

<b>Rapport de santé Périnatale Grand-Est</b>  <b>Année 2020</b>		<b>Rédaction et validation:</b> B CHRETIEN B ESCANDE E MARRER H SADAoui
		<b>Octobre 2022</b>

## Sommaire

---

<b>Préambule .....</b>	<b>2</b>
<b>Conclusion et perspectives .....</b>	<b>3</b>
<b>I. Maternités et CPP : l'offre de soins en région Grand Est .....</b>	<b>4</b>
<b>II. Accouchements en région Grand Est .....</b>	<b>7</b>
1. Accouchements en maternité.....	7
2. Analyse des césariennes par critère de Robson simplifié .....	10
2.1.Césariennes données de cadrage .....	11
2.2.Contribution des groupes de patientes Robson simplifié aux taux de césarienne.....	11
2.3.Césariennes données par type de maternité selon les groupes de Robson.....	12
3.1.Où accouchent les femmes domiciliées en Grand Est ?.....	17
3.2.D'où viennent les femmes qui accouchent en Grand Est ?.....	17
<b>III. Les nouveau-nés en région Grand Est.....</b>	<b>19</b>
1. Naissances vivantes .....	19
2. Mortinatalité et mortalité infantile .....	20
3. Naissances vivantes outborn [23SA – 29SA] .....	22
3.1.Evolution du taux d'outborn [23-29SA] 2016-2020 .....	23
3.2.Répartition par type de maternité de naissance des outborn [23-29SA] 2016-2020.....	24
3.3.Répartition par âge gestationnel des outborn [23-29SA] 2016-2020 .....	24
3.4.Répartition par mode de sortie PMSI des outborn [23-29SA] 2016-2020 .....	25
<b>IV. Les Interruptions volontaires de grossesse .....</b>	<b>26</b>
1. IVG pour les patientes domiciliées dans le Grand Est.....	26
2. Estimation du recours à l'IVG dans le Grand Est.....	27
3. Age des patientes .....	29
4. Méthode de réalisation des IVG hospitalières par territoire du Grand Est.....	30
<b>V. Zoom sur le codage du surpoids et de l'obésité en périnatalité .....</b>	<b>31</b>
Préambule.....	31
Analyse des données PMSI .....	32
Conclusion de l'analyse des données PMSI.....	34
<b>Annexe 1 – Tableaux de bord Grand Est et par territoire.....</b>	<b>35</b>
<b>Annexe 2 – Taux global de césarienne par établissement.....</b>	<b>39</b>
<b>Annexe 3 – Liste des codes CIM-10 utilisés pour repérer l'obésité maternelle dans le PMSI .....</b>	<b>41</b>



## Préambule

Les données présentées dans ce rapport sont issues de différentes sources :

- les bases PMSI MCO 2013 à 2020, à partir des retraitements ATIH-FFRSP pour la production des indicateurs dans les réseaux ;
- les bases de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) pour recenser les professionnels de santé par maternité et unités de néonatalogie;
- les données Insee, naissances vivantes domiciliées et mortalité infantile ;
- Drees : publication Études et résultats N° 1207 septembre 2021 « Interruptions volontaires de grossesse une légère baisse du taux de recours en 2020»
- Inserm, équipe EPoPé et Drees : Enquête Nationale Périnatale 2016.

Les traitements spécifiques des bases nationales du PMSI MCO (dont les données Robson simplifié) sont réalisés par le statisticien de la Coordination Périnatale Grand-Est (CoPéGE) Hamza Sadaoui. Chacun des 3 réseaux dispose d'une autorisation CNIL pour l'accès aux données nationales 2020.

Les tableaux de bord CoPéGE reprenant les principaux indicateurs de santé périnatale issus de l'exploitation de ces données 2020 sont disponibles en annexe 1 pour le Grand Est et chacun des trois territoires.



## Conclusion et perspectives

Cette troisième édition du rapport de santé périnatale sur les dernières données disponibles (2020) a repris les indicateurs proposés dans la version précédente ainsi que les analyses qualitatives sur les naissances outborn réintégrées dans le paragraphe sur les nouveau-nés. Ce rapport explore dans un zoom les données PMSI sur l'obésité.

**Ce rapport montre que l'offre de soins, les indicateurs, les pratiques professionnelles parfois, la démographie médicale sont très diversifiés sur le Grand Est.** Alors que l'Alsace est un territoire assez dense en termes d'offre de soin ou de démographie médicale et dynamique en termes de natalité, la Champagne-Ardenne et la Lorraine ont des territoires plus étendus et sont marqués par une diminution de la natalité et de la démographie médicale notamment dans les zones rurales.

**La baisse brute du nombre d'IVG observée en 2020 première année de la pandémie Covid 19 suit une baisse globale des conceptions et ne signifie donc pas une baisse du recours à l'IVG.** En 2020, les taux de recours à l'IVG sont relativement stables sur tous les départements de la région suivant ainsi la tendance nationale. Les pratiques sont très différentes sur le Grand Est mais les problématiques communes ont donné lieu à la mise en place d'une commission IVG Grand Est portée par la CoPéGE.

**Côté nouveau-nés, les taux de mortalité sont toujours stables entre 2010 et 2019 dans le Grand Est** comme en France. Ainsi, le taux de mortinatalité ou d'enfants nés sans vie s'est stabilisé ces dernières années autour de 8 pour 1 000 naissances en France et dans le Grand Est. Néanmoins des différences s'observent entre territoires. En Champagne-Ardenne la mortinatalité est plus élevée que dans les autres territoires. Sur 2010-2017, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité néonatale sont plus élevés en Alsace que dans les 2 autres territoires du Grand Est. Le zoom sur les naissances outborn 23-29SA montre bien la diversité des territoires du Grand Est. L'offre de soins est un facteur explicatif des taux d'outborn. Les réseaux travaillent et veillent au bon fonctionnement du réseau de soins gradué. Les rencontres de proximité mises à mal en 2020 pour cause de pandémie sont essentielles dans cette démarche qualité (tenue de RMM, analyse des données avec l'établissement, ...).

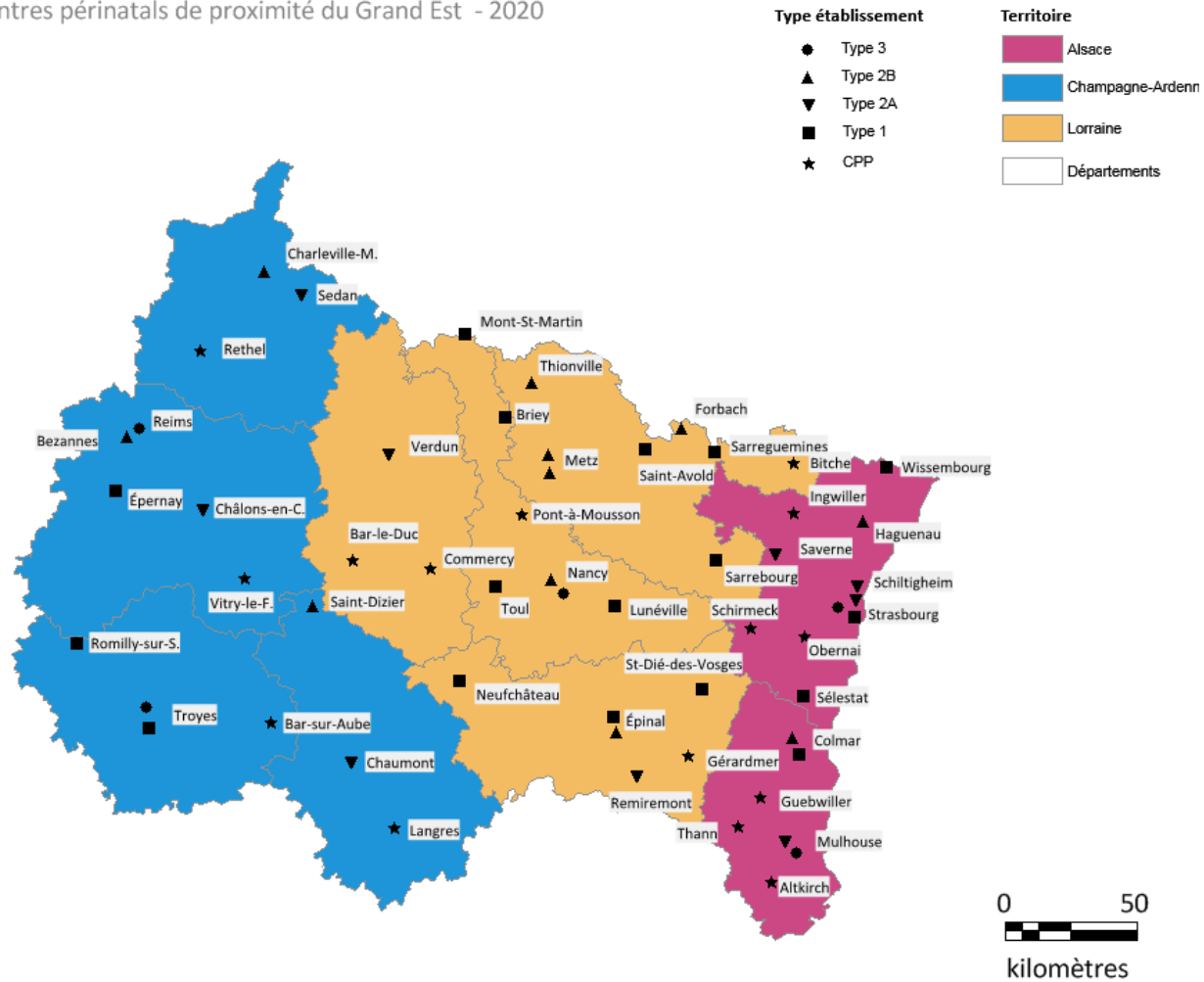
**Concernant la qualité des données PMSI explorées selon l'axe du surpoids et de l'obésité,** force est de constater que le recueil de cette donnée est très hétérogène sur le territoire. Une action de sensibilisation des équipes au recueil de cette donnée de santé publique est sans doute nécessaire.

**Même si elle n'est pas abordée dans ce rapport, la problématique de démographie des professionnels de santé de la périnatalité en milieu hospitalier comme en libéral est maintenant très prégnante** sur l'ensemble du Grand Est. Cette démographie en berne peut mettre à mal le fonctionnement d'une maternité comme cela a été le cas pour plusieurs établissements ces quatre dernières années. Elle peut aussi se refléter sur les indicateurs évoqués ici. **L'enjeu d'analyser les indicateurs en périnatalité et leurs déterminants, d'en améliorer le recueil,** sur le Grand Est apporte une richesse indéniable et est nécessaire pour guider la mise en œuvre d'actions spécifiques d'amélioration de la santé périnatale sur l'ensemble du territoire.



# I. Maternités et CPP : l'offre de soins en région Grand Est

Maternités et centres périnataux de proximité du Grand Est - 2020



## Répartition des maternités en fonction du type, de la taille, du statut et de l'activité

### Préambule :

Dans le PMSI certains accouchements codés sont rattachés à des établissements qui ne sont pas des maternités. Il peut s'agir d'erreurs de codage ou d'accouchements inopinés. En 2020, on dénombre 6 accouchements dans 5 établissements hors maternité dont 3 CPP. Ces accouchements sont exclus des analyses.

Les comparaisons nationales sont faites uniquement au niveau de la France métropolitaine (FM).

Les données sont issues de la base nationale PMSI 2020. Depuis le précédent rapport de santé périnatale de 2019, l'offre de soins a été modifiée en Lorraine :

- 19 maternités en 2020 au lieu de 20 en 2019 du fait de la fermeture de la maternité de Bar-le-Duc en juin 2019
- passage de la clinique Claude Bernard (Metz) d'un type IIB vers un type IIA en avril 2020

La **taille des maternités** est évaluée à partir du nombre de séjours d'accouchements dont l'année de sortie est 2020, incluant les accouchements hors établissement avec hospitalisation dans la maternité dans les suites immédiates.

En 2020, les 42 maternités du Grand Est - 9,1% des maternités de la France métropolitaine (FM) - ont enregistré 52 831 séjours d'accouchements (7,7% des séjours d'accouchements FM).

En 2020, 60% des maternités du Grand Est ont réalisé moins de 1 000 accouchements contre 62% en 2019. La part nationale des petites maternités diminue de 10 points entre 2019 et 2020 alors même qu'elle était stable depuis 2016. Ces maternités ont pris en charge au total 29% des accouchements (18% pour la FM). 24% des maternités (10 maternités comme en 2019) ont réalisé au moins 2000 accouchements, et représentent 50% des accouchements (versus 25% des maternités réalisant 53% des accouchements au niveau national). Comme en 2019, 4 maternités (10%) ont réalisé au moins 3000 accouchements (2 en Alsace, 1 en Champagne-Ardenne et 1 en Lorraine). Il n'existe pas en Grand Est de maternités réalisant 3500 accouchements ou plus.

### Effectif des maternités du Grand Est par type, taille des maternités\*, et secteur d'activité

Source : ATIH, exploitation CoPéGE

\* La taille des maternités est évaluée selon des classes de nombre d'accouchements

2020	Alsace	Champagne Ardenne	Lorraine	Grand Est		France Métrop.	
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>42</b>		<b>461</b>	
<b>Répartition par type</b>							
Type 1	4	3	10	17	40%	<b>173</b>	<b>38%</b>
Type 2A	4	3	2	9	21%	<b>142</b>	<b>31%</b>
Type 2B	2	3	6	11	26%	<b>85</b>	<b>18%</b>
Type 3	2	2	1	5	12%	<b>60</b>	<b>13%</b>
<b>Répartition par taille de la maternité (nombre d'accouchements)</b>							
< 500	1	2	4	7	17%	<b>92</b>	<b>20%</b>
500 - 999	4	4	10	18	43%	<b>50</b>	<b>11%</b>
1000 - 1499	2	2	1	5	12%	<b>63</b>	<b>14%</b>
1500 - 1999	1	0	1	2	5%	<b>142</b>	<b>31%</b>
2000 - 2999	2	2	2	6	14%	<b>56</b>	<b>12%</b>
≥ 3000	2	1	1	4	10%	<b>58</b>	<b>13%</b>
<b>Répartition par secteur d'activité</b>							
Public (DGF)	10	10	15	35	83%	<b>344</b>	<b>75%</b>
Privé (OQN)	2	1	4	7	17%	<b>116</b>	<b>25%</b>

En 2020, le Grand Est compte 17 maternités de type 1 (40% des maternités pour 21% des accouchements, semblable à ce qui est observé au niveau national) mais avec une plus grande part en Lorraine (30% des accouchements) qu'en Alsace (14% des accouchements) et en Champagne-Ardenne (10% des accouchements).

L'offre de soins en type 2A est plus importante en Alsace (4 maternités, 38% des accouchements) qu'en Champagne-Ardenne (3 maternités pour 15% des accouchements) ou en Lorraine (2 maternités pour 12% des accouchements). Le constat s'inverse concernant les types 2B avec des maternités plus nombreuses en Lorraine (6 maternités ont réalisé 54% des accouchements) ou en en Champagne-Ardenne (3 maternités pour 42% des accouchements) versus 2 maternités de type 2B en Alsace réalisant 17% des accouchements.

La part des accouchements réalisés par les types 3 est de 31% en Alsace, 32% en Champagne-Ardenne et de 13% en Lorraine avec une seule maternité de ce type (28% au niveau FM).

Le secteur privé représente 1/5 de l'activité en Grand Est (de 12% en Alsace à 27% en Lorraine).

### Répartition des accouchements du Grand Est par type, taille et secteur d'activité de la maternité

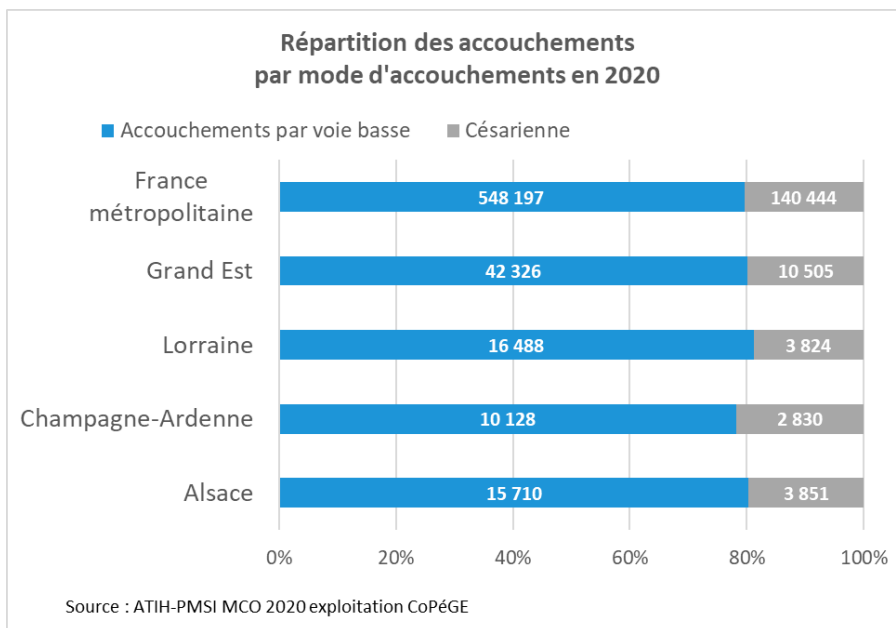
Source : ATIH, exploitation CoPéGE

\* La taille des maternités est évaluée selon des classes de nombre d'accouchements

2020	Alsace	Champagne Ardenne	Lorraine	Grand Est	France Métrop.
<b>Total</b>	<b>19 561</b>	<b>12 958</b>	<b>20 312</b>	<b>52 831</b>	<b>688 641</b>
<b>Répartition par type</b>					
Type 1	14%	10%	27%	18%	19%
Type 2A	38%	15%	12%	22%	30%
Type 2B	17%	42%	54%	37%	24%
Type 3	31%	32%	13%	24%	28%
<b>Répartition par taille de la maternité (nb accouchements)</b>					
< 500	2%	6%	7%	5%	3%
500 - 999	16%	19%	35%	24%	15%
1000 - 1499	14%	19%	7%	13%	16%
1500 - 1999	10%	0%	10%	7%	13%
2000 - 2999	24%	32%	25%	26%	22%
≥ 3000	34%	23%	16%	24%	31%
<b>Répartition par secteur d'activité</b>					
Public (DGF)	88%	77%	73%	80%	78%
Privé (OQN)	12%	23%	27%	20%	22%

## II. Accouchements en région Grand Est

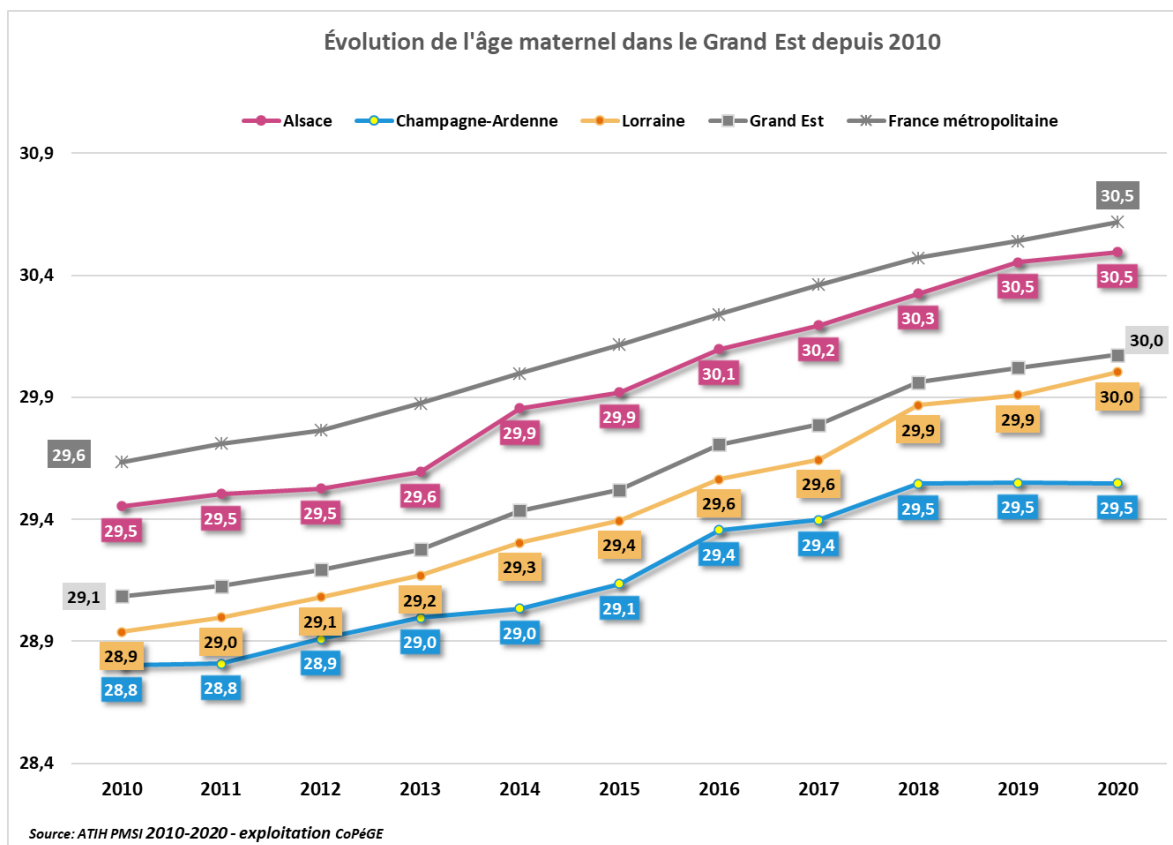
### 1. Accouchements en maternité



En 2020, **80,1% des 52 831 accouchements du Grand Est sont des accouchements par voie basse (-0,5 points par rapport à 2019)**. Le taux d'accouchement par voie basse sur le Grand Est est légèrement supérieur au taux national (79,6% pour la France métropolitaine). Il est assez homogène sur la région.

Parmi les accouchements par voie basse, 12,6% nécessitent une instrumentation. 76,4% se déroulent sous anesthésie péridurale (+2 points / 2019).

**L'âge maternel augmente depuis 2010** sur les trois territoires du Grand Est comme au niveau national (+0,9 ans sur la période pour le Grand Est comme pour le national). Depuis 2010, les parturientes sont en moyenne les plus âgées en Alsace (+1/2 année par rapport à la moyenne régionale en 2020) et les plus jeunes en Champagne-Ardenne (-1/2 année par rapport à la moyenne régionale en 2020).



