des Nnés restant à la maternité : 3.69 <u>Recrutement :</u> Garçons : 9 853 (50.8%) Filles : 9 533 (49.2%) Naissances multiples : 646 (3.3%) NN nés hors d'un hôpital : 99 (0.5%) <u>Terme :</u> <28 SA : 97 (0.5%) 28-31 SA : 128 (0.7%) 32 SA : 64 (0.3%) 33-36 SA : 1 074 (5.5%) ≥37 SA : 18 023 (93%) <u>Poids de naissance :</u> <1000g : 106 (0.5%) 1000-1499g : 132 (0.7%) 1500-1999g : 280 (1.4%) 2000-2499g : 912 (4.7%) ≥2500g : 17 956 (92.6%)	Séjours en unités autorisées de néonatalogie <u>Population étudiée : les Nnés entrés avant 28J</u> NN en néonat : 2 729 DMS : 2 <u>Prise en charge maximum :</u> Néonatalogie (UM04) : 1 700 (62.3%) Néonatalogie (UM05) : 552 (20.2%) Réa Néonatale (UM06) : 477 (17.5%) <u>Terme à la naissance :</u> vide : 35 (1.3%) <28 SA : 98 (3.6%) 28-31 SA : 166 (6.1%) 32 SA : 100 (3.7%) 33-36 SA : 902 (33.1%) ≥37 SA : 1 428 (52.3%) Outborn : 563 (20.6%) <u>Âges à l'arrivée (pour les outborn) :</u> 0-1 jour : 204 2-7 jours : 169 7-27 jours : 190
	Séjours des mort-nés	Mort-nés (≥22 SA) : 178 <u>Terme :</u> <28 SA : 89 (50%) 28-31 SA : 24 (13.5%) 32 SA : 4 (2.2%) 33-36 SA : 24 (13.5%) ≥37 SA : 37 (20.8%)	Poids : <1000g : 95 (53.4%) 1000-1499g : 24 (13.5%) 1500-1999g : 7 (3.9%) 2000-2499g : 21 (11.8%) ≥2500g : 31 (17.4%) Issu d'une IMG : 63 (35.4%) Issu grossesse multiple : 6 (3.4%)
		Hospitalisations (mutations) : 2 175 (11.2%) <i>Niveau de prise en charge maximum</i> Néonatalogie (UM 04) : 1 424 (7.3%) Néonatalogie (UM 05) : 426 (2.2%) Réa néonatale (UM 06) : 325 (1.7%) <u>Morbidité et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 641 (3.3%) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 498 (2.6%) Malfo. sévères dépistables : 216 (1.1%) Détresse respiratoires : 1 098 (5.7%) Patho neurologiques lourdes : 89 (0.5%) Transfusion : 93 (0.5%) Décès post-nataux : 51 (0.3%) <u>Transferts (externes) :</u> Transferts à partir de la mater : 43 (0.2%) Transferts après passage en néonat : 242 (1.2%)	Poids : <1000g : 109 (4%) 1000-1499g : 168 (6.2%) 1500-1999g : 353 (12.9%) 2000-2499g : 568 (20.8%) ≥2500g : 1 531 (56.1%) <u>Morbidités et mortalité :</u> Hypotrophes <3ème perc. : 254 (9.3%) Macrosomes >97ème perc. : 86 (3.2%) Malfo. sévères dépistables : 94 (3.4%) Détresses respiratoires : 1 088 (39.9%) Patho neuro. lourdes : 149 (5.5%) Transfusions : 129 (4.7%) Décès post-nataux : 50 (1.8%)

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

Annexes 3 : Requêtes 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 le séjour d'acct.
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 numéro ano en 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_amc = 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 Prématurée 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 transfert 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	âge > 10 + O04.- + Z64.0
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 $< 3^{\text{ème}}$ 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