## Accouchements selon l'âge gestationnel

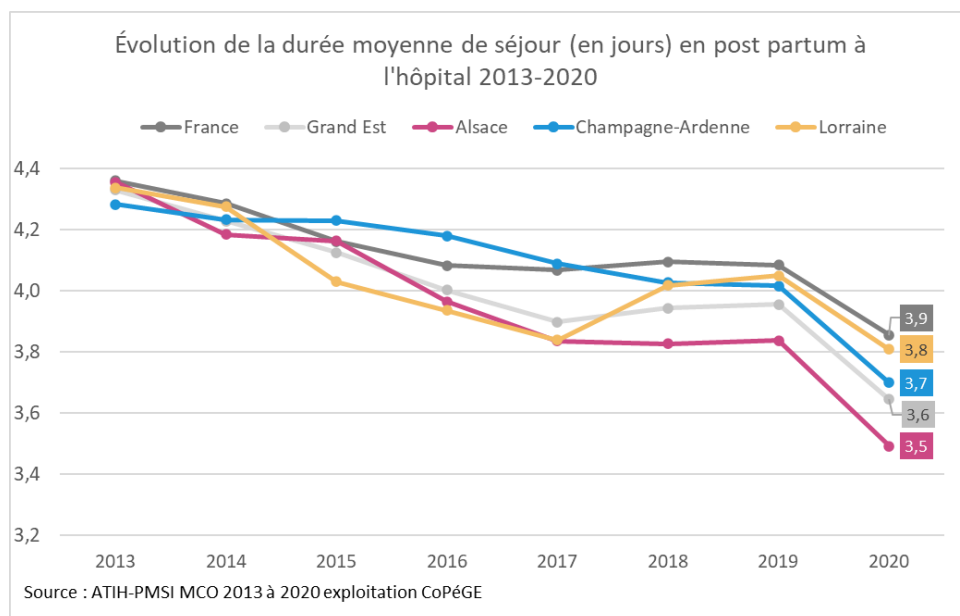
NB : En France métropolitaine et sur le Grand Est comme sur chacun de ses trois territoires, l'âge gestationnel est manquant pour moins de 0,02% des accouchements codés dans le PMSI 2020.

7% (vs 7,2 % en 2019) des accouchements réalisés en Grand Est se déroulent avant 37 SA (vs 6,5% en métropole). Ce taux varie entre 6,7% (Alsace) et 7,5% (Champagne-Ardenne soit un point de moins qu'en 2019).

Lieu d'accouchement	AG manquant	[22-29SA]	[30-31SA]	[32-36SA]	37SA et plus	Ensemble
Alsace	3	221	74	1 016	18 247	19 561
Champagne-Ardenne	1	144	64	761	11 988	12 958
Lorraine	2	191	80	1 123	18 916	20 312
Grand Est	6	556	218	2 900	49 151	52 831
France métropole	103	6 866	2 760	35 012	643 900	688 641

Lieu d'accouchement	AG manquant	[22-29SA]	[30-31SA]	[32-36SA]	37SA et plus	Ensemble
Alsace	0,02%	1,1%	0,4%	5,2%	93,3%	100%
Champagne-Ardenne	0,01%	1,1%	0,5%	5,9%	92,5%	100%
Lorraine	0,01%	0,9%	0,4%	5,5%	93,1%	100%
Grand Est	0,01%	1,1%	0,4%	5,5%	93,0%	100%
France	0,01%	1,0%	0,4%	5,1%	93,5%	100%

Source : ATIH, PMSI MCO 2020 exploitation CoPéGE



La durée moyenne de séjour en post partum est passée de 4,3 jours en 2013 à 3,6 jours en 2020 sur le Grand Est soit ½ journée de moins qu'en 2019. La tendance à la stabilisation autour de 4 jours observée depuis les trois dernières années est donc rompue.

Le phénomène est homogène sur chacun des territoires. Elle reste en dessous de la durée moyenne de séjour nationale qui elle aussi a diminué entre 2019 et 2020 pour descendre à 3,9 jours



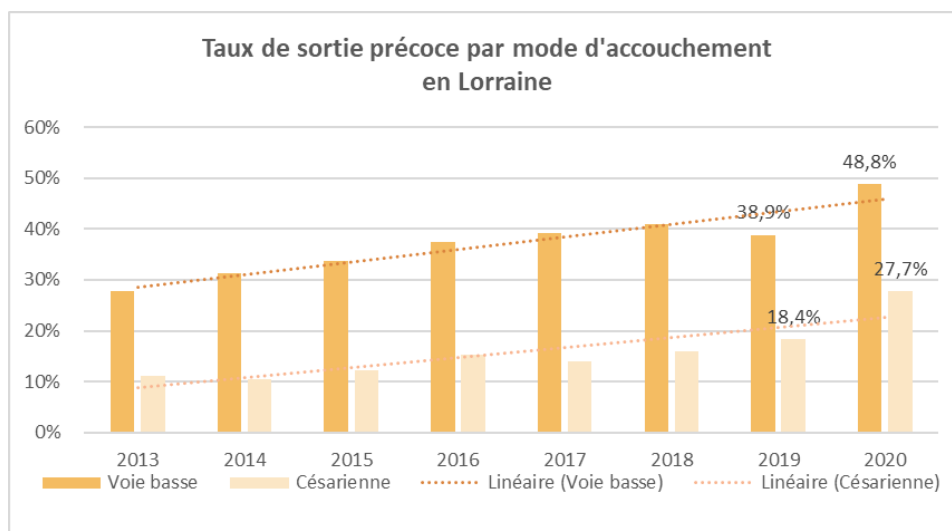
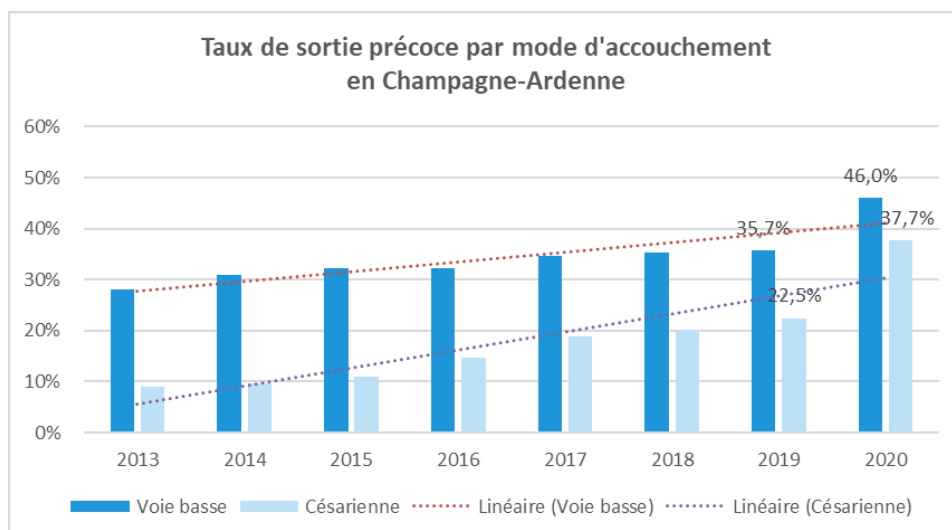
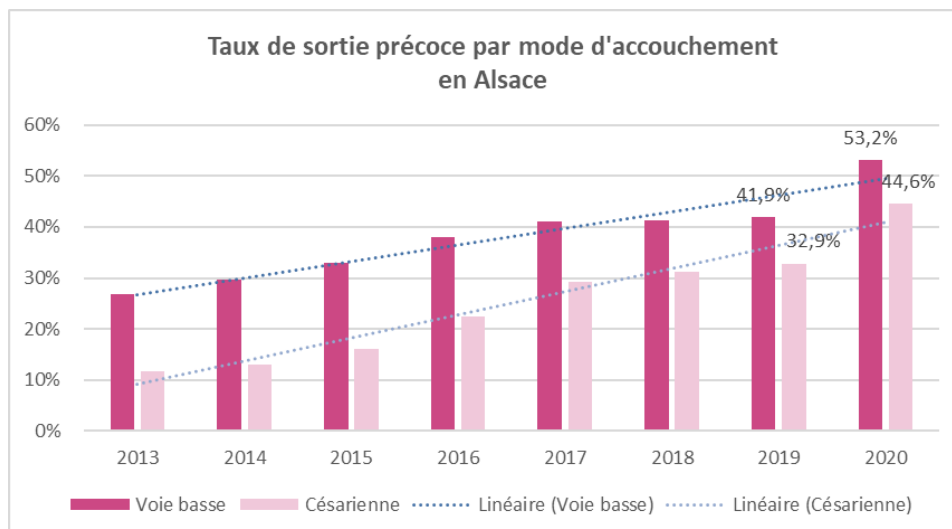
## Les sorties précoces en Grand Est

**NB :** (cf Recommandations HAS Mars 2014 *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*)

Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse : durée de séjour en maternité < 3jours
- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne. : durée de séjour en maternité < 4jours

Dans les graphiques ci-dessous le taux de sorties précoces tient compte des définitions HAS.



Suivant la tendance nationale, de 2013 à 2020, le taux de sortie précoce tous modes d'accouchements confondus augmente sur le Grand Est, comme sur chacun de ses trois territoires. Ce taux augmente encore entre 2019 et 2020. Pour autant, l'évolution des taux de sorties précoces est différenciée en fonction du territoire et du mode d'accouchement. Ainsi, c'est en Alsace que les sorties précoces se sont le plus développées entre 2013 et 2020 et ce, que ce soit pour les voies basses (+26,4 pts vs +18,4 pts au niveau national) ou pour les accouchements par césarienne (+33,2 pt vs +24,3 pts au niveau national). En Champagne-Ardenne comme en Lorraine, le déploiement de ces sorties précoces est plus modéré mais avec la même forte augmentation entre 2019 et 2020 (entre 10 et 15 points selon le territoire et le mode d'accouchement). La densité du tissu des professionnels de santé en périnatalité en particulier des sage-femmes libérales disparate d'un territoire à l'autre peut expliquer ces différences.

Source: ATIH PMSI 2013-2020 - exploitation CoPÉGE

## 2. Analyse des césariennes par critère de Robson simplifié

### Préambule

La Classification de Robson est reconnue de manière internationale pour permettre de **comparer les taux de césarienne selon des sous-groupes de femmes ayant les mêmes caractéristiques obstétricales, ce qui équivaut à un niveau de risque d'avoir une césarienne**. L'exploitation du PMSI et de la CCAM ne permet pas de reconstituer les 10 groupes définis dans cette classification, mais une "simplification" permet cependant une approche intéressante pour comparer, "à population de femmes équivalente", le taux de césariennes entre les maternités. Afin de faciliter la lecture du rapport nous avons nommé les groupes de façon résumée comme dans le tableau ci-dessous :

#### Description des groupes de Robson simplifiés :

<p><b>Groupe 1-4</b> Grossesse Unique Céphalique à Terme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nullipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, travail spontané</li> <li>- Nullipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines (A : Déclenchement du travail, B: Césarienne avant le travail)</li> <li>- Multipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, travail spontané</li> <li>- Multipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines (A : Déclenchement du travail, B: Césarienne avant le travail)</li> </ul>
<p><b>Groupe 5</b> Utérus Cicatriciel sur Grossesse Unique Céphalique à Terme</p>	<p>Antécédents de césarienne, unique céphalique, ≥ 37 semaines (A: Travail spontané, B: Déclenchement du travail, C: Césarienne avant le travail)</p>
<p><b>Groupe 6-7</b> Siège</p>	<p>Toutes les présentations du siège chez une nullipare et les présentations du siège chez une multipare (y compris les antécédents de césarienne) (A: Travail spontané, B: Déclenchement du travail, C: Césarienne avant le travail)</p>
<p><b>Groupe 8</b> Grossesse Multiple</p>	<p>Toutes les grossesses multiples (y compris les antécédents de césarienne) (A: Travail spontané, B: Déclenchement du travail, C: Césarienne avant le travail)</p>
<p><b>Groupe 9</b> Autres Présentations Anormales</p>	<p>Toutes les présentations anormales (y compris les antécédents de césarienne, mais en excluant les présentations du siège) (A: Travail spontané, B: Déclenchement du travail, C: Césarienne avant le travail)</p>
<p><b>Groupe 10</b> Grossesse Unique Céphalique Prématurée</p>	<p>Toutes les grossesses uniques en présentation céphalique, &lt; 37 semaines (y compris les antécédents de césarienne) (A: Travail spontané, B: Déclenchement du travail, C: Césarienne avant le travail)</p>

## 2.1. Césariennes données de cadrage

En 2020, 19,9% des accouchements réalisés dans les établissements du Grand Est donnent lieu à une césarienne contre 20,4% en France métropolitaine. L'écart entre le taux régional et celui national diminue entre 2019 et 2020. Ce taux varie de 18,8% à 21,8% sur les trois territoires du Grand Est. Les variations par type de maternité sont légèrement différentes d'un territoire à l'autre. En Grand Est comme en France métropolitaine les maternités de type 3 ont le taux de césarienne le plus élevé, ce qui est en cohérence avec le niveau de risque plus élevé des patientes prises en charge dans ces maternités. Les taux varient de 10,3% pour un établissement de type 1 à 25,8% (type 1 également).

Les taux de césarienne par établissement sont disponibles en annexe 2.

### Taux de césarienne par territoire du Grand Est en 2020

	Total Accouchements	Voies basses	Césariennes	% Voies basses	% Césariennes
<b>ALSACE</b>	19 561	15 710	3 851	<b>80,3%</b>	<b>19,7%</b>
<b>CHAMPAGNE-ARDENNE</b>	12 958	10 128	2 830	<b>78,2%</b>	<b>21,8%</b>
<b>LORRAINE</b>	20 312	16 488	3 824	<b>81,2%</b>	<b>18,8%</b>
<b>GRAND EST</b>	52 831	42 326	10 505	<b>80,1%</b>	<b>19,9%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>688 641</b>	<b>548 197</b>	<b>140 444</b>	<b>79,6%</b>	<b>20,4%</b>

Source : ATIH-PMSI MCO 2020 - exploitation CoPéGE

### Taux de césarienne par type de maternité sur le Grand Est en 2020

	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3	Ensemble
<b>ALSACE</b>	<b>19,0%</b>	<b>19,4%</b>	<b>17,9%</b>	<b>21,3%</b>	<b>19,7%</b>
<b>CHAMPAGNE-ARDENNE</b>	<b>23,6%</b>	<b>20,2%</b>	<b>20,6%</b>	<b>23,7%</b>	<b>21,8%</b>
<b>LORRAINE</b>	<b>18,1%</b>	<b>17,5%</b>	<b>19,2%</b>	<b>19,3%</b>	<b>18,8%</b>
<b>GRAND EST</b>	19,1%	19,4%	19,4%	21,6%	19,9%
<b>France métropolitaine</b>	<b>20,1%</b>	<b>20,3%</b>	<b>19,4%</b>	<b>21,5%</b>	<b>20,4%</b>

Source : ATIH-PMSI MCO 2020 - exploitation CoPéGE

## 2.2. Contribution des groupes de patientes Robson simplifié aux taux de césarienne

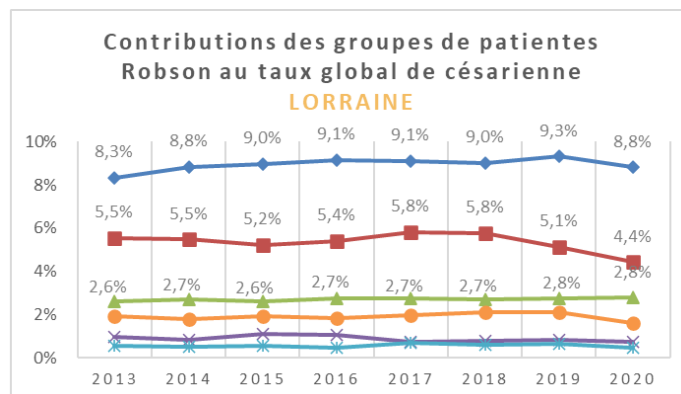
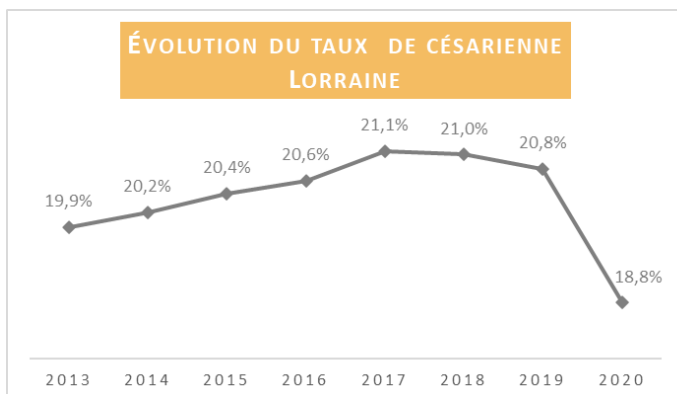
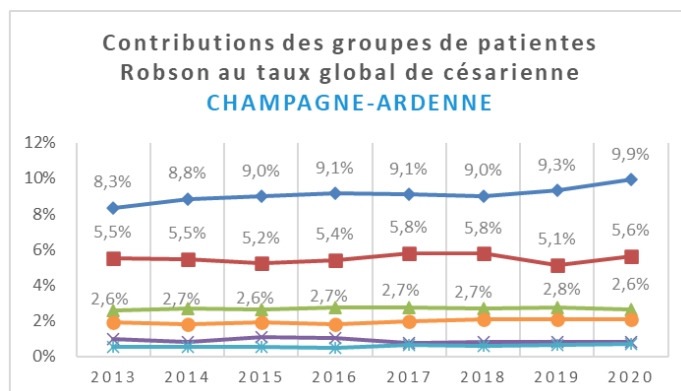
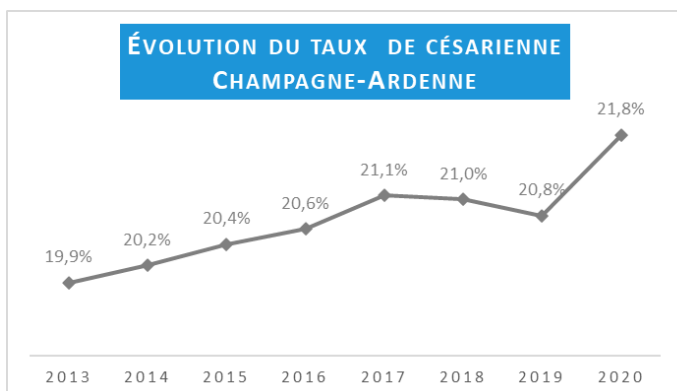
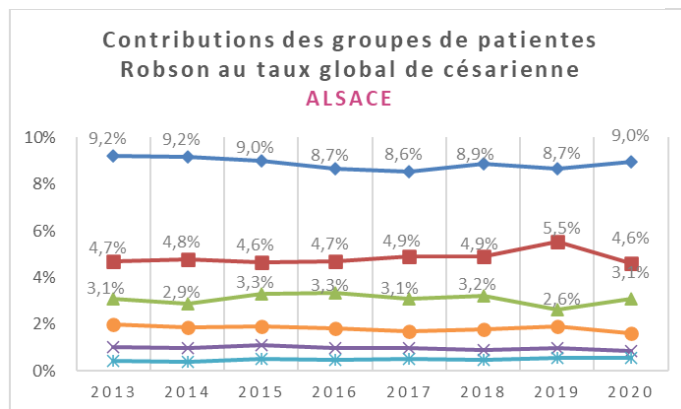
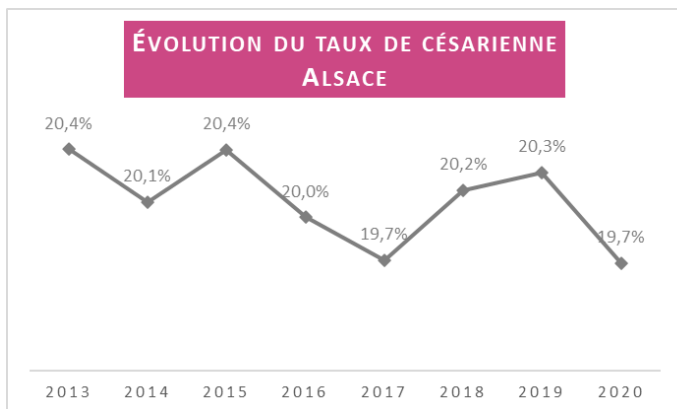
Afin d'évaluer l'homogénéité des pratiques sur le Grand Est, il est intéressant d'étudier par territoire les contributions des groupes de patientes Robson au taux global de césarienne. Les données par établissement sont disponibles dans les tableaux de bord du Grand Est diffusés auprès de chacun d'entre eux.

L'évolution du taux global de césarienne entre 2013 et 2020 varie selon le territoire avec une tendance à la baisse pour l'Alsace et la Lorraine et une tendance à la hausse pour la Champagne-Ardenne.

Sur l'ensemble des trois territoires les contributions des groupes de patientes au taux de césarienne sont assez similaires. Ces contributions sont le résultat de la taille relative du groupe de femmes et des pratiques de soins.

L'analyse conjointe des deux graphiques permet les premières analyses suivantes :

- En Alsace, l'évolution à la baisse semble être homogène sur l'ensemble des groupes.
- En Champagne-Ardenne l'augmentation semble être liée à l'augmentation de la contribution du groupe 1-4 (grossesses uniques céphaliques à terme).
- En Lorraine, la diminution du taux de césarienne depuis 2017 semble être liée à la diminution de la contribution du groupe 5 (utérus cicatriciel grossesse unique céphalique à terme).



Source : PMSI MCO 2020 – exploitation CoPÉGE

### 2.3. Césariennes données par type de maternité selon les groupes de Robson

Les tableaux ci-après présentent les taux de césarienne en fonction des types de maternité et pour chaque type par zone géographique (territoire, Grand Est, France métropolitaine).

#### Note de lecture des tableaux groupes de Robson simplifié (exemple sur le tableau des types 1 zone géographique Grand est)

- Le groupe 1-4 contribue à hauteur de 9,8% du taux global de césarienne égal à 19,1%. La somme des contributions par groupe est égale au taux global.
- La taille relative d'un groupe correspond au nombre de femmes du groupe rapporté à l'ensemble des femmes ayant accouché.
- L'interprétation des taux de césarienne et des contributions aux taux de césarienne doit être prudente lorsque les effectifs sont trop faibles (exemple : maternités de type 1, le groupe 9 en Champagne-Ardenne ne compte que 14 femmes)

### 2.3.1. Maternités de type 1

Taux de césarienne globale (%) Type 1	
Alsace	19,0
Champagne-Ardenne	23,6
Lorraine	18,1
Grand Est	19,1
France	20,2

Source : PMSI MCO 2020 – exploitation CoPÉGE

Distribution de la population, taux de césarienne et contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson dans les maternités de type 1

		Type 1				
		Nombre de césariennes / Total de femmes	Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)	
1 - 4	<b>Primi et multi, singleton céphalique, &gt;=37SA, travail spontané, ou déclenché ou césarienne avant travail</b>	Alsace	260 / 2 265	85,4	11,5	9,8
		Champagne-Ardenne	184 / 1 129	83,2	16,3	13,6
		Lorraine	563 / 5 317	84,8	10,6	9,0
		Grand Est	1007 / 8 711	84,7	11,6	9,8
		France	12 905 / 107 918	84,4	12,0	10,1
5	<b>Cicatriciel, singleton, céphalique, &gt;= 37 SA</b>	Alsace	119 / 186	7,0	64,0	4,5
		Champagne-Ardenne	73 / 107	7,9	68,2	5,4
		Lorraine	295 / 462	7,4	63,9	4,7
		Grand Est	487 / 755	7,3	64,5	4,7
		France	7 159 / 9 944	7,8	72,0	5,6
6 - 7	<b>Primi et multi, siège</b>	Alsace	62 / 78	2,9	79,5	2,3
		Champagne-Ardenne	33 / 41	3,0	80,5	2,4
		Lorraine	185 / 218	3,5	84,9	3,0
		Grand Est	280 / 337	3,3	83,1	2,7
		France	3 624 / 4 317	3,4	84,0	2,8
8	<b>Grossesse multiple</b>	Alsace	18 / 27	1,0	66,7	0,7
		Champagne-Ardenne	6 / 11	0,8	54,6	0,4
		Lorraine	15 / 29	0,5	51,7	0,2
		Grand Est	39 / 67	0,7	58,2	0,4
		France	453 / 768	0,6	59,0	0,4
9	<b>Transverse ou oblique (Présentation anormale)</b>	Alsace	32 / 45	1,7	71,1	1,2
		Champagne-Ardenne	7 / 14	1,0	50,0	0,5
		Lorraine	36 / 69	1,1	52,2	0,6
		Grand Est	75 / 128	1,3	58,6	0,7
		France	725 / 1 392	1,1	52,1	0,6
10	<b>Singleton, céphalique, &lt; 37 SA</b>	Alsace	13 / 51	1,9	25,5	0,5
		Champagne-Ardenne	17 / 55	4,1	30,9	1,3
		Lorraine	43 / 177	2,8	24,3	0,7
		Grand Est	73 / 283	2,8	25,8	0,7
		France	880 / 3 463	2,7	25,4	0,7

Pour les maternités de type 1, le groupe le plus représenté est le groupe 1-4 (grossesses uniques céphaliques à terme) avec une taille relative de 83 à 85% selon l'échelle géographique. De fait, c'est le groupe qui contribue le plus au taux global de césarienne (plus de la moitié). Pour autant au sein de ce groupe, le taux est le plus bas (<=16,3%). Les taux de césarienne les plus élevés sont ceux du groupe 6-7 (accouchements par le siège).

Au sein des maternités de type I, des disparités territoriales marquées du taux de césarienne sont observées pour les groupes 1-4, 5, 6 et 10. Dans les groupes 1-4 (céphalique à terme) et 5 (utérus cicatriciel), les taux de césarienne sont plus élevés en Champagne-Ardenne que dans les autres territoires. Dans le groupe 6 (siège), le taux de césarienne est légèrement plus élevé en Lorraine. Dans le groupe 10 (prématurés), il est plus élevé en Champagne-Ardenne.

### 2.3.2. Maternités de type 2A

Taux de césarienne globale (%) Type 2A	
Alsace	19,4
Champagne-Ardenne	20,2
Lorraine	17,2
Grand Est	19,4
France	20,3

Source : PMSI MCO 2020 – exploitation CoPÉGE

Distribution de la population, taux de césarienne et contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson simplifié dans les maternités de type 2A

		Type 2A				
		Nombre de césariennes / Total de femmes	Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)	
1 - 4	Primi et multi, singleton céphalique, >=37SA, travail spontané, ou déclenché ou césarienne avant travail	Alsace	706 / 6 109	81,4	11,6	9,4
		Champagne-Ardenne	154 / 1 531	79,5	10,1	8,0
		Lorraine	64 / 706	82,6	9,1	7,5
		Grand Est	924 / 8 346	81,2	11,1	9,0
		France	19 699 / 167 598	82,3	11,7	9,7
5	Cicatriciel, singleton, céphalique, >= 37 SA	Alsace	393 / 677	9,0	58,1	5,2
		Champagne-Ardenne	143 / 221	11,5	64,7	7,4
		Lorraine	35 / 63	7,4	55,6	4,1
		Grand Est	571 / 961	9,3	59,4	5,6
		France	11 680 / 17 017	8,4	68,6	5,7
6 - 7	Primi et multi, siège	Alsace	228 / 290	3,9	78,6	3,0
		Champagne-Ardenne	49 / 62	3,2	79,0	2,5
		Lorraine	31 / 36	4,2	86,1	3,6
		Grand Est	308 / 388	3,8	79,4	3,0
		France	5 639 / 7 130	3,5	79,1	2,8
8	Grossesse multiple	Alsace	42 / 83	1,1	50,6	0,6
		Champagne-Ardenne	10 / 17	0,9	58,8	0,5
		Lorraine	6 / 8	0,9	75,0	0,7
		Grand Est	58 / 108	1,1	53,7	0,6
		France	1 273 / 2 178	1,1	58,5	0,6
9	Transverse ou oblique (Présentation anormale)	Alsace	25 / 42	0,6	59,5	0,3
		Champagne-Ardenne	12 / 20	1,0	60,0	0,6
		Lorraine	2 / 2	0,2	100,0	0,2
		Grand Est	39 / 64	0,6	60,9	0,4
		France	931 / 1 823	0,9	51,1	0,5
10	Singleton, céphalique, < 37 SA	Alsace	61 / 300	4,0	20,3	0,8
		Champagne-Ardenne	22 / 75	3,9	29,3	1,1
		Lorraine	9 / 40	4,7	22,5	1,1
		Grand Est	92 / 415	4,0	22,2	0,9
		France	2 177 / 7 784	3,8	28,0	1,1

Pour les maternités de type 2A, même constats que pour les maternités de type 1 : le groupe le plus représenté est le groupe 1-4 (grossesses uniques céphaliques à terme) avec une taille relative de 79 à 86% selon l'échelle géographique. De fait, ce groupe contribue le plus au taux global de césarienne. Pour autant au sein de ce groupe, le taux est le plus bas (<=16,3%). Les taux de césarienne les plus élevés sont ceux du groupe 6-7 (accouchements par le siège).

La différence réside en une contribution au taux global de césarienne plus équilibrée entre le groupe 1-4 et le groupe 5 utérus cicatriciel.

### 2.3.3. Maternités de type 2B

Taux de césarienne globale (%) Type 2B	
Alsace	17,9
Champagne-Ardenne	20,6
Lorraine	19,3
Grand Est	19,4
France	19,4

Source : PMSI MCO 2020 – exploitation CoPÉGE

Distribution de la population, taux de césarienne et contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson simplifiée dans les maternités de type 2B

		Type 2B				
		Nombre de césariennes / Total de femmes	Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)	
1 - 4	Primi et multi, singleton céphalique, >=37SA, travail spontané, ou déclenché ou césarienne avant travail	Alsace	245 / 2649	80,1	9,3	7,4
		Champagne-Ardenne	507 / 4498	81,7	11,3	9,2
		Lorraine	908 / 8411	80,9	10,8	8,7
		Grand Est	1660 / 15558	81,0	10,7	8,6
		France	14314 / 134644	80,4	10,6	8,6
5	Cicatriciel, singleton, céphalique, >= 37 SA	Alsace	146 / 268	8,1	54,5	4,4
		Champagne-Ardenne	301 / 405	7,4	74,3	5,5
		Lorraine	510 / 755	7,3	67,6	4,9
		Grand Est	957 / 1428	7,4	67,0	5,0
		France	9216 / 14886	8,9	61,9	5,5
6 - 7	Primi et multi, siège	Alsace	116 / 146	4,4	79,5	3,5
		Champagne-Ardenne	164 / 198	3,6	82,8	3,0
		Lorraine	291 / 403	3,9	72,2	2,8
		Grand Est	571 / 747	3,9	76,4	3,0
		France	4233 / 5785	3,5	73,2	2,5
8	Grossesse multiple	Alsace	23 / 47	1,4	48,9	0,7
		Champagne-Ardenne	44 / 70	1,3	62,9	0,8
		Lorraine	87 / 162	1,6	53,7	0,8
		Grand Est	154 / 279	1,5	55,2	0,8
		France	1280 / 2496	1,5	51,3	0,8
9	Transverse ou oblique (Présentation anormale)	Alsace	14 / 23	0,7	60,9	0,4
		Champagne-Ardenne	42 / 74	1,3	56,8	0,8
		Lorraine	47 / 72	0,7	65,3	0,5
		Grand Est	103 / 169	0,9	61,0	0,5
		France	957 / 1471	0,9	65,1	0,6
10	Singleton, céphalique, < 37 SA	Alsace	48 / 175	5,3	27,4	1,5
		Champagne-Ardenne	75 / 260	4,7	28,9	1,4
		Lorraine	158 / 592	5,7	26,7	1,5
		Grand Est	281 / 1027	5,4	27,4	1,5
		France	2461 / 8212	4,9	30,0	1,5

Pour les maternités de type 2B, même constats que pour les maternités de type 1 : le groupe le plus représenté est le groupe 1-4 (grossesses uniques céphaliques à terme) avec une taille relative de 80 à 82% selon l'échelle géographique. De fait, ce groupe contribue le plus au taux global de césarienne. Pour autant au sein de ce groupe, le taux est le plus bas (<=11,3%).

Les taux de césarienne les plus élevés sont ceux du groupe 6-7 (accouchements par le siège).

Comme pour les types 2A, la différence réside en une contribution au taux global de césarienne plus équilibrée entre le groupe 1-4 et le groupe 5 utérus cicatriciel.

### 2.3.4. Maternités de type 3

Taux de césarienne globale (%) Type 3	
Alsace	21,3
Champagne-Ardenne	23,7
Lorraine	19,3
Grand Est	21,6
France	21,5

Source : PMSI MCO 2020 – exploitation CoPÉGE

Distribution de la population, taux de césarienne et contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson simplifiée dans les maternités de type 3

		Type 3				
		Nombre de césariennes / Total de femmes	Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)	
1 - 4	Primi et multi, singleton céphalique, >=37SA, travail spontané, ou déclenché ou césarienne avant travail	Alsace	544 / 4689	76,9	11,6	8,9
		Champagne-Ardenne	441 / 3105	74,5	14,2	10,6
		Lorraine	254 / 2101	75,3	12,1	9,1
		Grand Est	1239 / 9895	75,8	12,5	9,5
		France	16259 / 142547	75,1	11,4	8,6
5	Cicatriciel, singleton, céphalique, >= 37 SA	Alsace	241 / 462	7,6	52,2	4,0
		Champagne-Ardenne	214 / 406	9,7	52,7	5,1
		Lorraine	58 / 149	5,3	38,9	2,1
		Grand Est	513 / 1017	7,8	50,4	3,9
		France	10379 / 18046	9,5	57,5	5,5
6 - 7	Primi et multi, siège	Alsace	201 / 269	4,4	74,7	3,3
		Champagne-Ardenne	95 / 161	3,9	59,0	2,3
		Lorraine	59 / 125	4,5	47,2	2,1
		Grand Est	355 / 555	4,3	64,0	2,7
		France	4734 / 7446	3,9	63,6	2,5
8	Grossesse multiple	Alsace	84 / 153	2,5	54,9	1,4
		Champagne-Ardenne	49 / 77	1,9	63,6	1,2
		Lorraine	38 / 83	3,0	45,8	1,4
		Grand Est	171 / 313	2,4	54,6	1,3
		France	2792 / 5392	2,8	51,8	1,5
9	Transverse ou oblique (Présentation anormale)	Alsace	36 / 43	0,7	83,7	0,6
		Champagne-Ardenne	29 / 30	0,7	96,7	0,7
		Lorraine	14 / 19	0,7	73,7	0,5
		Grand Est	79 / 92	0,7	85,9	0,6
		France	926 / 1365	0,7	67,8	0,5
10	Singleton, céphalique, < 37 SA	Alsace	194 / 478	7,8	40,6	3,2
		Champagne-Ardenne	158 / 390	9,4	40,5	3,8
		Lorraine	115 / 312	11,2	36,9	4,1
		Grand Est	467 / 1180	9,0	39,6	3,6
		France	5759 / 14900	7,9	38,6	3,0

Pour les maternités de type 3, même si le groupe le plus représenté est toujours le groupe 1-4 (grossesses uniques céphaliques à terme) sa taille relative est moindre que pour les autres types de maternité (effet du réseau de soins gradué). Pour autant au sein de ce groupe, le taux est le plus bas (<=14,2%). Les taux de césarienne les plus élevés sont ceux du groupe 6-7 (accouchements par le siège) et du groupe 9 mais qui a une taille bien moindre que le groupe 6-7.

On voit apparaître une contribution au taux global de césarienne plus élevée du dernier groupe des accouchements prématurés et comme précédemment, une contribution plus équilibrée entre le groupe 1-4 et le groupe 5 utérus cicatriciel. Les pratiques diffèrent pour les groupes 5, 6-7, 8 et 9 au sein des territoires.



### 3.1. Où accouchent les femmes domiciliées en Grand Est ?

En 2020, 98,6 % des mères domiciliées dans le Grand Est accouchent dans la région (stable depuis 2016). Ce taux varie d'un territoire à l'autre, il atteint 99,6% pour l'Alsace et la Lorraine et descend à 95,5% pour les parturientes de Champagne-Ardenne. Les accouchements hors région des femmes domiciliées en Champagne-Ardenne ont principalement lieu dans des établissements d'Ile de France pour les marnaises et de Bourgogne pour les haut-marnaises.

Des flux naturels intra régionaux existent :

- 8% des haut-marnaises et 1% des résidentes du Bas-Rhin accouchent en Lorraine
- 25% des femmes résidant dans la Meuse accouchent en Champagne-Ardenne (part un peu plus importante qu'en 2019, probablement lié à la fermeture de la maternité de Bar-le-Duc)
- 5% des mosellanes accouchent en Alsace.

#### Lieu d'accouchement des femmes domiciliées en Grand Est (2020)

Département de domicile des parturientes résidant dans le Grand Est											
Lieu d'accouchement	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-M.	Meuse	Moselle	Vosges	Ensemble
Alsace	11 469	7 344	2	1	1	2	10	1	514	26	19 370
Champagne-Ardenne	4	0	2 407	2 898	5 634	994	7	374	8	3	12 329
Lorraine	97	8	9	3	28	113	6 691	1 126	9 098	2 923	20 096
Aquitaine	2	2	1	0	0	1	1	0	1	0	8
Basse-Normandie	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	5
Bourgogne	2	0	1	46	0	225	1	0	0	2	277
Bretagne	6	1	0	2	0	0	0	0	0	0	9
Centre	0	0	0	1	4	0	3	0	0	0	8
Franche-Comté	4	45	0	1	0	30	1	0	2	4	87
Haute-Normandie	0	1	0	1	1	3	0	0	10	0	16
Ile-de-France	4	4	5	129	44	0	4	1	8	1	200
Languedoc	1	1	0	0	0	2	2	0	0	1	7
Limousin	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Midi-Pyrénées	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	4
Nord	4	3	13	0	4	0	0	1	5	0	30
Pays-de-la-Loire	1	0	0	0	1	0	2	0	3	0	7
Picardie	0	0	6	3	33	1	0	0	0	1	44
Poitou-Charente	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3	1	4	1	1	0	6	0	3	3	22
Rhône-Alpes	3	7	0	0	3	2	1	0	2	1	19
<b>Total accouchement hors région</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>32</b>	<b>186</b>	<b>92</b>	<b>264</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>15</b>	<b>750</b>

Source : PMSI MCO 2020 - exploitation -CoPéGE

### 3.2. D'où viennent les femmes qui accouchent en Grand Est ?

Sans changement par rapport à 2019, 98% des femmes qui accouchent en Grand Est proviennent de la région. Les trois territoires observent des flux entrant extra régionaux en particulier en provenance de femmes résidant dans des départements limitrophes (majoritairement le territoire de Belfort pour l'Alsace, le département de l'Aisne pour la Champagne-Ardenne et la Haute-Saône pour la Lorraine).

Des flux intra régionaux sont naturellement observés entre territoires :

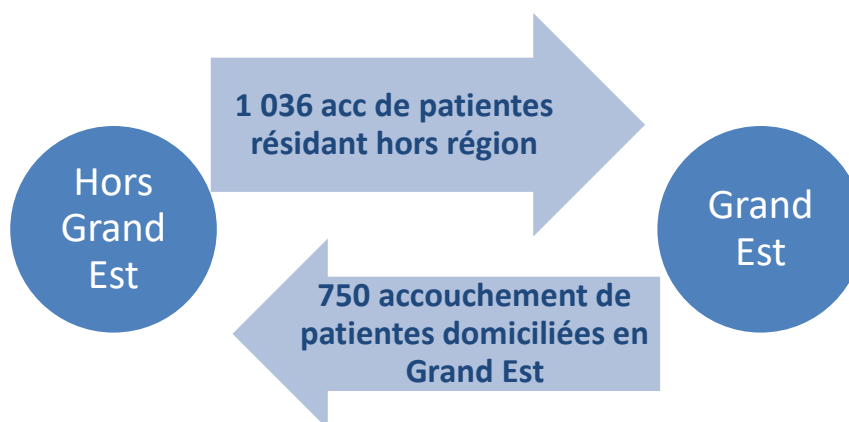
- 1,9% des parturientes accouchant en Alsace proviennent de l'est mosellan
- 2,9% de celles accouchant en Champagne-Ardenne proviennent de la Meuse
- 0,5% des femmes accouchant en Lorraine réside en Haute-Marne et 0,5% dans le Bas-Rhin.

Provenance des femmes qui accouchent en Grand Est en 2020

Département du domicile	LIEU ACCOUCHEMENT		
	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
67-BAS-RHIN	11 469	4	97
68-HAUT-RHIN	7 344	0	8
08-ARDENNES	2	2 407	9
10-AUBE	1	2 898	3
51-MARNE	1	5 634	28
52-HAUTE-MARNE	2	994	113
54-MEURTHE-ET-MOSELLE	10	7	6 691
55-MEUSE	1	374	1 126
57-MOSELLE	514	8	9 098
88-VOSGES	26	3	2 923
25-DOUBS	16	0	5
70-HAUTE-SAÔNE	7	1	134
90-TERRITOIRE DE BELFORT	46	0	1
76-SEINE-MARITIME	11	4	0
02-AISNE	0	485	1
21-CÔTE-D OR	0	28	0
77-SEINE-ET-MARNE	1	23	3
89-YONNE	0	13	1
AUTRES	110	75	71
<b>TOTAL</b>	<b>19 561</b>	<b>12 958</b>	<b>20 312</b>

Source : PMSI MCO 2020 - exploitation -CoPéGE

Comme depuis, le bilan des flux d'accouchements région Grand Est / Hors Grand Est (fuites et apports) présente un solde légèrement positif en 2020. Il a cependant tendance à diminuer (286 accouchements en 2020 vs 471 accouchements en 2019).



### III. Les nouveau-nés en région Grand Est

#### 1. Naissances vivantes

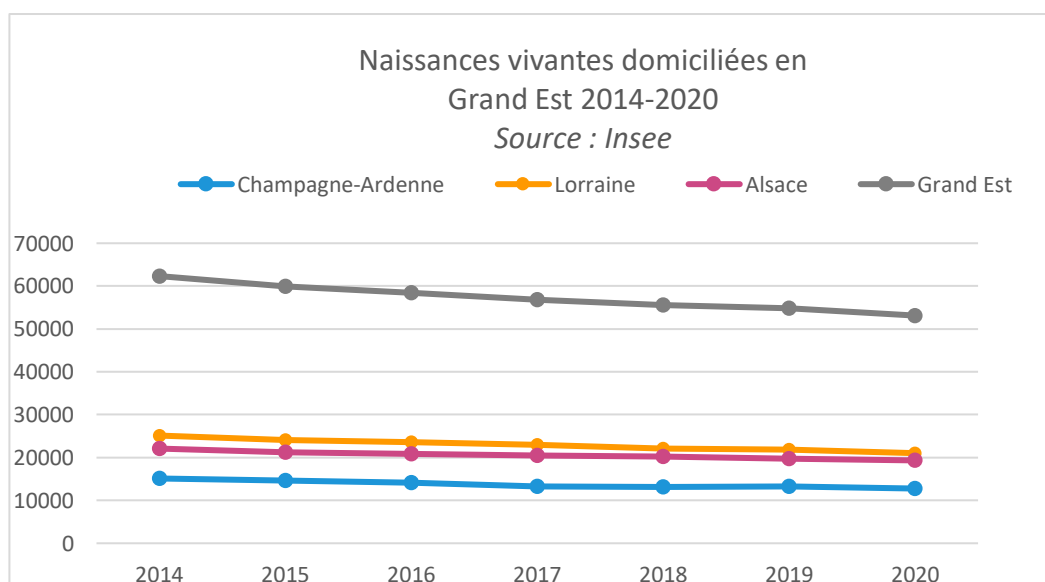
##### Préambule

Les statistiques annuelles émanant de l'Insee concernant les naissances domiciliées sont dressées à partir des bulletins statistiques de l'état civil, établis par les maires, au moment et dans la commune de France hors Mayotte où ont lieu les naissances. Les naissances ayant eu lieu à l'étranger ou dans les COM ne sont pas comptabilisées.

Dans le PMSI, le code géographique de résidence (très proche du code postal) de la mère est enregistré et permet de domicilier les naissances vivantes. Les analyses du PMSI étant basées sur la date de sortie du séjour hospitalier et non sur la date de naissance exacte, il peut exister une légère différence entre les chiffres de l'Insee et ceux du PMSI.

En 2020, 52 889 naissances vivantes ont eu lieu dans le Grand Est. Les naissances vivantes décrites par le PMSI sont très proches de celles comptabilisées par l'Insee. En 2020, l'écart entre les deux sources de données est de 0,4 % sur le Grand Est et atteint près de 2% dans la Meuse (1,9%) et la Haute-Marne (1,8%).

Territoire	Naissances vivantes domiciliées au domicile de la mère en 2020		
	Source Insee	Source PMSI	Ecart (Insee - PMSI) / Insee
Ardennes	2 458	2 461	-0,1%
Aube	3 088	3 099	-0,4%
Marne	5 843	5 797	0,8%
Haute-Marne	1 381	1 356	1,8%
Champagne-Ardenne	<b>12 770</b>	<b>12 713</b>	<b>0,4%</b>
Meurthe-et-Moselle	6 819	6 766	0,8%
Meuse	1 512	1 484	1,9%
Moselle	9 697	9 725	-0,3%
Vosges	2 998	2 980	0,6%
Lorraine	<b>21 026</b>	<b>20 955</b>	<b>0,3%</b>
Bas-Rhin	11 797	11 795	0,0%
Haut-Rhin	7 536	7 436	1,3%
Alsace	<b>19 333</b>	<b>19 231</b>	<b>0,5%</b>
<b>Grand Est</b>	<b>53 129</b>	<b>52 899</b>	<b>0,4%</b>



Le nombre de naissances diminue dans le Grand Est depuis plusieurs années, selon la même dynamique que celle observée en France. Cette diminution s'observe au sein de chaque territoire et département.

## 2. Mortinatalité et mortalité infantile

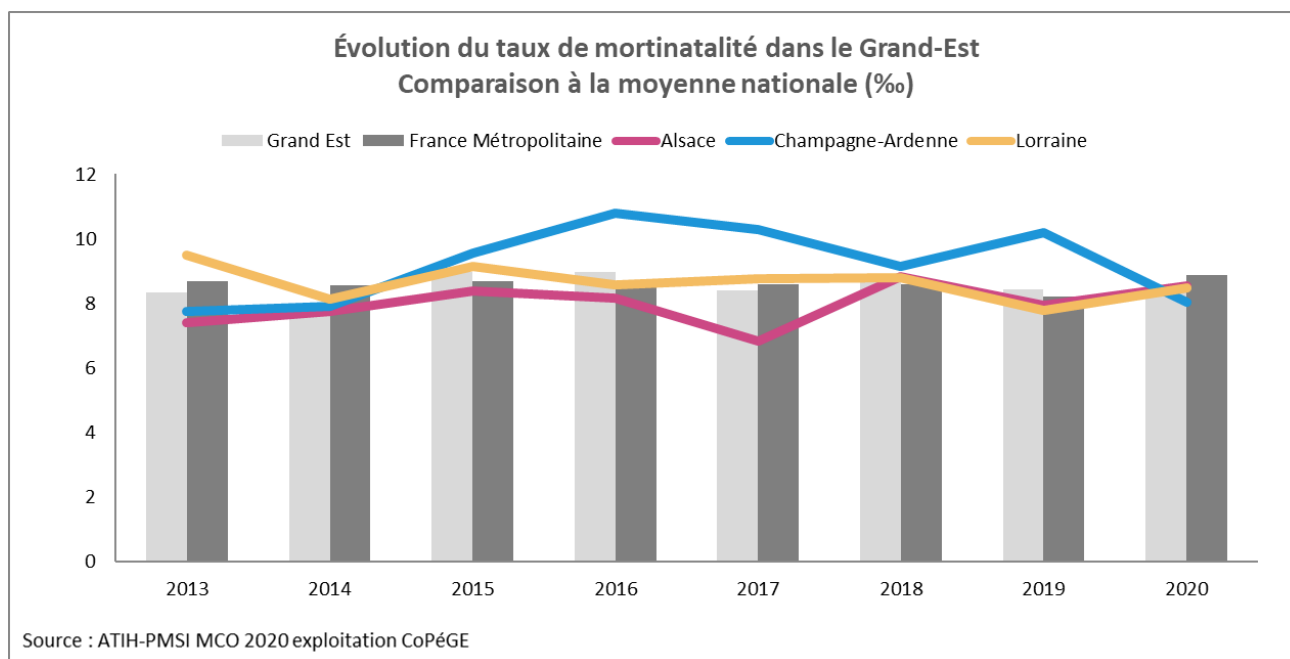
### Définitions :

**Mortinatalité** : enfants nés sans vie ou mort-nés, estimé à partir du PMSI-MCO

**Mortalité infantile** : décès entre [0 - 1 an[ , enfants nés vivants, estimés à partir de l'État civil

**Mortalité néonatale** : décès entre [0-28[ jours, enfants nés vivants, estimés à partir de l'État civil

**Mortalité néonatale précoce** : décès entre [0 -7[ jours, enfants nés vivants, estimés à partir de l'État civil



Le taux de mortinatalité ou d'enfants nés sans vie s'est stabilisé ces dernières années autour de 8 pour 1000 naissances en France comme dans le Grand Est. Les différences observées en 2019 entre territoires, notamment en Champagne-Ardenne où la mortinatalité était plus élevée que dans les autres territoires se sont estompées en 2020.

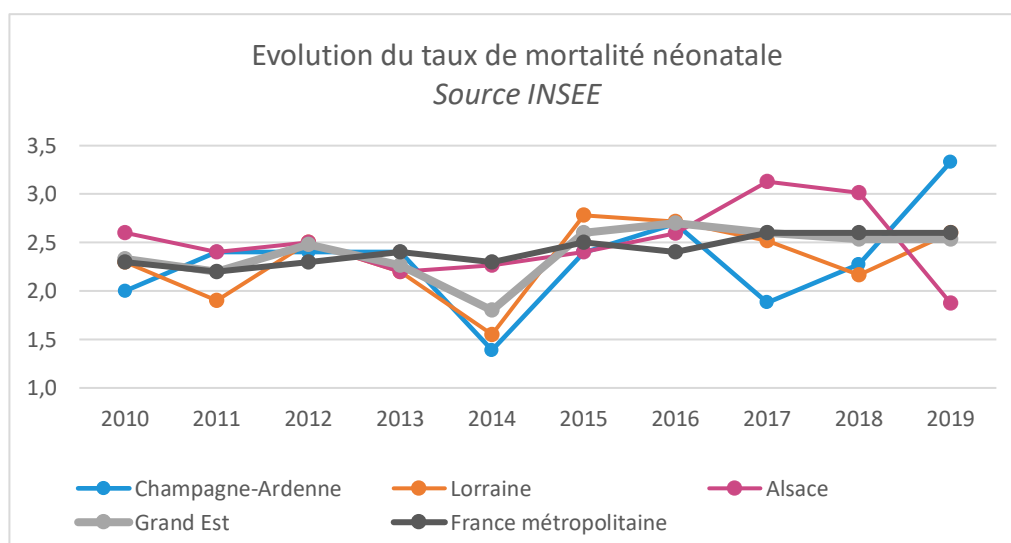
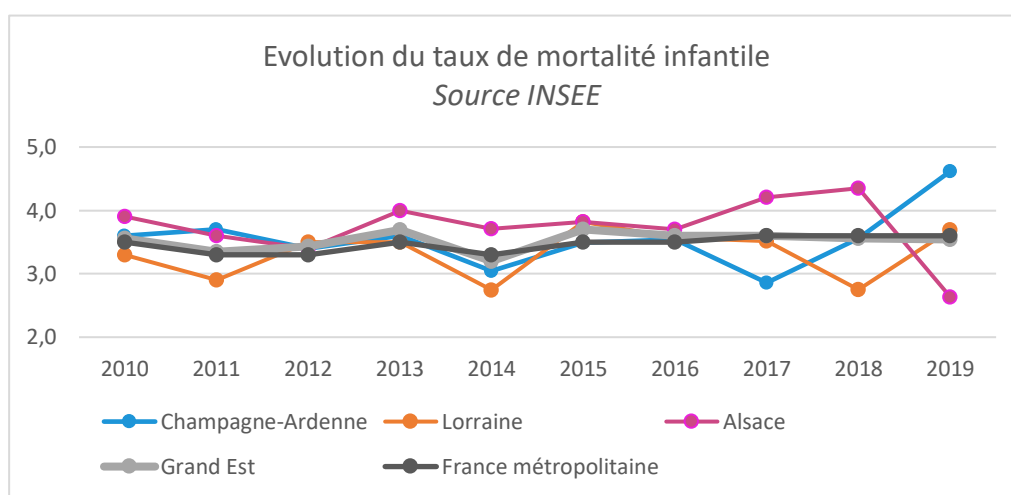
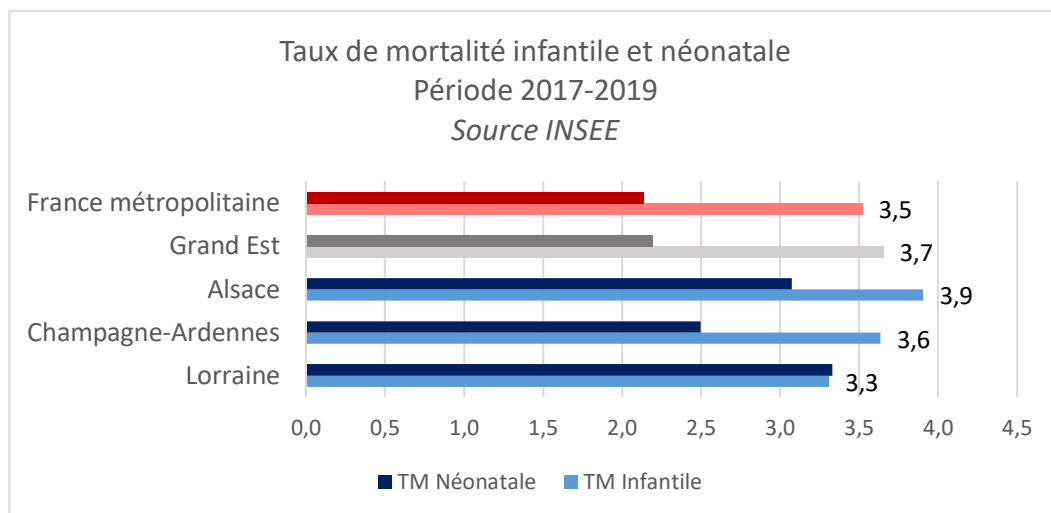
2020	Taux de mortinatalité (/1000)	Part mortinatalité spontanée	Part mortinatalité induite (IMG)	Part d'accouchements gémellaires	Taux de prématurité AG <37 SA	Part des mères d'âge extrême (<20 ou >= 40 ans)
<b>Alsace</b>	8,5	66%	34%	1,6%	7,1%	6,0%
<b>Champagne-Ardenne</b>	8,0	60%	40%	1,3%	7,6%	6,1%
<b>Lorraine</b>	8,5	59%	41%	1,4%	6,8%	5,9%
<b>Grand Est</b>	8,4	62%	38%	1,4%	7,1%	6,0%

La mortinatalité se décompose en mortinatalité spontanée et mortinatalité induite (interruptions médicales de grossesse, IMG). Dans le Grand Est, la mortinatalité spontanée représente 62% de la mortinatalité totale. Cette répartition est légèrement différente en Alsace où la part de mortinatalité induite (IMG) est plus faible que dans les 2 autres territoires (34% contre 40 et 41%, respectivement).

La mortalité infantile est un événement devenu rare en France métropolitaine. En 2019 (dernière année disponible), un peu plus de 2 500 enfants nés vivants sont décédés avant l'âge de 1 an (soit un taux de 3,6 pour 1000 naissances vivantes). 73% de ces enfants sont décédés dans leur premier mois de vie (mortalité néonatale), et parmi ces décès du 1<sup>er</sup> mois, les décès de la 1<sup>ère</sup> semaine de vie sont les plus fréquents (70 %).

Dans le Grand Est, 194 enfants sont décédés avant l'âge de 1 an en 2019 (52 en Alsace, 61 en Champagne Ardenne et 81 en Lorraine). Sur la période 2017-2019, le taux de mortalité infantile dans le Grand Est est identique à la moyenne nationale (3,6 pour 1000 naissances vivantes), et situe le Grand Est en 7<sup>ème</sup> position sur les 13 régions.

Les taux par territoire sur une année sont à interpréter avec prudence en raison des effectifs faibles qui peuvent expliquer des disparités importantes, c'est pourquoi ils sont présentés sur une période triennale (2017-2019).



Les taux de mortalité infantile national et régional ont une légère tendance à l'augmentation entre 2010 et 2019 dans le Grand Est, avec des fluctuations territoriales. L'interprétation doit cependant rester prudente du fait d'effectifs faibles. Jusqu'en 2019, le taux de mortalité infantile est plus élevé en Alsace que dans les 2 autres territoires du Grand Est. Les mêmes tendances s'observent de façon moins marquée pour la mortalité néonatale.

### 3. Naissances vivantes outborn [23SA – 29SA]

#### **Préambule**

*La naissance d'un enfant prématuré met un terme à son développement in utero, aboutissant à une immaturité des organes. Celle-ci peut être à l'origine de complications néonatales dont la sévérité dépend du degré de prématurité (âge gestationnel à la naissance), mais également de la présence éventuelle de pathologies gravidiques et du contexte de naissance.*

*Afin de limiter l'impact de ces complications sur la morbidité et la mortalité néonatales, les nouveau-nés prématurés doivent être pris en charge au sein d'établissements comprenant une unité de néonatalogie adaptée à l'âge gestationnel et/ou au poids de naissance (Gradation des soins en périnatalité référence décrets périnatalité de 1998).*

*Toutefois, certaines naissances prématurées surviennent en dehors de ces établissements spécifiques. Ces naissances, dites outborn, sont davantage à risque de morbidité et mortalité néonatales en raison d'un accès retardé aux soins spécialisés requis.*

*La part des naissances outborn est un des indicateurs suivis dans le cadre du pilotage d'un réseau et reconnu pour évaluer l'organisation d'une filière de soins. Ainsi, un des objectifs stratégiques du Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand-Est est d'atteindre un taux de naissances outborn avant 30 SA inférieur ou égal à 5 % pour le Grand-Est d'ici 2023.*

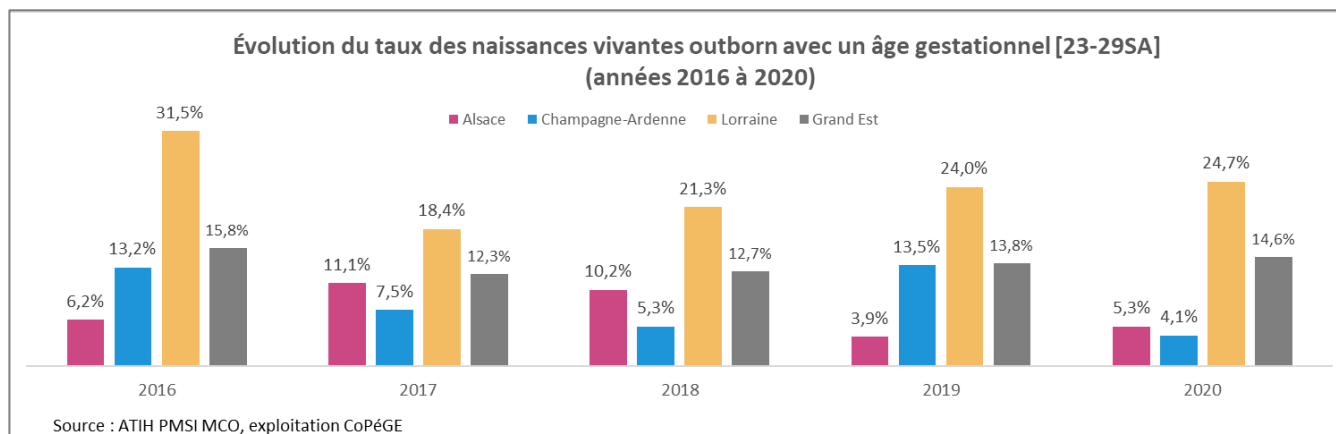
#### **Définitions**

*Selon la gradation des soins dans le Grand Est, les nouveau-nés de moins de 31 SA doivent être pris en charge dans une maternité de type III (réanimation néonatale). Seule une maternité alsacienne de type 2B (néonatalogie et soins intensifs) dispose d'une dérogation pour prendre en charge les naissances à partir de 30 SA révolues (Cette dérogation résulte d'un accord territorial basé sur la capacité opérationnelle et l'expertise des professionnels pour une telle prise en charge). C'est pour cette raison que l'objectif PRS concerne les nouveau-nés de moins de 30 SA. Par ailleurs, sur l'ensemble du Grand Est, les nouveau-nés de 22 SA révolues bénéficient d'une prise en charge palliative et ne peuvent donc être considérés comme outborn. La réanimation des nouveau-nés fait consensus à partir de 24 SA inclus mais dépend des pratiques territoriales et locales pour ceux de 23 SA.*

***Ainsi dans ce paragraphe, nous aborderons la régionalisation des soins de façon quantitative par quelques indicateurs ciblés sur les naissances vivantes [23 SA – 29 SA].***

### 3.1. Evolution du taux d'outborn [23-29SA] 2016-2020

**Avertissement** : les pourcentages par territoire sur une année sont à interpréter avec prudence en raison des effectifs faibles qui peuvent expliquer des fluctuations importantes (cf. tableau des effectifs ci-dessous)



#### Évolution du taux de naissances outborn d'AG 23-29 SA en Grand Est Années 2016 à 2020

	2016		2017		2018		2019		2020	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
<b>AG 23-29 SA</b>										
<b>Alsace</b>	9	6,2%	16	11,1%	14	10,2%	5	3,9%	8	5,3%
<b>Champagne-Ardenne</b>	15	13,2%	9	7,5%	5	5,3%	17	13,5%	4	4,1%
<b>Lorraine</b>	34	31,5%	23	18,4%	26	21,3%	30	24,0%	24	24,7%
<b>Grand Est</b>	58	15,8%	48	12,3%	45	12,7%	52	13,8%	36	14,6%
<b>France métropolitaine</b>	547	12,7%	569	12,6%	554	12,8%	573	13,2%	520	11,4%

Source : PMSI MCO 2016-2020 – exploitation CoPéGE

Nb = Nb de naissances vivantes AG 23SA-29SA outborn (hors type III)

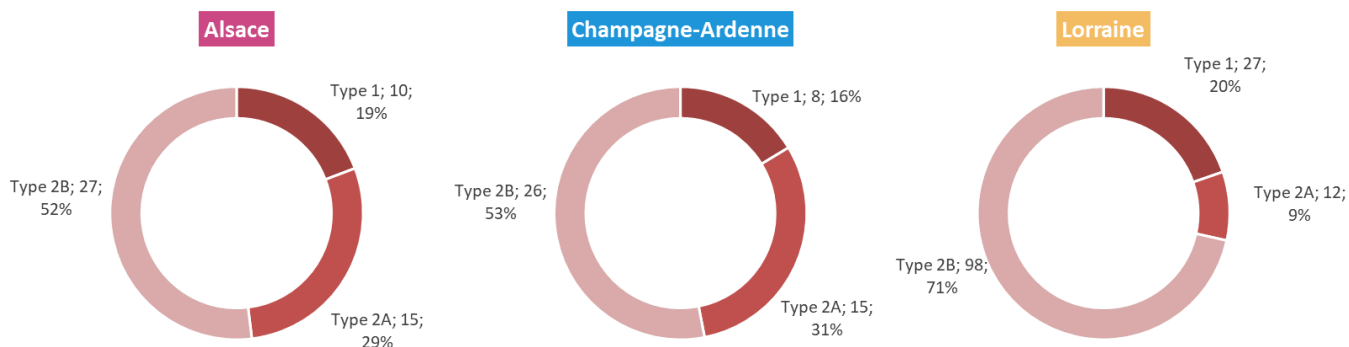
% = part des Naissances vivantes outborn AG 23SA -29SA sur le total de naissances vivantes AG23S-29SA

Entre 2016 et 2020 dans le Grand Est le taux d'outborn [23-29SA] varie entre 12 et 16%, restant globalement stable sur la période.

Au sein de la région, la Lorraine présente le taux d'outborn le plus important sur la période (25% en 2020, contre 4 et 5% en Champagne-Ardenne et en Alsace, respectivement). Ceci a justifié la mise en place en 2019 d'une démarche qualité avec analyse systématique de ces situations par RMM afin de tenter de prévenir ces situations. Par ailleurs, la Lorraine ne bénéficie que d'une seule maternité de type 3 (2 pour chacun des autres territoires du Grand Est), qui n'est de plus, pas située dans le bassin de naissance le plus important (situé en Moselle), ce qui contribue également à expliquer le taux important d'outborn.

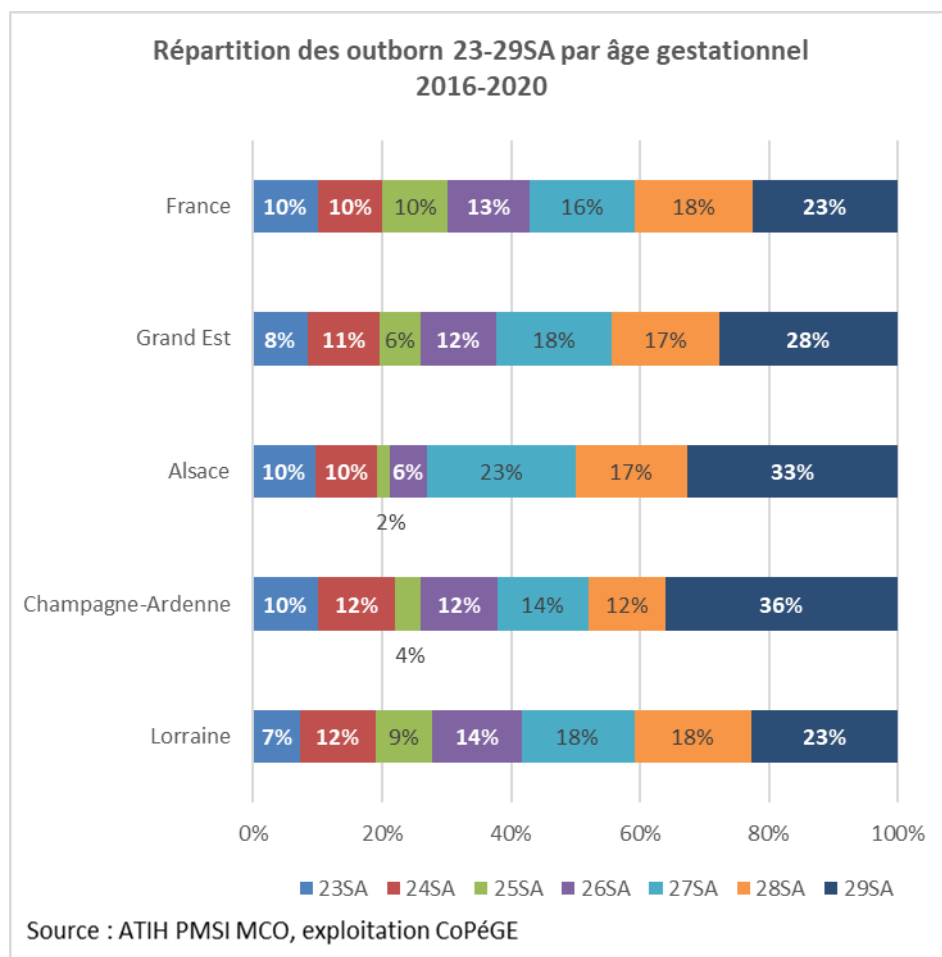
### 3.2. Répartition par type de maternité de naissance des outborn [23-29SA] 2016-2020

La répartition des naissances selon le type de maternité est similaire en Alsace et Champagne-Ardenne : un peu plus de la moitié en type 2B, environ 30% en 2A et moins de 20% en type 1. En Lorraine les naissances outborn ont plus souvent lieu dans un type type 2B (70%) et moins fréquemment dans un type 2A (9%), ce qui est cohérent avec la répartition de l'offre de soins sur ce territoire (majorité de type 2B et peu de 2A).



Source : PMSI MCO 2016-2020 – exploitation CoPéGE

### 3.3. Répartition par âge gestationnel des outborn [23-29SA] 2016-2020



La répartition par âge gestationnel des outborn concerne plus les grands prématurés [26-29 SA] (74%) que les très grands ou extrêmes prématurés [23-25 SA] (26%) au niveau national. A l'échelle infra régionale cette répartition n'est pas homogène puisque, si les proportions sont à peu près identiques en Lorraine (72% vs 28%) et même exactement identiques en Champagne-Ardenne (74 vs 26%), elle est différente en Alsace (79% vs 21%).

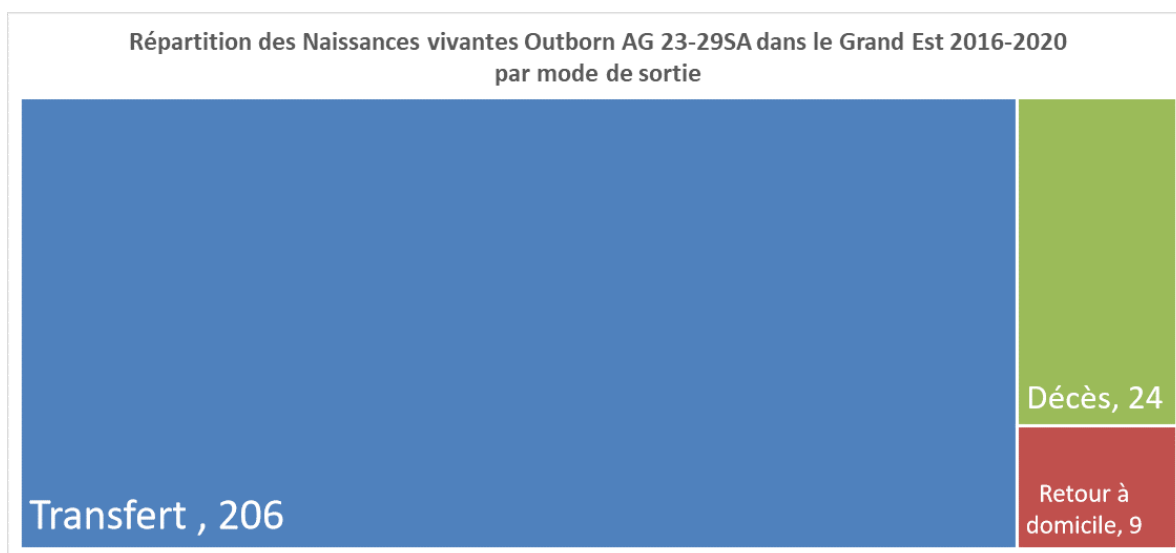


### 3.4. Répartition par mode de sortie PMSI des outborn [23-29SA] 2016-2020

**NB :** Le graphique ci-dessous présente la répartition des outborn avec un âge gestationnel de 23-29SA par mode de sortie dans le Grand Est sur la période 2016-2020.

86% des outborn [23-29SA] sont transférés vers un établissement pouvant les prendre en charge. Ce qui représente 206 transferts néonataux de ce type dans le Grand Est sur 2016-2019. On récence 24 décès postnataux au sein de l'établissement de naissance soit un taux de décès de 10% (de 7,8% en Alsace, 9,8% en Champagne-Ardenne et 10,8% en Lorraine).

9 séjours de ces nouveau-nés sont codés comme un retour au domicile dont 7 dans le seul territoire d'Alsace. Mais cela paraît peu probable au regard de la prise en charge en service de réanimation néonatale nécessaire de ces nouveau-nés. **Il s'agit donc là d'erreurs manifestes du codage PMSI.**



## IV. Les Interruptions volontaires de grossesse

### 1. IVG pour les patientes domiciliées dans le Grand Est

#### Nombre d'IVG selon le lieu de résidence de la femme et le lieu de réalisation de l'IVG en 2020

champ : IVG domiciliées (IVG réalisées en 2020 pour des patientes résidant dans la région Grand Est)

sources :

ATIH (PMSI), calculs DREES

SNIRAM (CNAMTS), calculs DREES à partir des forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés, tous régimes

Zone géographique	IVG en établissements hospitaliers méthode non précisée			IVG hors établissements hospitaliers			TOTAL IVG	% IVG médicamenteuses hors étab.		
	IVG instru.	IVG méd.	méthode non précisée	IVG en télé CS **	cabinet libéral	centres*		% 2020	% 2017	Évolution 2017-2020
Bas-Rhin	383	2 153	15	6	195	2	2 754	7%	5%	2
Haut-Rhin	278	1 446	11	3	84	0	1 822	5%	4%	1
<b>Alsace</b>	<b>661</b>	<b>3 599</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>279</b>	<b>2</b>	<b>4 576</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>2</b>
Ardennes	90	268	4	1	254	1	618	41%	12%	29
Aube	265	583	14	1	102	3	968	11%	10%	1
Marne	427	796	10	4	417	7	1661	26%	5%	21
Haute-Marne	42	310	24	1	30	0	407	8%	4%	4
<b>Champagne-Ardenne</b>	<b>824</b>	<b>1 957</b>	<b>52</b>	<b>7</b>	<b>803</b>	<b>11</b>	<b>3 654</b>	<b>22%</b>	<b>7%</b>	<b>15</b>
Meurthe-et-Moselle	456	1 353	22	2	124	49	2 006	9%	8%	1
Meuse	51	250	6		26	0	333	8%	5%	3
Moselle	774	1 564	86	7	312	7	2 750	12%	8%	4
Vosges	132	593	26		97	15	863	13%	4%	9
<b>Lorraine</b>	<b>1 413</b>	<b>3 760</b>	<b>140</b>	<b>9</b>	<b>559</b>	<b>71</b>	<b>5 952</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>	<b>4</b>
Grand Est	2 898	9 316	218	25	1 641	84	14 182	12%	6%	6
Total métropole	51 250	91 538	3 663	723	53 922	6 401	207 497	29%	22%	7

\*IVG réalisées en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale

\*\*En 2020 des mesures dérogatoires ont permis la pratique exceptionnelle d'IVG en téléconsultation (codées en Préparations Magistrales et Officinales dans le SNDS)

En 2020, 14 182 IVG sont réalisées pour des patientes résidant dans le Grand Est (vs 15 012 IVG en 2019 soit une baisse de 5,5% suivant ainsi la tendance nationale). 12% de ces IVG ont lieu hors d'un établissement de santé (vs 29% en France métropolitaine) selon la méthode médicamenteuse (+6 points par rapport à 2017 suivant la tendance nationale). Les IVG médicamenteuses en ville se sont particulièrement développées en Champagne-Ardenne depuis quatre ans. Ainsi, 1 IVG sur 4 de patientes ardennaises et 1 IVG sur 5 de marnaises sont réalisées hors établissement.

La crise sanitaire covid-19 et les mesures prises pour limiter la diffusion du virus ont impacté les conceptions pendant le premier confinement entraînant de fait la diminution des naissances observées en 2020 mais aussi celles des IVG (Source Drees). La baisse brute significative du nombre d'IVG ne signifie pas une baisse du recours qui doit s'appréhender par les deux indicateurs du paragraphe suivant (**ratio nb d'IVG sur le nb de naissances vivantes et le taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans**).

## 2. Estimation du recours à l'IVG dans le Grand Est

### Préambule

Deux indicateurs sont usuellement utilisés pour évaluer le recours à l'IVG.

Le nombre de conceptions n'étant pas connu (pas d'enregistrement pour les fausses couches spontanées précoces en particulier) il est approché par le nombre de naissances vivantes (par convention internationale).. L'étude du **ratio nombre d'IVG sur le nombre de naissances vivantes** donne ainsi une idée de l'évolution du recours à l'IVG.

**Le taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans est calculé en rapportant le nombre d'IVG de 15 à 49 ans (y compris âge inconnu) au nombre de femmes domiciliées âgées de 15 à 49 ans.**

La baisse brute du nombre d'IVG observées en 2020 nous impose de regarder l'évolution 2019-2020 des données. Le ratio nombre d'IVG sur nombre de naissances vivantes reste stable sur la période 2019-2020 sur le Grand Est (+0,3points). Il baisse de 0,01 point en France métropolitaine. La situation par département est très hétérogène. Ainsi, par exemple l'Aube observe une augmentation du ratio de +0,1 point alors que le ratio meusien diminue de -0.05 points.

#### Ratio IVG/naissances selon le lieu de résidence de la femme.

champ : IVG domiciliées

sources :

ATIH (PMSI), calculs DREES

SNIRAM (CNAMTS), calculs DREES à partir des forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés, tous régimes

INSEE

Zone géographique	2020	2019	2018	2017	2016
Bas-Rhin	0,23	0,24	0,24	0,23	0,22
Haut-Rhin	0,24	0,25	0,23	0,22	0,21
<b>Alsace</b>	<b>0,24</b>	<b>0,25</b>	<b>0,23</b>	<b>0,22</b>	<b>0,22</b>
Ardennes	0,25	0,24	0,20	0,23	0,22
Aube	0,40	0,30	0,30	0,29	0,28
Marne	0,28	0,28	0,25	0,25	0,24
Haute-Marne	0,29	0,30	0,25	0,23	0,23
<b>Champagne-Ardenne</b>	<b>0,29</b>	<b>0,28</b>	<b>0,26</b>	<b>0,25</b>	<b>0,25</b>
Meurthe-et-Moselle	0,29	0,30	0,29	0,27	0,26
Meuse	0,22	0,27	0,25	0,24	0,24
Moselle	0,28	0,29	0,27	0,25	0,25
Vosges	0,29	0,32	0,28	0,28	0,28
<b>Lorraine</b>	<b>0,28</b>	<b>0,30</b>	<b>0,28</b>	<b>0,26</b>	<b>0,26</b>
Grand Est	0,27	0,27	0,26	0,25	0,24
Total métropole	0,30	0,31	0,29	0,28	0,27

De la même façon le taux de recours à l'IVG est relativement stable sur le Grand Est entre 2019 (12,9) et 2020 (12,7) avec des disparités départementales identiques à celles observées pour l'indicateur ratio ci-dessus à savoir une hausse du taux aubois de 0,6 points et une baisse du taux meusien de 2,2 points. Le taux de recours national diminue quant à lui de 15,6 IVG pour 1000 femmes à 14,9 IVG pour 1000 femmes.

### Taux de recours à l'IVG (p 1000 femmes de 15 à 49 ans)

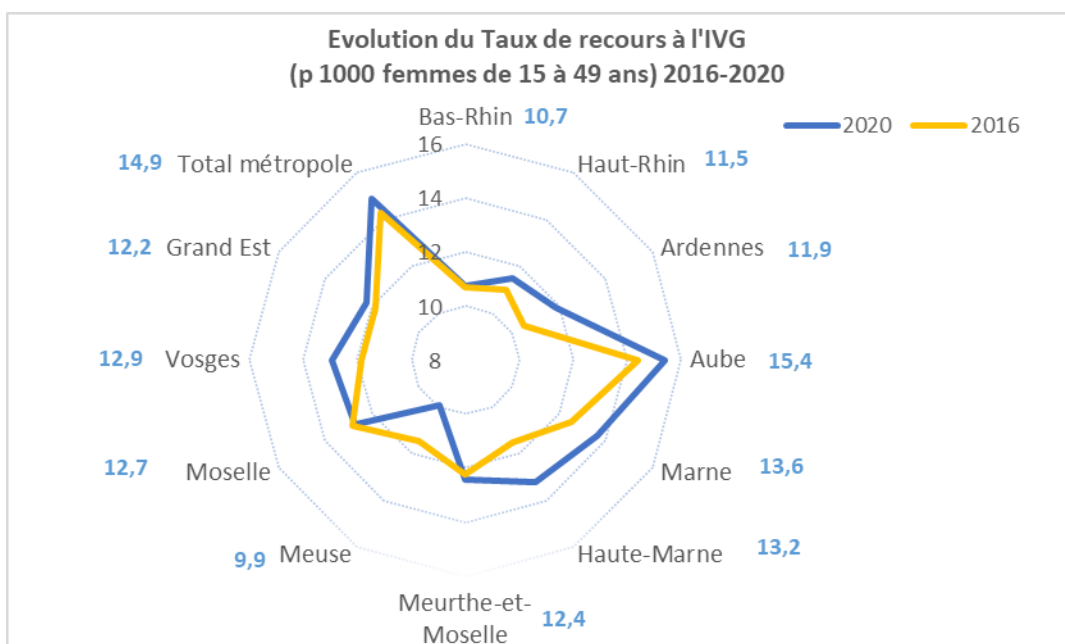
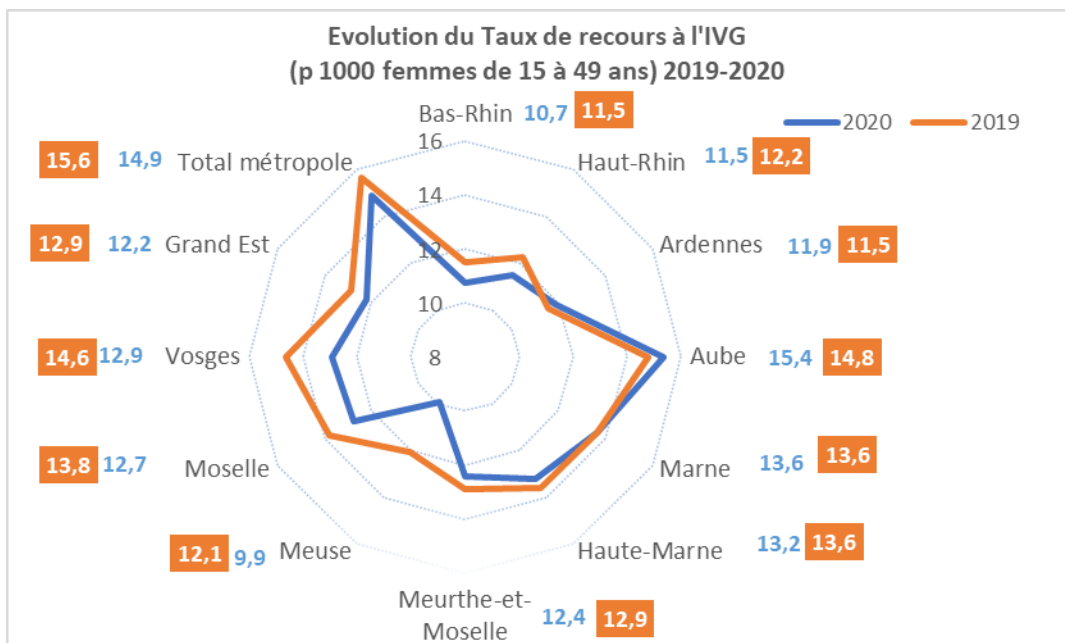
champ : IVG domiciliées

sources :

ATIH (PMSI), calculs DREES

SNIIRAM (CNAMTS), calculs DREES à partir des forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés, tous régimes

INSEE



### 3. Age des patientes

#### IVG chez les mineures

**NB :** Les IVG chez les mineures sont peut-être sous estimées car pour les IVG « anonymes » l'âge n'est pas systématiquement renseigné.

Les patientes mineures représentent 3% des femmes résidant dans le Grand Est ayant recours à l'IVG en 2020 (vs 4.4 % en 2016). Ce chiffre est à la baisse en France métropolitaine comme sur chacun des territoires du Grand Est. On relève toutefois une part de patientes mineures plus élevée en Champagne-Ardenne comparativement au taux régional (supérieur de 0,8 points en 2020 vs 0,6 points en 2019).

**Part d'IVG réalisées chez des femmes mineures parmi l'ensemble des IVG réalisées selon le lieu de résidence de la femme**  
 champ : IVG domiciliées

sources :

ATIH (PMSI), calculs DREES

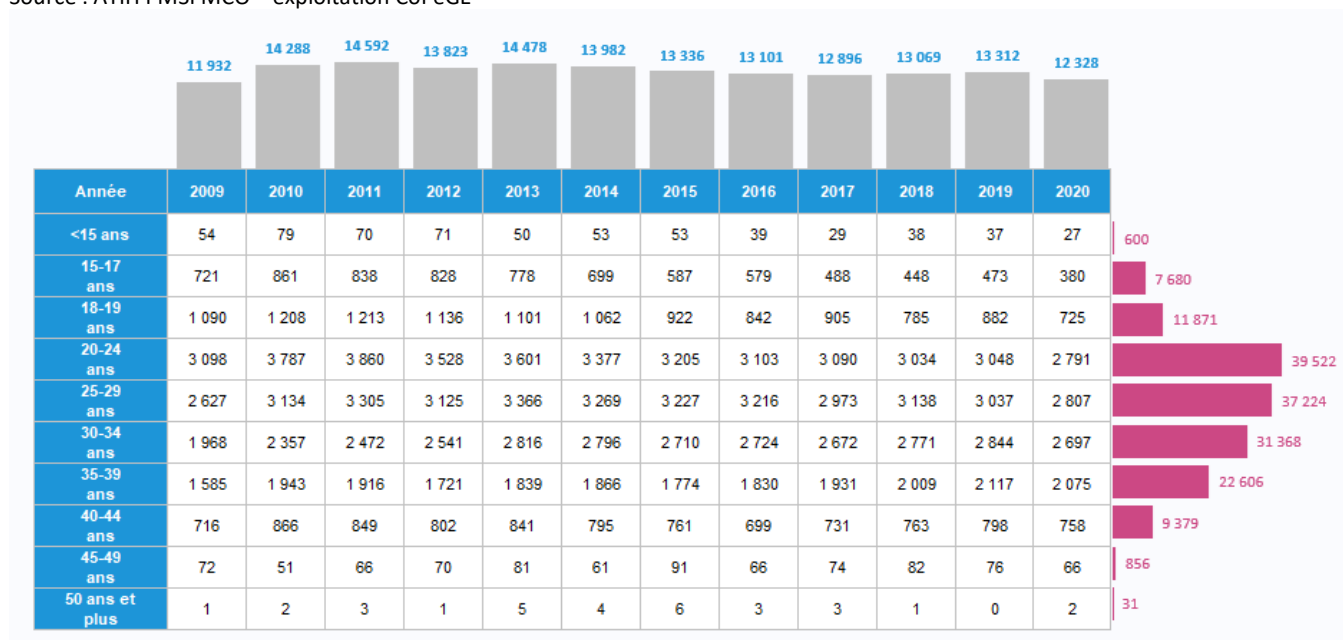
SNIIRAM (CNAMTS), calculs DREES à partir des forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés, tous régimes

	Nb IVG 2020	% mineures	Nb IVG 2019	% mineures	Nb IVG 2018	% mineures	Nb IVG 2017	% mineures
Alsace	4 576	2,7	4 882	3,1	4 745	3,5	4 565	3,8
Champagne-Ardenne	3 654	3,8	3 658	4,1	3 370	4,2	3 389	4,4
Lorraine	5 952	2,8	6 472	3,5	6 173	3,0	6 005	3,4
Grand Est	<b>14 182</b>	<b>3,0</b>	<b>15 012</b>	<b>3,5</b>	<b>14 288</b>	<b>3,5</b>	<b>13 959</b>	<b>3,8</b>
France métropole	<b>207 497</b>	<b>2,8</b>	<b>217 536</b>	<b>3,2</b>	<b>209 522</b>	<b>3,4</b>	<b>202 206</b>	<b>3,6</b>

#### Répartition par âge de la patiente pour les IVG hospitalières réalisées dans le Grand Est\*

\* Séjours pour lesquels l'âge de la patiente est connu

Source : ATIH PMSI MCO – exploitation CoPÉGE

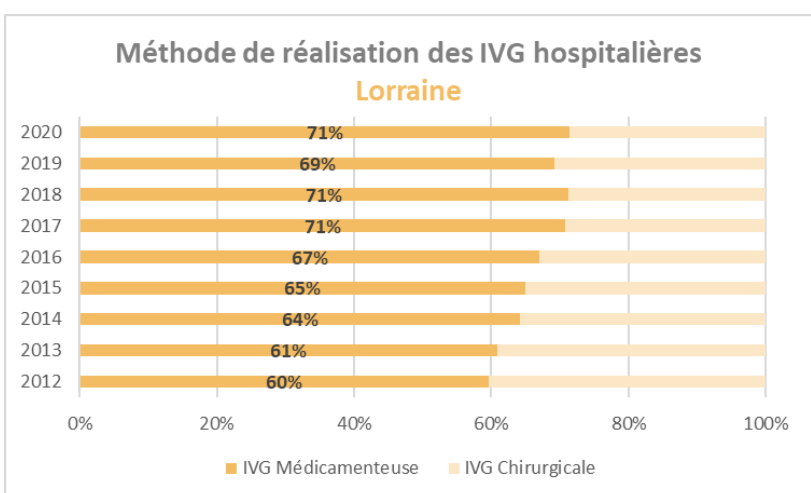
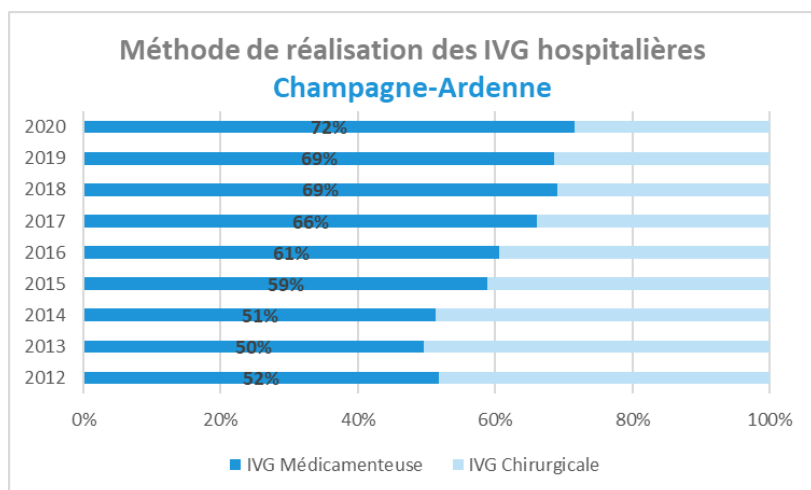
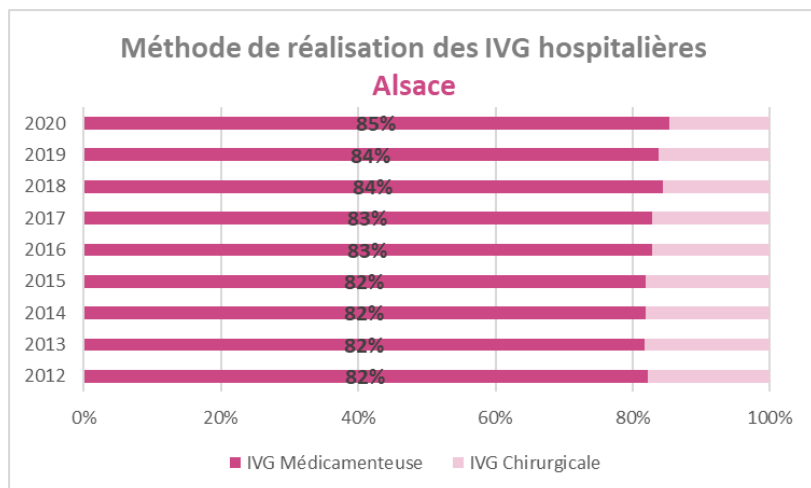


Après les hausses des IVG hospitalières observées en 2018 et 2019, ces dernières diminuent en 2020 avec 984 IVG de moins d'une année sur l'autre. Les IVG hors établissements augmentent quant à elle sans pour autant compenser la

baisse des IVG hospitalières. Ces données expliquent la stabilité relative des indicateurs de recours à l'IVG exposés plus haut.

Sur la période 2009 à 2020, 47,6% des IVG hospitalières concerne des jeunes femmes de 20 à 29 ans. Cette part suit une tendance à la baisse sur cette période (48% en 2009 vs 45% en 2020). En revanche, si la part des IVG hospitalières des 30-39 ans est moindre sur 2009-2020 (33% sur la période) elle augmente sensiblement sur la période considérée (30% en 2009 vs 38,7% en 2020).

#### 4. Méthode de réalisation des IVG hospitalières par territoire du Grand Est



La fréquence des deux méthodes de réalisation des IVG varie d'un territoire à l'autre du Grand Est. Si la HAS recommande la pratique des IVG médicamenteuses hospitalières jusqu'à 9 SA, les professionnels alsaciens ont mis en œuvre depuis plus de 10 ans des pratiques différentes soutenues et encadrées par un observatoire de l'IVG sur le territoire alsacien. C'est pour cela que l'Alsace montre un taux d'IVG médicamenteuse très élevé au regard de la moyenne nationale (85% vs 63% en France métropolitaine en 2020 source Drees).

Suivant les recommandations de la HAS, la Champagne-Ardenne et la Lorraine développent également les IVG médicamenteuses hospitalières pour atteindre un taux de respectivement 72% et 71% en 2019. Ces deux territoires développent également la pratique des IVG médicamenteuses hors établissement : 22% pour la Champagne-Ardenne (vs 15% en 2019), 11 pour la Lorraine (vs 9% en 2019) source Drees cf. supra). La part d'IVG hors établissement en Alsace est de 6% (vs 4% en 2019). Elle est corrélée avec la proposition d'IVG médicamenteuse en établissement plus développée sur ce territoire.

## V. Zoom sur le codage du surpoids et de l'obésité en périnatalité

### Préambule

L'obésité est définie par l'OMS par un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30. La prévalence de l'obésité en France est estimée à 17% en 2020 (soit 8 567 128 individus) [1], celle-ci ne cesse d'augmenter et a gagné 2 points en 8 ans (13% de hausse) et a doublé depuis 1997, si bien que ce phénomène est devenu un véritable problème de santé publique. Les femmes semblent être plus touchées que les hommes, et c'est chez elles que les progressions sont les plus fortes, notamment pour l'obésité massive (IMC  $\geq$  40) où elle a été multipliée par 3 en 8 ans (passant de 0,6 à 1,8%) [1].

Dans le Grand Est, la prévalence est estimée à 20,2 % pour la même année [1], se situant donc à un niveau supérieur à la moyenne nationale.

Cette prévalence croissante de l'obésité dans les pays occidentaux impacte mécaniquement l'issue de la grossesse chez les femmes présentant cette caractéristique. En 2016, en France, 11.8% des femmes ont démarré une grossesse avec un IMC  $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup>, soit plus d'une patiente sur 10 [2].

Plusieurs études montrent que les complications maternelles telles que l'hypertension artérielle, les complications vasculaires, les prééclampsies, le diabète gestationnel, le risque d'avortement spontané précoce sont associées à l'obésité maternelle. L'obésité maternelle peut également avoir des répercussions sur des facteurs néonataux tels que les malformations congénitales ou la mort fœtale in utero en plus du taux de macrosomie élevé chez cette population.

Dans notre analyse observationnelle, nous nous intéresserons aux accouchements des femmes obèses et aux conséquences sur les morbidités maternelles et néonatales. Les données sont issues exclusivement du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), qui souffre malheureusement d'une certaine hétérogénéité de codage entre les territoires au niveau national, les morbidités maternelles, dont l'obésité, n'étant pas toujours recueillies de manière exhaustive [4].

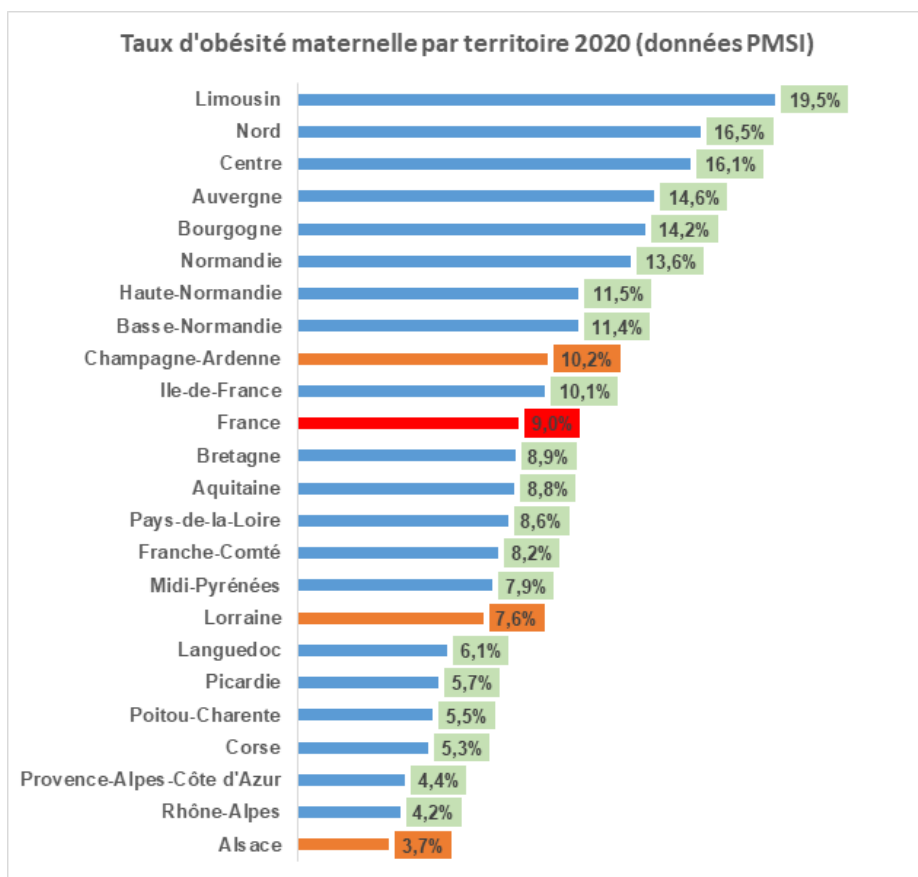
Notre propos est de tenter de repérer l'obésité maternelle par l'analyse des codes de la catégorie E66- de la classification internationale des maladies CIM 10 utilisés en diagnostic principal ou associé du PMSI (liste des codes utilisés en **annexe 3**). L'objectif est de comparer la prévalence de l'obésité maternelle évaluée grâce au PMSI avec les données de la littérature, et d'en mesurer ses complications sur l'accouchement et le nouveau-né.

## Analyse des données PMSI

L'exploitation des données PMSI pour l'année 2020 donne les résultats suivants quant aux taux d'obésité maternelle par maternité et par territoire :

Année	Territoire	Type	Maternité	N accouchement	N Obésité maternelle	N Obésité morbide	Tx Obésité maternelle
2020	Alsace	Niveau 2b	Hôpital Louis Pasteur - Colmar	1901	353	64	18.57%
2020	Alsace	Niveau 2b	CH de Haguenau	1407	82	9	5.83%
2020	Alsace	Niveau 1	CH de Sélestat	867	45	3	5.19%
2020	Alsace	Niveau 2a	Clinique du Diaconat-Fonderie - Mulhouse	1428	51	29	3.57%
2020	Alsace	Niveau 3	CH de Mulhouse	3483	104	20	2.99%
2020	Alsace	Niveau 1	Clinique Rhéna GCS - Strasbourg	826	22	0	2.66%
2020	Alsace	Niveau 2a	CH Sainte Catherine - Saverne	860	16	10	1.86%
2020	Alsace	Niveau 1	CHIC de la Lauter - Wissembourg	310	5	1	1.61%
2020	Alsace	Niveau 2a	Clinique Sainte Anne - Strasbourg	2077	27	0	1.30%
2020	Alsace	Niveau 3	CHU Hautepierre - Strasbourg	2611	18	4	0.69%
2020	Alsace	Niveau 2a	CMCO - Schiltigheim	3139	6	0	0.19%
2020	Alsace	Niveau 1	Hôpital Albert Schweitzer - Colmar	649	1	0	0.15%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 3	CH de Troyes	2123	802	51	37.78%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 1	GH Aube Marne - Romilly/Seine	406	79	3	19.46%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 1	Maternité d'Épernay	533	59	11	11.07%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 2b	CH de Charleville-Mézières	1377	106	37	7.70%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 3	CHU de Reims	2046	117	26	5.72%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 2b	Polyclinique de Bézannes - Reims	3035	134	47	4.42%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 2a	CH de Chaumont	548	9	7	1.64%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 2a	CH de Sedan	545	8	3	1.47%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 2a	CH de Châlons-en-C.	833	5	3	0.60%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 1	GCS ES Clinique de Champagne - Troyes	418	2	2	0.48%
2020	Champagne-Ardenne	Niveau 2b	CH G. de Gaulle Anthonioz - Saint-Dizier	1093	0	0	0.00%
2020	Lorraine	Niveau 1	CHI de l'Ouest Vosgien - Neufchâteau	349	102	12	29.23%
2020	Lorraine	Niveau 3	CHU de Nancy	2789	635	69	22.77%
2020	Lorraine	Niveau 1	CH de Remiremont	645	86	0	13.33%
2020	Lorraine	Niveau 1	Clinique Saint Nabor - Saint-Avold	879	113	25	12.86%
2020	Lorraine	Niveau 1	CH de Briey	688	79	13	11.48%
2020	Lorraine	Niveau 1	CH de Saint-Dié	531	50	9	9.42%
2020	Lorraine	Niveau 1	Polyclinique la ligne bleue - Epinal	850	71	16	8.35%
2020	Lorraine	Niveau 1	CH Hôtel Dieu - Mont-St-Martin	498	38	16	7.63%
2020	Lorraine	Niveau 2b	CH Marie-Madeleine - Forbach	958	55	15	5.74%
2020	Lorraine	Niveau 1	CH Saint-Charles - Toul	407	19	2	4.67%
2020	Lorraine	Niveau 2b	Hôpital de Mercy - Metz	3221	142	34	4.41%
2020	Lorraine	Niveau 2b	Hôpital clinique Claude Bernard - Metz	1400	40	0	2.86%
2020	Lorraine	Niveau 2b	Hôpital Bel Air - Thionville	1958	51	17	2.60%
2020	Lorraine	Niveau 2b	CHI E. Durkheim - Site Epinal	593	10	3	1.69%
2020	Lorraine	Niveau 2b	Polyclinique Majorelle - Nancy	2265	38	6	1.68%
2020	Lorraine	Niveau 2a	CHI Verdun/St-Mihiel - Site St-Nicolas	855	5	2	0.58%
2020	Lorraine	Niveau 1	Hôpital Robert Pax - Sarreguemines	643	1	1	0.16%
2020	Lorraine	Niveau 1	CH Saint-Nicolas - Sarrebourg	219	0	0	0.00%
2020	Lorraine	Niveau 1	CH de Lunéville	562	0	0	0.00%





L'observation des deux graphiques précédents objective de façon très claire que le codage PMSI de l'obésité maternelle est renseigné de manière très hétérogène selon les maternités.

Si certaines maternités du Grand Est semblent coder de manière exhaustive (CH de Colmar, CH de Troyes, GH Aube Marne Romilly, CH de Neufchâteau, CHU de Nancy, CH de Remiremont, etc...) d'autres en revanche négligent manifestement ce codage.

Ce dernier (E66 de la CIM10) a commencé à être renseigné à partir de l'année 2016. Néanmoins, dans certains territoires de France (Alsace, Picardie Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes), il est resté

manifestement sous utilisé et n'a pas changé significativement par rapport à la période d'avant l'année 2016 si l'on se réfère aux données nationales issues des grandes enquêtes de 2016 et 2020.

*Evolution du codage de l'obésité maternelle dans le PMSI (taux d'obésité maternelle) :*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alsace	2.7%	1.7%	1.6%	1.3%	1.2%	2.3%	3.1%	3.5%	3.7%
Aquitaine	1.0%	1.1%	1.5%	1.9%	2.4%	4.7%	6.5%	7.6%	8.8%
Auvergne	1.0%	1.3%	1.7%	1.4%	2.4%	5.4%	8.5%	11.3%	14.6%
Basse-Normandie	3.4%	3.6%	5.0%	5.3%	6.1%	10.6%	11.5%	11.4%	11.4%
Bourgogne	3.6%	3.8%	4.0%	4.2%	4.6%	7.1%	8.6%	11.9%	14.2%
Bretagne	1.9%	2.9%	5.2%	6.0%	6.1%	7.4%	7.6%	8.7%	8.9%
Centre	4.6%	4.9%	5.4%	6.7%	8.8%	12.8%	13.6%	14.3%	16.1%
Champagne-Ardenne	1.9%	3.3%	3.6%	3.9%	3.7%	7.2%	9.5%	9.5%	10.2%
Franche-Comté	4.9%	4.1%	4.6%	5.0%	5.5%	5.8%	5.7%	7.1%	8.2%
Haute-Normandie	0.9%	1.5%	4.1%	3.3%	3.5%	10.8%	10.9%	11.3%	11.5%
Ile-de-France	2.0%	2.1%	2.4%	2.9%	3.0%	6.4%	8.3%	9.2%	10.1%
Languedoc	1.1%	1.4%	1.9%	2.6%	2.2%	3.9%	4.9%	5.5%	6.1%
Limousin	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	7.6%	15.3%	16.2%	16.2%	19.5%
Lorraine	3.3%	3.6%	4.8%	4.3%	3.4%	4.8%	5.3%	6.8%	7.6%
Midi-Pyrénées	3.6%	3.3%	3.1%	3.7%	3.9%	5.1%	6.0%	6.5%	7.9%
Nord	2.3%	2.4%	2.5%	2.9%	3.8%	11.3%	15.2%	16.3%	16.5%
Normandie	0.3%	0.4%	0.6%	1.1%	1.3%	7.1%	9.9%	11.5%	13.6%
Pays-de-la-Loire	2.5%	2.7%	2.9%	3.5%	3.4%	6.7%	8.2%	8.3%	8.6%
Picardie	2.3%	3.3%	2.7%	2.0%	1.1%	5.0%	5.3%	5.1%	5.7%
Poitou-Charentes	2.0%	1.9%	2.7%	3.9%	4.7%	4.9%	5.8%	5.6%	5.5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2.3%	2.5%	2.3%	2.9%	2.4%	4.0%	4.5%	4.0%	4.4%
Rhône-Alpes	1.1%	2.3%	1.6%	1.5%	1.9%	4.5%	4.5%	4.4%	4.2%

## Conclusion de l'analyse des données PMSI

Le rapport de l'IGAS de 2018 [3] consacré à la situation de la chirurgie de l'obésité préconise de renforcer le repérage statistique de l'obésité dont le développement épidémique et ses conséquences sur le système de santé sont majeurs. Cet effort contribuera certainement à renforcer la politique générale de sa prise en charge.

Il nous apparaît primordial que les réseaux périnataux de Grand Est puissent aussi œuvrer en ce sens. Dans cette optique, un groupe de travail mis en place par la CoPéGE début 2022 vise à améliorer le parcours de soins des femmes enceintes présentant une obésité morbide ou un antécédent de chirurgie bariatrique (recommandations, fiches pratiques pour les professionnels...). Au vu des données précédentes, il est également manifestement indispensable d'effectuer un travail de sensibilisation auprès des différents établissements du Grand Est quant au bon repérage et donc au codage de cette morbidité.

*[1] Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité (2020)*

*[2] INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017.*

*[3] Rapport IGAS N°2017-059R TOME I*

2020-Grand Est source : PMSI	
<b>Séjours avec accouchement</b>	
Total des accouchements : 52831 Durée moyenne de séjour (DMS) : 4.13 DMS antepartum : 0.71 DMS Post partum : 3.65 Sorties précoces (<3j) : 6069 ( 11.49% )	
<b>1) Résultats d'accouchement :</b>	
Uniques : 52064 ( 98.55% ) Gémeaux : 752 ( 1.42% ) Triplés ou plus : 15 ( 0.03% ) Age moyen maternel : 30 Ecart type âge maternel : 5 Mortinatalité(%) : 443 ( 8.39 ) dont IMG après 22 SA (%) : 170 ( 3.22 ) et MFIU(%): 273 ( 5.17 )	
<b>2) Mode d'accouchement :</b>	
Voies basses : 42326 ( 80.12% ) Dont VB spontanée : 35190 ( 66.61% ) Dont VB assistée : 7136 ( 13.51% ) Dont VB assistée instrumentée : 6668 ( 12.62% ) Épisiotomie:voie basse : 2292 ( 5.42% ) Épisiotomie:voie instrumentale : 1112 ( 16.68% ) Anesthésie péridurale/VB : 32337 ( 76.40% ) Anesthésie péridurale/instrumentale : 5935 ( 89.01% ) Césariennes en urgence : 7181 ( 13.59% ) Césariennes programmées : 3324 ( 6.29% ) Total des césariennes : 10505 ( 19.88% )	
<b>3) Acc à terme (≥ 37 SA) :</b>	
Voies basses spontanées : 33252 ( 0.80% ) Voies basses instrumentales : 6358 ( 12.94% ) Césariennes en urgence : 5979 ( 12.16% ) Césariennes programmées : 3168 ( 6.45% ) Total des césariennes : 9147 ( 18.61% ) Césariennes programmées >=39 : 1749 ( 52.62% )	
<b>Séjour des naissances vivantes en maternité</b>	
Naissances totales : 53692 Naissances vivantes : 53245 DMS : 4.41	
<b>1) Terme (Naissances vivantes) :</b>	
AG [22 à 36 SA] : 3774 ( 7.09% ) AG [22 à 23 SA] : 22 ( 0.04% ) AG [24 SA] : 34 ( 0.06% ) AG [25 à 27 SA] : 144 ( 0.27% ) AG [28 à 31 SA] : 382 ( 0.72% ) AG [32 à 35 SA] : 1683 ( 3.16% ) AG [36 SA] : 1509 ( 2.83% ) AG >=37 SA : 49471 ( 92.91% )	
<b>2) Faible poids de naissance :</b>	
<1500g : 572 ( 1.07% ) 1500-2499g : 3367 ( 6.32% ) ≥ 2500g : 49306 ( 92.60% )	
<b>3) Hospitalisations (mutations) :</b>	
Type de prise en charge maximum Néonatalogie (UM 04) : 4800 ( 9.01% ) Soins intensifs (UM 05) : 1940 ( 3.64% ) Réa néonatale (UM 06) : 1146 ( 2.15% )	
<b>Séjours sans accouchement</b>	
<b>1) Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*) :</b>	
Ante-partum : 16356 MAP : 4931 ( 30.15% ) Entrée par TIU : 747 ( 4.57% ) Sortie par TIU : 1053 ( 6.32% ) DMS : 0.98	
<b>2) Description :</b>	
Séjours de + de 0 jour : 9452 ( 57.79% ) Diabètes préexistants : 484 ( 2.96% ) Diabètes gestationnels : 4532 ( 27.71% ) Mutations en réa : 31 ( 0.19% )	
<b>3) Séjours d'interruption de grossesse :</b>	
IMG avant 22 SA : 449 IVG : 12328 IVG médicamenteuse : 9373 IVG chirurgicale : 2764 IVG avec complication : 181 IVG sans complication : 11954	
<b>4) Répartition des IVG par classe d'âge de la patiente :</b>	
14 ans et moins : 27 ( 0.22% ) 15-17 ans : 380 ( 3.08% ) 18-19 ans : 725 ( 5.88% ) 20-24 ans : 2791 ( 22.64% ) 25-29 ans : 2807 ( 22.77% ) 30-34 ans : 2697 ( 21.88% ) 35-39 ans : 2075 ( 16.83% ) 40-44 ans : 758 ( 6.15% ) 45-49 ans : 66 ( 0.54% ) 50 ans et plus : 2 ( 0.02% )	
<b>Séjour en unité de néonatalogie</b>	
Séjours en néonatalogie : 9314 Médiane ( durée de séjour) : 5.00	
<b>1) Prise en charge en unité médicale :</b>	
Néonatalogie (UM 04) : 5359 ( 57.5% ) Soins intensifs (UM 05) : 2417 ( 26.0% ) Réa néonatale (UM 06) : 1538 ( 16.5% )	
<b>2) Terme à la naissance :</b>	
AG [22 à 36 SA] : 3265 ( 35.1% ) AG [22 à 23 SA] : 15 ( 0.2% ) AG [24 SA] : 35 ( 0.4% ) AG [25 à 27 SA] : 161 ( 1.7% ) AG [28 à 31 SA] : 458 ( 4.9% ) AG [32 à 35 SA] : 1747 ( 18.8% ) AG [36 SA] : 849 ( 9.1% ) AG >=37 SA : 5630 ( 60.4% )	
<b>3) Age corrigé à l'admission :</b>	
0-1 jour : 480 2-7 jours : 311 7-28 jours : 377	
<b>4) Poids de naissance :</b>	
<1500g : 672 ( 7.21% ) 1500-2499g : 2709 ( 29.09% ) ≥ 2500g : 5933 ( 63.70% )	
<b>5) Morbidités et mortalité :</b>	
Hypotrophes <3ème perc. (AUDIPOG) : 709 ( 7.61% ) Macrosomes >97ème perc. (AUDIPOG) : 290 ( 3.11% ) Malfo dépitables : 724 ( 7.77% ) Détresses respiratoires : 3426 ( 36.78% ) Bronchodysplasies : 151 ( 1.62% ) Affections cardio-vasculaires : 697 ( 7.48% ) Patho neurologiques : 881 ( 9.46% ) HIV stade 1 : 84 ( 2.57% ) HIV stade 2 : 71 ( 2.17% ) HIV stade 3 : 34 ( 1.04% ) Hémorragie intra-cérébrale : 25 ( 0.77% ) Leucomalacie périventriculaire : 23 ( 0.70% ) Infections néonatales précoces (<4j) : 402 ( 4.32% ) Entérocolite : 77 ( 2.36% ) ROP : 74 ( 2.27% ) Transfusions : 107 ( 1.15% ) Décès post-nataux : 125 ( 1.34% )	
<b>Contrôle qualité du codage</b>	
Décompte NN /mère : 79 Enfants nés sans vie et présence de Z38 : 0 AG > 28 et présence de P072 : 8 Poids >1000 et présence de P070 : 137 Chainage impossible : 84	
DDR renseignée pour le nouveau né : 38 Poids minimum : 100 Age maternel maximum : 5760 Ecart type: Poids : 579.22	
Coté mère: Chainage impossible : 0 Age maternel minimum : 13 Age maternel moyen : 30.07 Age maternel maximum : 110.00 Ecart type: Age maternel : 5.32	
IVG: DDR et AG non renseignés : 948 GHM=14Z08Z et absence de Z640 en DAS : 2 GHM=14Z08Z et absence d'actes IVG : 64 Césarienne - Parité non renseignée : 850	

Séjours avec accouchement		Séjours sans accouchement	
<p>Total des accouchements : 19561</p> <p>Durée moyenne de séjour (DMS) : 4.00</p> <p>DMS antepartum : 0.70</p> <p>DMS Post partum : 3.49</p> <p>Sorties précoces (&lt;3j) 3060 ( 15.64% )</p> <p><b>1) Résultats d'accouchement :</b></p> <p>Uniques : 19251 ( 98.42% )</p> <p>Gémellaires : 304 ( 1.55% )</p> <p>Triplés ou plus : 6 ( 0.03% )</p> <p>Age moyen maternel : 30</p> <p>Ecart type âge maternel : 5</p> <p>Mortinatalité(‰) : 167 ( 8.54 )</p> <p>dont IMG après 22 SA (‰) : 57 ( 2.91 )</p> <p>et MFIU(‰) : 110 ( 5.62 )</p> <p><b>2) Mode d'accouchement :</b></p> <p>Voies basses : 15710 ( 80.31% )</p> <p>Dont VB spontanée : 13141 ( 67.18% )</p> <p>Dont VB assistée : 2569 ( 13.13% )</p> <p>Dont VB assistée instrumentée : 2424 ( 12.39% )</p> <p>Épisiotomie/voie basse : 693 ( 4.41% )</p> <p>Épisiotomie/voie instrumentale : 332 ( 13.70% )</p> <p>Anesthésie péridurale/VB : 10933 ( 69.59% )</p> <p>Anesthésie péridurale/instrumentale : 2007 ( 82.80% )</p> <p>Césariennes en urgence : 2704 ( 13.82% )</p> <p>Césariennes programmées : 1147 ( 5.86% )</p> <p>Total des césariennes : 3851 ( 19.69% )</p> <p><b>3) Acc à terme (≥ 37 SA) :</b> 18247 ( 93.28% )</p> <p>Voies basses spontanées : 12448 ( 0.69% )</p> <p>Voies basses instrumentales : 2327 ( 12.75% )</p> <p>Césariennes en urgence : 2255 ( 12.36% )</p> <p>Césariennes programmées : 1092 ( 5.98% )</p> <p>Total des césariennes : 3347 ( 18.34% )</p> <p>Césariennes programmées &gt;=39 : 720 ( 62.77% )</p>		<p><b>4) Indicateurs de morbidité :</b></p> <p>Pré éclampsies : 410 ( 2.10% )</p> <p>dont HELLP Sd : 20 ( 0.10% )</p> <p>Eclampsies : 5 ( 0.03% )</p> <p>Hémorragies immédiates du post partum : 888 ( 4.54% )</p> <p>Hémorragies tardives du post partum : 54 ( 0.28% )</p> <p>Tamponnements intra utérin ou intravaginal : 9 ( 0.05% )</p> <p>Chirurgies d'hémostase : 10 ( 0.05% )</p> <p>Embolisations : 15 ( 0.08% )</p> <p>Transfusions : 46 ( 0.24% )</p> <p>Infections puerpérales : 19 ( 0.10% )</p> <p><b>5) Pathologies ante-natales :</b></p> <p>Diabètes préexistants : 135 ( 0.69% )</p> <p>Diabètes gestationnels : 2522 ( 12.89% )</p> <p>Ruptures prématurées des membranes : 3274 ( 16.74% )</p> <p>Chorioamniotite : 112 ( 0.57% )</p> <p><b>6) Mutations ou transferts :</b></p> <p>Mutations en réa : 33 ( 0.17% )</p> <p>Acc suite à un TIU reçu : 141 ( 0.72% )</p> <p>Nbre de femmes avec TPP : 212 ( 1.08% )</p> <p>Dont DS de 0 jour : 51</p>	
		<p><b>1) Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*)</b></p> <p>Ante-partum : 4589</p> <p>MAP : 1275 ( 27.78% )</p> <p>Entrée par TIU : 81 ( 1.77% )</p> <p>Sortie par TIU : 285 ( 6.21% )</p> <p>DMS : 0.95</p> <p><b>2) Description :</b></p> <p>Séjours de + de 0 jour : 2948 ( 64.24% )</p> <p>Diabètes préexistants : 87 ( 1.90% )</p> <p>Diabètes gestationnels : 1293 ( 28.18% )</p> <p>Mutations en réa : 15 ( 0.33% )</p>	
		<p><b>3) Séjours d'interruption de grossesse :</b></p> <p>IMG avant 22 SA : 195</p> <p>IVG : 4371</p> <p>IVG médicamenteuse : 3713</p> <p>IVG chirurgicale : 642</p> <p>IVG avec complication : 13</p> <p>IVG sans complication : 4299</p> <p><b>4) Répartition des IVG par classe d'âge de la patiente</b></p> <p>14 ans et moins : 5 ( 0.11% )</p> <p>15-17 ans : 118 ( 2.70% )</p> <p>18-19 ans : 231 ( 5.28% )</p> <p>20-24 ans : 1010 ( 23.11% )</p> <p>25-29 ans : 991 ( 22.67% )</p> <p>30-34 ans : 932 ( 21.32% )</p> <p>35-39 ans : 759 ( 17.36% )</p> <p>40-44 ans : 304 ( 6.95% )</p> <p>45-49 ans : 20 ( 0.46% )</p> <p>50 ans et plus : 1 ( 0.02% )</p>	
Séjour des naissances vivantes en maternité		Séjour en unité de néonatalogie	
<p>Naissances totales : 20024</p> <p>Naissances vivantes : 19852</p> <p>DMS : 4.32</p> <p><b>1) Terme (Naissances vivantes) :</b></p> <p>AG [22 à 36 SA] : 1404 ( 7.07% )</p> <p>AG [22 à 23 SA] : 14 ( 0.07% )</p> <p>AG [24 SA] : 20 ( 0.10% )</p> <p>AG [25 à 27 SA] : 62 ( 0.31% )</p> <p>AG [28 à 31 SA] : 141 ( 0.71% )</p> <p>AG [32 à 35 SA] : 642 ( 3.23% )</p> <p>AG [36 SA] : 525 ( 2.64% )</p> <p>AG &gt;=37 SA : 18448 ( 92.93% )</p> <p><b>2) Faible poids de naissance</b></p> <p>&lt;1500g : 236 ( 1.19% )</p> <p>1500-2499g : 1263 ( 6.36% )</p> <p>≥ 2500g : 18353 ( 92.45% )</p> <p><b>3) Hospitalisations (mutations)</b></p> <p>Type de prise en charge maximum</p> <p>Néonatalogie (UM 04) : 1583 ( 7.97% )</p> <p>Soins intensifs (UM 05) : 499 ( 2.51% )</p> <p>Réa néonatale (UM 06) : 499 ( 2.51% )</p>		<p><b>4) Sexe</b></p> <p>Garçons : 10185 ( 51.30% )</p> <p>Filles : 9667 ( 48.70% )</p> <p><b>5) Transferts (externes) :</b></p> <p>Transferts à partir de la mater : 113 ( 0.57% )</p> <p>Transferts après passage en néonatalogie : 210 ( 1.06% )</p> <p><b>6) Morbidités et mortalité</b></p> <p>Hypotrophes &lt;3ème perc. (AUDIPOG) : 601 ( 3.03% )</p> <p>Macrosomes &gt;97ème perc. (AUDIPOG) : 482 ( 2.43% )</p> <p>Malfo dépitables : 289 ( 1.46% )</p> <p>Syndrome de Down : 12 ( 0.06% )</p> <p>Spina bifida : 3 ( 0.02% )</p> <p>Détresses respiratoires : 1582 ( 7.97% )</p> <p>Affections cardio-vasculaires : 266 ( 1.34% )</p> <p>Patho neurologiques : 234 ( 1.18% )</p> <p>Infections néonatales précoces (&lt;4j) : 131 ( 0.66% )</p> <p>Décès post-nataux immédiat : 58 ( 0.29% )</p> <p>Asphyxie obstétricale (Apgar 0-7) : 611 ( 3.08% )</p> <p>Dont Asphyxie obstétricale grave (Apgar 0-3) : 211 ( 1.06% )</p>	
		<p>Séjours en néonatalogie : 2959</p> <p>Médiane ( durée de séjour) : 6.00</p> <p><b>1) Prise en charge en unité médicale :</b></p> <p>Néonatalogie (UM 04) : 1803 ( 60.9% )</p> <p>Soins intensifs (UM 05) : 595 ( 20.1% )</p> <p>Réa néonatale (UM 06) : 561 ( 19.0% )</p> <p><b>2) Terme à la naissance :</b></p> <p>AG [22 à 36 SA] : 1133 ( 38.3% )</p> <p>AG [22 à 23 SA] : 7 ( 0.2% )</p> <p>AG [24 SA] : 19 ( 0.6% )</p> <p>AG [25 à 27 SA] : 63 ( 2.1% )</p> <p>AG [28 à 31 SA] : 148 ( 5.0% )</p> <p>AG [32 à 35 SA] : 644 ( 21.8% )</p> <p>AG [36 SA] : 252 ( 8.5% )</p> <p>AG &gt;=37 SA : 1693 ( 57.2% )</p> <p><b>3) Age corrigé à l'admission :</b></p> <p>0-1 jour : 79</p> <p>2-7 jours : 41</p> <p>7-28 jours : 43</p>	
		<p><b>4) Poids de naissance :</b></p> <p>&lt;1500g : 250 ( 8.45% )</p> <p>1500-2499g : 915 ( 30.92% )</p> <p>≥ 2500g : 1794 ( 60.63% )</p> <p><b>5) Morbidités et mortalité :</b></p> <p>Hypotrophes &lt;3ème perc. (AUDIPOG) : 232 ( 7.84% )</p> <p>Macrosomes &gt;97ème perc. (AUDIPOG) : 79 ( 2.67% )</p> <p>Malfo dépitables : 221 ( 7.47% )</p> <p>Détresses respiratoires : 1316 ( 44.47% )</p> <p>Bronchodysplasies : 57 ( 1.93% )</p> <p>Affections cardio-vasculaires : 230 ( 7.77% )</p> <p>Patho neurologiques : 296 ( 10.00% )</p> <p>HIV stade 1 : 27 ( 2.38% )</p> <p>HIV stade 2 : 33 ( 2.91% )</p> <p>HIV stade 3 : 13 ( 1.15% )</p> <p>Hémorragie intra-cérébrale : 16 ( 1.41% )</p> <p>Leucomalacie périventriculaire : 10 ( 0.88% )</p> <p>Infections néonatales précoces (&lt;4j) : 126 ( 4.26% )</p> <p>Entérocolite : 28 ( 2.47% )</p> <p>ROP : 31 ( 2.74% )</p> <p>Transfusions : 53 ( 1.79% )</p> <p>Décès post-nataux : 53 ( 1.79% )</p>	
Contrôle qualité du codage			
<p>Décompte NN /mère : 147</p> <p>Enfants nés sans vie et présence de Z38 : 0</p> <p>AG &gt; 28 et présence de P072 : 2</p> <p>Poids &gt;1000 et présence de P070 : 10</p> <p>Chainage impossible : 0</p>		<p>DDR renseignée pour le nouveau né : 11</p> <p>Poids minimum : 150</p> <p>Poids maximum : 5760</p> <p>Ecart type: Poids : 588.28</p>	
		<p>Coté mère: Chainage impossible : 0</p> <p>Age maternel minimum : 14</p> <p>Age maternel moyen : 30.50</p> <p>Age maternel maximum : 49.00</p> <p>Ecart type: Age maternel : 5.25</p>	
		<p>IVG: DDR et AG non renseignés : 446</p> <p>GHM=14Z08Z et absence de Z640 en DAS : 0</p> <p>GHM=14Z08Z et absence d'actes IVG : 2</p> <p>Césarienne - Parité non renseignée : 266</p>	

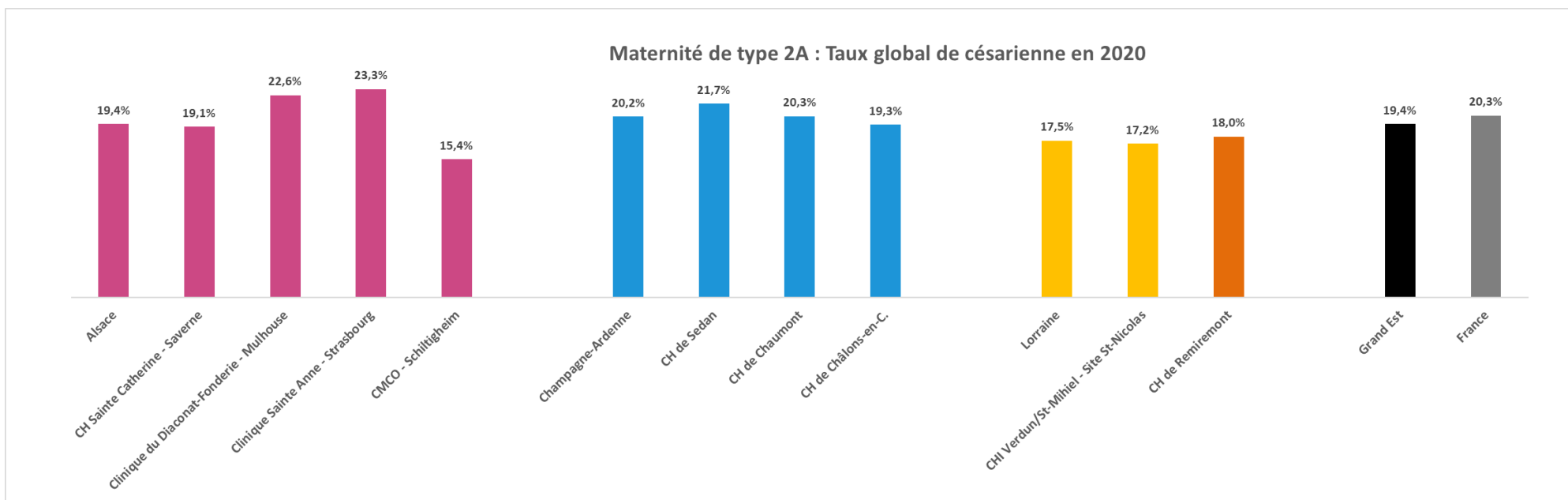
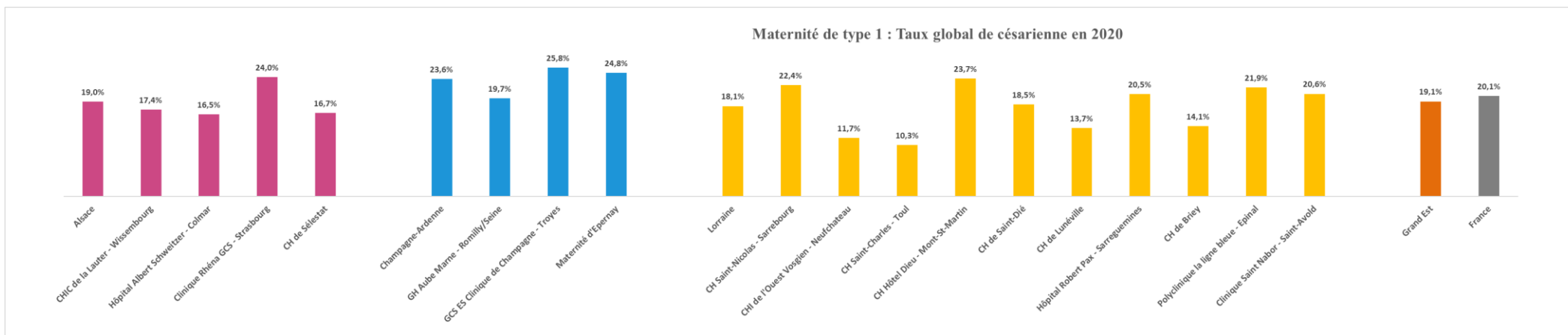


Séjours avec accouchement		Séjours sans accouchement	
<p>Total des accouchements : 12958</p> <p>Durée moyenne de séjour (DMS) : 4.29</p> <p>DMS antepartum : 0.74</p> <p>DMS Post partum : 3.70</p> <p>Sorties précoces (&lt;3j) : 866 ( 6.68% )</p> <p><b>1) Résultats d'accouchement :</b></p> <p>Uniques : 12783 ( 98.65% )</p> <p>Gémellaires : 168 ( 1.30% )</p> <p>Triplés ou plus : 7 ( 0.05% )</p> <p>Age moyen maternel : 30</p> <p>Ecart type âge maternel : 5</p> <p>Mortalité(%) : 104 ( 8.03 )</p> <p>dont IMG après 22 SA (%) : 42 ( 3.24 )</p> <p>et MFIU(%) : 62 ( 4.78 )</p> <p><b>2) Mode d'accouchement :</b></p> <p>Voies basses : 10128 ( 78.16% )</p> <p>Dont VB spontanée : 8607 ( 66.42% )</p> <p>Dont VB assistée : 1521 ( 11.74% )</p> <p>Dont VB assistée instrumentée : 1316 ( 10.16% )</p> <p>Épisiotomie:voie basse : 604 ( 5.96% )</p> <p>Épisiotomie:voie instrumentale : 263 ( 19.98% )</p> <p>Anesthésie péridurale/VB : 8304 ( 81.99% )</p> <p>Anesthésie péridurale/instrumentale : 1227 ( 93.24% )</p> <p>Césariennes en urgence : 1907 ( 14.72% )</p> <p>Césariennes programmées : 923 ( 7.12% )</p> <p>Total des césariennes : 2830 ( 21.84% )</p> <p><b>3) Acc à terme (≥ 37 SA) :</b> 11988 ( 92.51% )</p> <p>Voies basses spontanées : 8125 ( 1.54% )</p> <p>Voies basses instrumentales : 1243 ( 10.37% )</p> <p>Césariennes en urgence : 1567 ( 13.07% )</p> <p>Césariennes programmées : 868 ( 7.24% )</p> <p>Total des césariennes : 2435 ( 20.31% )</p> <p>Césariennes programmées &gt;=39 : 437 ( 47.35% )</p>		<p><b>4) Indicateurs de morbidité :</b></p> <p>Pré éclampsies : 197 ( 1.52% )</p> <p>dont HELLP Sd : 15 ( 0.12% )</p> <p>Eclampsies : 5 ( 0.04% )</p> <p>Hémorragies immédiates du post partum : 509 ( 3.93% )</p> <p>Hémorragies tardives du post partum : 18 ( 0.14% )</p> <p>Tamponnements intra utérin ou intravaginal : 29 ( 0.22% )</p> <p>Chirurgies d'hémostase : 29 ( 0.22% )</p> <p>Embolisations : 4 ( 0.03% )</p> <p>Transfusions : 108 ( 0.83% )</p> <p>Infections puerpérales : 13 ( 0.10% )</p> <p><b>5) Pathologies ante-natales :</b></p> <p>Diabète préexistants : 83 ( 0.64% )</p> <p>Diabète gestationnels : 1852 ( 14.29% )</p> <p>Ruptures prématurées des membranes : 1355 ( 10.46% )</p> <p>Chorioamnionite : 47 ( 0.36% )</p> <p><b>6) Mutations ou transferts :</b></p> <p>Mutations en réa : 20 ( 0.15% )</p> <p>Acc suite à un TIU reçu : 90 ( 0.69% )</p> <p>Nbre de femmes avec TPP : 60 ( 0.46% )</p> <p>Dont DS de 0 jour : 8</p>	
		<p><b>1) Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*)</b></p> <p>Ante-partum : 3385</p> <p>MAP : 1350 ( 39.88% )</p> <p>Entrée par TIU : 182 ( 5.38% )</p> <p>Sortie par TIU : 229 ( 6.77% )</p> <p>DMS : 1.17</p> <p><b>2) Description :</b></p> <p>Séjours de + de 0 jour : 2397 ( 70.81% )</p> <p>Diabète préexistants : 130 ( 3.84% )</p> <p>Diabète gestationnels : 778 ( 22.98% )</p> <p>Mutations en réa : 6 ( 0.18% )</p>	
		<p><b>3) Séjours d'interruption de grossesse :</b></p> <p>IMG avant 22 SA : 137</p> <p>IVG : 2750</p> <p>IVG médicamenteuse : 1951</p> <p>IVG chirurgicale : 751</p> <p>IVG avec complication : 10</p> <p>IVG sans complication : 2682</p> <p><b>4) Répartition des IVG par classe d'âge de la patiente</b></p> <p>14 ans et moins : 9 ( 0.33% )</p> <p>15-17 ans : 116 ( 4.22% )</p> <p>18-19 ans : 195 ( 7.09% )</p> <p>20-24 ans : 635 ( 23.09% )</p> <p>25-29 ans : 633 ( 23.02% )</p> <p>30-34 ans : 553 ( 20.11% )</p> <p>35-39 ans : 453 ( 16.47% )</p> <p>40-44 ans : 139 ( 5.05% )</p> <p>45-49 ans : 16 ( 0.58% )</p> <p>50 ans et plus : 1 ( 0.04% )</p>	
<p><b>Séjour des naissances vivantes en maternité</b></p> <p>Naissances totales : 13075</p> <p>Naissances vivantes : 12972</p> <p>DMS : 4.56</p> <p><b>1) Terme (Naissances vivantes):</b></p> <p>AG [22 à 36 SA] : 984 ( 7.59% )</p> <p>AG [22 à 23 SA] : 5 ( 0.04% )</p> <p>AG [24 SA] : 9 ( 0.07% )</p> <p>AG [25 à 27 SA] : 42 ( 0.32% )</p> <p>AG [28 à 31 SA] : 114 ( 0.88% )</p> <p>AG [32 à 35 SA] : 414 ( 3.19% )</p> <p>AG [36 SA] : 400 ( 3.08% )</p> <p>AG &gt;=37 SA : 11988 ( 92.41% )</p> <p><b>2) Faible poids de naissance</b></p> <p>&lt;1500g : 169 ( 1.30% )</p> <p>1500-2499g : 822 ( 6.34% )</p> <p>≥ 2500g : 11981 ( 92.36% )</p> <p><b>3) Hospitalisations (mutations)</b></p> <p>Type de prise en charge maximum</p> <p>Néonatalogie (UM 04) : 1412 ( 10.88% )</p> <p>Soins intensifs (UM 05) : 396 ( 3.05% )</p> <p>Réa néonatale (UM 06) : 365 ( 2.81% )</p>		<p><b>4) Sexe</b></p> <p>Garçons : 6656 ( 51.31% )</p> <p>Filles : 6316 ( 48.69% )</p> <p><b>5) Transferts (externes) :</b></p> <p>Transferts à partir de la mater : 65 ( 0.50% )</p> <p>Transferts après passage en néonatal : 206 ( 1.59% )</p> <p><b>6) Morbidités et mortalité</b></p> <p>Hypotrophes &lt;3ème perc. (AUDIPOG) : 383 ( 2.95% )</p> <p>Macrosomes &gt;97ème perc. (AUDIPOG) : 349 ( 2.69% )</p> <p>Malfo dépitables : 226 ( 1.74% )</p> <p>Syndrome de Down : 3 ( 0.02% )</p> <p>Spina bifida : 1 ( 0.01% )</p> <p>Détresses respiratoires : 822 ( 6.34% )</p> <p>Affections cardio-vasculaires : 131 ( 1.01% )</p> <p>Patho neurologiques : 185 ( 1.43% )</p> <p>Infections néonatales précoces (&lt;4j) : 164 ( 1.26% )</p> <p>Décès post-nataux immédiat : 28 ( 0.22% )</p> <p>Asphyxie obstétricale (Apgar 0-7) : 494 ( 3.81% )</p> <p>Dont Asphyxie obstétricale grave (Apgar 0-3) : 153 ( 1.18% )</p>	
		<p><b>Séjour en unité de néonatalogie</b></p> <p>Séjours en néonatal : 2605</p> <p>Médiane ( durée de séjour) : 5.00</p> <p><b>1) Prise en charge en unité médicale :</b></p> <p>Néonatalogie (UM 04) : 1567 ( 60.2% )</p> <p>Soins intensifs (UM 05) : 511 ( 19.6% )</p> <p>Réa néonatale (UM 06) : 527 ( 20.2% )</p> <p><b>2) Terme à la naissance :</b></p> <p>AG [22 à 36 SA] : 853 ( 32.7% )</p> <p>AG [22 à 23 SA] : 5 ( 0.2% )</p> <p>AG [24 SA] : 10 ( 0.4% )</p> <p>AG [25 à 27 SA] : 47 ( 1.8% )</p> <p>AG [28 à 31 SA] : 139 ( 5.3% )</p> <p>AG [32 à 35 SA] : 437 ( 16.8% )</p> <p>AG [36 SA] : 215 ( 8.3% )</p> <p>AG &gt;=37 SA : 1609 ( 61.8% )</p> <p><b>3) Age corrigé à l'admission :</b></p> <p>0-1 jour : 182</p> <p>2-7 jours : 99</p> <p>7-28 jours : 145</p>	
		<p><b>4) Poids de naissance :</b></p> <p>&lt;1500g : 205 ( 7.87% )</p> <p>1500-2499g : 721 ( 27.68% )</p> <p>≥ 2500g : 1679 ( 64.45% )</p> <p><b>5) Morbidités et mortalité :</b></p> <p>Hypotrophes &lt;3ème perc. (AUDIPOG) : 188 ( 7.22% )</p> <p>Macrosomes &gt;97ème perc. (AUDIPOG) : 89 ( 3.42% )</p> <p>Malfo dépitables : 234 ( 8.98% )</p> <p>Détresses respiratoires : 798 ( 30.63% )</p> <p>Bronchodysplasies : 51 ( 1.96% )</p> <p>Affections cardio-vasculaires : 151 ( 5.80% )</p> <p>Patho neurologiques : 256 ( 9.83% )</p> <p>HIV stade 1 : 23 ( 2.70% )</p> <p>HIV stade 2 : 25 ( 2.93% )</p> <p>HIV stade 3 : 10 ( 1.17% )</p> <p>Hémorragie intra-cérébrale : 8 ( 0.94% )</p> <p>Leucomalacie périventriculaire : 9 ( 1.06% )</p> <p>Infections néonatales précoces (&lt;4j) : 168 ( 6.45% )</p> <p>Entérocolite : 20 ( 2.34% )</p> <p>ROP : 9 ( 1.06% )</p> <p>Transfusions : 36 ( 1.38% )</p> <p>Décès post-nataux : 35 ( 1.34% )</p>	
<p><b>Contrôle qualité du codage</b></p> <p>Décompte NN /mère : 65</p> <p>Enfants nés sans vie et présence de Z38 : 0</p> <p>AG &gt; 28 et présence de P072 : 2</p> <p>Poids &gt;1000 et présence de P070 : 99</p> <p>Chainage impossible : 79</p> <p>DDR renseignée pour le nouveau né : 2</p> <p>Poids minimum : 200</p> <p>Poids maximum : 5560</p> <p>Ecart type: Poids : 590.52</p> <p>Coté mère: Chainage impossible : 0</p> <p>Age maternel minimum : 14</p> <p>Age maternel moyen : 29.55</p> <p>Age maternel maximum : 51.00</p> <p>Ecart type: Age maternel : 5.40</p> <p>IVG: DDR et AG non renseignés : 181</p> <p>GHM=14Z08Z et absence de Z640 en DAS : 0</p> <p>GHM=14Z08Z et absence d'actes IVG : 0</p> <p>Césarienne - Parité non renseignée : 221</p>			

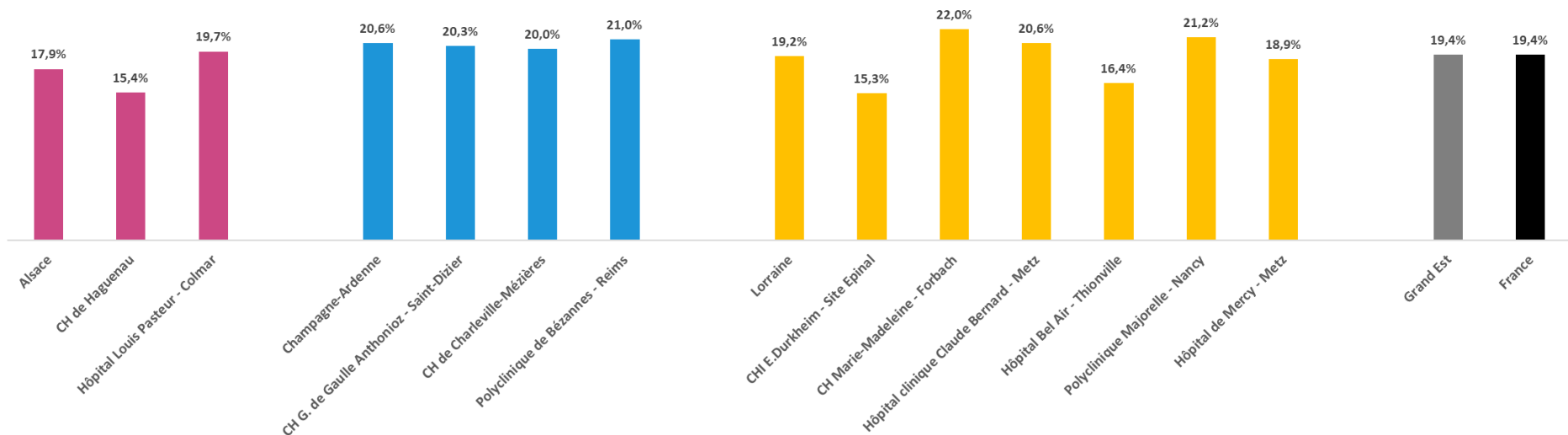
## Séjours avec accouchement

## Séjours sans accouchement

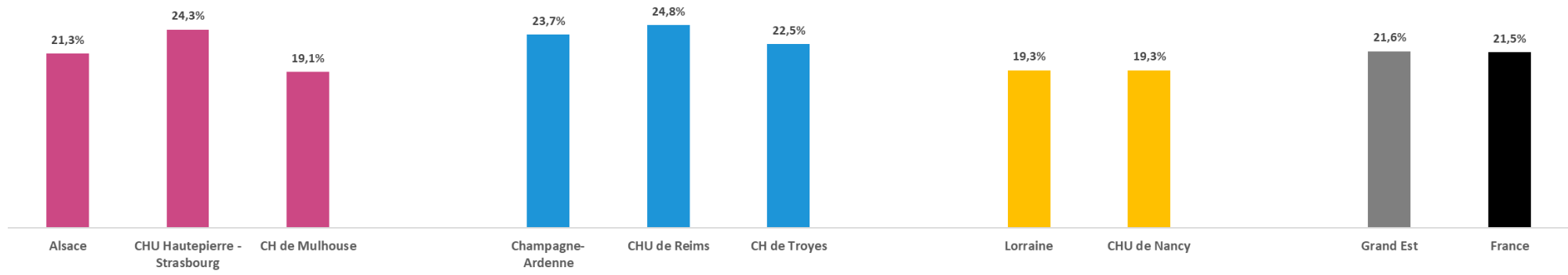
<p>Total des accouchements : 20312</p> <p>Durée moyenne de séjour (DMS) : 4.16</p> <p>DMS antepartum : 0.69</p> <p>DMS Post partum : 3.81</p> <p>Sorties précoces (&lt;3j) : 2143 ( 10.55% )</p> <p><b>1) Résultats d'accouchement :</b></p> <p>Uniques : 20030 ( 98.61% )</p> <p>Gémellaires : 280 ( 1.38% )</p> <p>Triplés ou plus : 2 ( 0.01% )</p> <p>Age moyen maternel : 30</p> <p>Ecart type âge maternel : 5</p> <p>Mortalité(%) : 172 ( 8.47 )</p> <p>dont IMG après 22 SA (%) : 71 ( 3.50 )</p> <p>et MFU(%) : 101 ( 4.97 )</p> <p><b>2) Mode d'accouchement :</b></p> <p>Voies basses : 16488 ( 81.17% )</p> <p>Dont VB spontanée : 13442 ( 66.18% )</p> <p>Dont VB assistée : 3046 ( 15.00% )</p> <p>Dont VB assistée instrumentée : 2928 ( 14.42% )</p> <p>Épisiotomie:voie basse : 995 ( 6.03% )</p> <p>Épisiotomie:voie instrumentale : 517 ( 17.66% )</p> <p>Anesthésie péridurale/VB : 13100 ( 79.45% )</p> <p>Anesthésie péridurale/instrumentale : 2701 ( 92.25% )</p> <p>Césariennes en urgence : 2570 ( 12.65% )</p> <p>Césariennes programmées : 1254 ( 6.17% )</p> <p>Total des césariennes : 3824 ( 18.83% )</p> <p><b>3) Acc à terme (≥ 37 SA) :</b></p> <p>18916 ( 93.13% )</p> <p>Voies basses spontanées : 12679 ( 0.44% )</p> <p>Voies basses instrumentales : 2788 ( 14.74% )</p> <p>Césariennes en urgence : 2157 ( 11.40% )</p> <p>Césariennes programmées : 1208 ( 6.39% )</p> <p>Total des césariennes : 3365 ( 17.79% )</p> <p>Césariennes programmées ≥39 : 592 ( 47.21% )</p>		<p><b>4) Indicateurs de morbidité :</b></p> <p>Pré éclampsies : 238 ( 1.17% )</p> <p>dont HELLP Sd : 33 ( 0.16% )</p> <p>Eclampsies : 2 ( 0.01% )</p> <p>Hémorragies immédiates du post partum : 854 ( 4.20% )</p> <p>Hémorragies tardives du post partum : 43 ( 0.21% )</p> <p>Tamponnements intra utérin ou intravaginal : 77 ( 0.38% )</p> <p>Chirurgies d'hémostase : 22 ( 0.11% )</p> <p>Embolisations : 0 ( 0.00% )</p> <p>Transfusions : 146 ( 0.72% )</p> <p>Infections puerpérales : 21 ( 0.10% )</p> <p><b>5) Pathologies ante-natales :</b></p> <p>Diabètes préexistants : 122 ( 0.60% )</p> <p>Diabètes gestationnels : 2881 ( 14.18% )</p> <p>Ruptures prématurées des membranes : 2720 ( 13.39% )</p> <p>Chorioamnionite : 28 ( 0.14% )</p> <p><b>6) Mutations ou transferts :</b></p> <p>Mutations en réa : 43 ( 0.21% )</p> <p>Acc suite à un TIU reçu : 142 ( 0.70% )</p> <p>Nbre de femmes avec TPP : 272 ( 1.34% )</p> <p>Dont DS de 0 jour : 31</p>		<p><b>1) Séjours d'ante-partum exclusif (Z35*)</b></p> <p>Ante-partum : 8382</p> <p>MAP : 2306 ( 27.51% )</p> <p>Entrée par TIU : 484 ( 5.77% )</p> <p>Sortie par TIU : 519 ( 6.19% )</p> <p>DMS : 0.92</p> <p><b>2) Description :</b></p> <p>Séjours de + de 0 jour : 4107 ( 49.00% )</p> <p>Diabètes préexistants : 267 ( 3.19% )</p> <p>Diabètes gestationnels : 2461 ( 29.36% )</p> <p>Mutations en réa : 10 ( 0.12% )</p>		<p><b>3) Séjours d'interruption de grossesse :</b></p> <p>IMG avant 22 SA : 117</p> <p>IVG : 5207</p> <p>IVG médicamenteuse : 3709</p> <p>IVG chirurgicale : 1371</p> <p>IVG avec complication : 158</p> <p>IVG sans complication : 4973</p> <p><b>4) Répartition des IVG par classe d'âge de la patiente</b></p> <p>14 ans et moins : 13 ( 0.25% )</p> <p>15-17 ans : 146 ( 2.80% )</p> <p>18-19 ans : 299 ( 5.74% )</p> <p>20-24 ans : 1146 ( 22.01% )</p> <p>25-29 ans : 1183 ( 22.72% )</p> <p>30-34 ans : 1212 ( 23.28% )</p> <p>35-39 ans : 863 ( 16.57% )</p> <p>40-44 ans : 315 ( 6.05% )</p> <p>45-49 ans : 30 ( 0.58% )</p> <p>50 ans et plus : 0 ( 0.00% )</p>	
<p><b>Séjour des naissances vivantes en maternité</b></p> <p>Naissances totales : 20593</p> <p>Naissances vivantes : 20421</p> <p>DMS : 4.41</p> <p><b>1) Terme (Naissances vivantes):</b></p> <p>AG [22 à 36 SA] : 1386 ( 6.79% )</p> <p>AG [22 à 23 SA] : 3 ( 0.01% )</p> <p>AG [24 SA] : 5 ( 0.02% )</p> <p>AG [25 à 27 SA] : 40 ( 0.20% )</p> <p>AG [28 à 31 SA] : 127 ( 0.62% )</p> <p>AG [32 à 35 SA] : 627 ( 3.07% )</p> <p>AG [36 SA] : 584 ( 2.86% )</p> <p>AG ≥37 SA : 19035 ( 93.21% )</p> <p><b>2) Faible poids de naissance</b></p> <p>&lt;1500g : 167 ( 0.82% )</p> <p>1500-2499g : 1282 ( 6.28% )</p> <p>≥ 2500g : 18972 ( 92.90% )</p> <p><b>3) Hospitalisations (mutations)</b></p> <p>Type de prise en charge maximum</p> <p>Néonatalogie (UM 04) : 1805 ( 8.84% )</p> <p>Soins intensifs (UM 05) : 1045 ( 5.12% )</p> <p>Réa néonatale (UM 06) : 282 ( 1.38% )</p>		<p><b>4) Sexe</b></p> <p>Garçons : 10414 ( 51.00% )</p> <p>Filles : 10007 ( 49.00% )</p> <p><b>5) Transferts (externes) :</b></p> <p>Transferts à partir de la mater : 225 ( 1.10% )</p> <p>Transferts après passage en néonatal : 246 ( 1.20% )</p> <p><b>6) Morbidités et mortalité</b></p> <p>Hypotrophes &lt;3ème perc. (AUDIPOG) : 572 ( 2.80% )</p> <p>Macrosomes &gt;97ème perc. (AUDIPOG) : 473 ( 2.32% )</p> <p>Malfo dépitables : 366 ( 1.79% )</p> <p>Syndrome de Down : 11 ( 0.05% )</p> <p>Spina bifida : 3 ( 0.01% )</p> <p>Détresses respiratoires : 1885 ( 9.23% )</p> <p>Affections cardio-vasculaires : 331 ( 1.62% )</p> <p>Patho neurologiques : 241 ( 1.18% )</p> <p>Infections néonatales précoces (&lt;4j) : 154 ( 0.75% )</p> <p>Décès post-nataux immédiat : 27 ( 0.13% )</p> <p>Asphyxie obstétricale (Apgar 0-7) : 1131 ( 5.54% )</p> <p>Dont Asphyxie obstétricale grave (Apgar 0-3) : 327 ( 1.60% )</p>		<p><b>Séjour en unité de néonatalogie</b></p> <p>Séjours en néonatal : 3750</p> <p>Médiane ( durée de séjour) : 5.00</p> <p><b>1) Prise en charge en unité médicale :</b></p> <p>Néonatalogie (UM 04) : 1989 ( 53.0% )</p> <p>Soins intensifs (UM 05) : 1311 ( 35.0% )</p> <p>Réa néonatale (UM 06) : 450 ( 12.0% )</p> <p><b>2) Terme à la naissance :</b></p> <p>AG [22 à 36 SA] : 1279 ( 34.1% )</p> <p>AG [22 à 23 SA] : 3 ( 0.1% )</p> <p>AG [24 SA] : 6 ( 0.2% )</p> <p>AG [25 à 27 SA] : 51 ( 1.4% )</p> <p>AG [28 à 31 SA] : 171 ( 4.6% )</p> <p>AG [32 à 35 SA] : 666 ( 17.8% )</p> <p>AG [36 SA] : 382 ( 10.2% )</p> <p>AG ≥37 SA : 2328 ( 62.1% )</p> <p><b>3) Age corrigé à l'admission :</b></p> <p>0-1 jour : 219</p> <p>2-7 jours : 171</p> <p>7-28 jours : 189</p>		<p><b>4) Poids de naissance :</b></p> <p>&lt;1500g : 217 ( 5.79% )</p> <p>1500-2499g : 1073 ( 28.61% )</p> <p>≥ 2500g : 2460 ( 65.60% )</p> <p><b>5) Morbidités et mortalité :</b></p> <p>Hypotrophes &lt;3ème perc. (AUDIPOG) : 289 ( 7.71% )</p> <p>Macrosomes &gt;97ème perc. (AUDIPOG) : 122 ( 3.25% )</p> <p>Malfo dépitables : 269 ( 7.17% )</p> <p>Détresses respiratoires : 1312 ( 34.99% )</p> <p>Bronchodysplasies : 43 ( 1.15% )</p> <p>Affections cardio-vasculaires : 316 ( 8.43% )</p> <p>Patho neurologiques : 329 ( 8.77% )</p> <p>HIV stade 1 : 34 ( 2.66% )</p> <p>HIV stade 2 : 13 ( 1.02% )</p> <p>HIV stade 3 : 11 ( 0.86% )</p> <p>Hémorragie intra-cérébrale : 1 ( 0.08% )</p> <p>Leucomalacie périventriculaire : 4 ( 0.31% )</p> <p>Infections néonatales précoces (&lt;4j) : 108 ( 2.88% )</p> <p>Entérocolite : 29 ( 2.27% )</p> <p>ROP : 34 ( 2.66% )</p> <p>Transfusions : 18 ( 0.48% )</p> <p>Décès post-nataux : 37 ( 0.99% )</p>	
<p><b>Contrôle qualité du codage</b></p> <p>Décompte NN /mère : 3</p> <p>Enfants nés sans vie et présence de Z38 : 0</p> <p>AG &gt; 28 et présence de P072 : 4</p> <p>Poids &gt;1000 et présence de P070 : 28</p> <p>Chainage impossible : 5</p> <p>DDR renseignée pour le nouveau né : 25</p> <p>Poids minimum : 100</p> <p>Poids maximum : 5080</p> <p>Ecart type: Poids : 562.86</p> <p>Coté mère: Chainage impossible : 0</p> <p>Age maternel minimum : 13</p> <p>Age maternel moyen : 30.00</p> <p>Age maternel maximum : 110.00</p> <p>Ecart type: Age maternel : 5.32</p> <p>IVG: DDR et AG non renseignés : 321</p> <p>GHM=14Z08Z et absence de Z640 en DAS : 2</p> <p>GHM=14Z08Z et absence d'actes IVG : 62</p> <p>Césarienne - Parité non renseignée : 363</p>							



### Maternité de type 2B : Taux global de césarienne en 2020



### Maternité de type 3 : Taux global de césarienne





**Obésité morbide IMC > à 40 kg/m<sup>2</sup> :**

- E6606 Obésité due à un excès calorique de l'adulte, IMC= ou > à 40 kg/m<sup>2</sup> et < à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6607 Obésité due à un excès calorique de l'adulte, IMC= ou > à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6616 Obésité médicamenteuse de l'adulte, IMC= ou > à 40 kg/m<sup>2</sup> et < à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6617 Obésité médicamenteuse de l'adulte, IMC= ou > à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6686 Autres obésités de l'adulte, IMC= ou > à 40 kg/m<sup>2</sup> et < à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6687 Autres obésités de l'adulte, IMC= ou > à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6696 Obésité sans précision de l'adulte, IMC= ou > à 40 kg/m<sup>2</sup> et < à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6697 Obésité sans précision de l'adulte, IMC= ou > à 50 kg/m<sup>2</sup>

**Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire, (SOH)**

- E66.24 Obésité avec hypoventilation alvéolaire de l'adulte, IMC= ou > 30 kg/m<sup>2</sup> et < à 35 kg/m<sup>2</sup>
- E66.25 Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire de l'adulte, IMC=ou> 35 kg/m<sup>2</sup> et < à 40 kg/m<sup>2</sup>
- E6626 Obésité avec hypoventilation alvéolaire de l'adulte, IMC= ou > à 40 kg/m<sup>2</sup> et < à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6627 Obésité avec hypoventilation alvéolaire de l'adulte, IMC= ou > à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6629 Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire de l'adulte, IMC non précisé

**Autres obésités**

- E6699 Obésité sans précision de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
- E660 Obésité due à un excès calorique
- E662 Obésité avec hypoventilation alvéolaire
- E668 Autres obésités
- E669 Obésité, sans précision
- E6603 Surpoids dû à un excès calorique, de l'adulte ou de l'enfant
- E6604 Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 35 kg/m<sup>2</sup>, ou obésité due à un excès calorique de l'enfant
- E6605 Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 40 kg/m<sup>2</sup>
- E6615 Obésité médicamenteuse de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 40 kg/m<sup>2</sup>
- E6619 Obésité médicamenteuse de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
- E6689 Autres obésités de l'adulte, indice de masse corporelle [IMC] non précisé
- E6684 Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 35 kg/m<sup>2</sup>, ou autres obésités de l'enfant
- E6685 Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 40 kg/m<sup>2</sup>
- E6686 Autres obésités de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 50 kg/m<sup>2</sup>
- E6694 Obésité sans précision de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 35 kg/m<sup>2</sup>, ou obésité sans précision de l'enfant
- E6695 Obésité sans précision de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> et inférieur à 40 kg/m<sup>2</sup>
- O992 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

