



# FFRSP

Fédération Française  
des Réseaux de Santé en Périnatalité

## Indicateurs de santé périnatale communs aux Réseaux de santé en périnatalité

### Recueil pour l'année 2013

**Attention : nouveau → bien préciser les dénominateurs pour chaque indicateur**

### Méthodes et grille de recueil

Rédaction : 1<sup>er</sup> septembre 2014, revu en CA le 19 septembre 2014

Rédaction B. BRANGER, RSP Pays de la Loire et P. THIBON, RSP Basse-Normandie

Révision de T. BERENGER pour les RSP franciliens,

S. BARON pour la région Centre, et J. FRESSON, RSP Lorraine.

Présents en séance le 17 juin 2013 : H. BOMY (OMBREL), B. BAILLEUX (OMBREL), B. MULIN (Franche-Comté), C. LEDU (Aquitaine), C. LEVEQUE (Haute-Normandie), S. SIONVILLE (Haute-Normandie), M. MARCOT (PACA-Ouest), L. ABRAHAM (Deux Savoie), C. MARTIN (Isère), E. RAULT (Côtes d'Armor), B. LE NIR (Midi-Pyrénées), G. CRIBALLET (Languedoc-Roussillon), F. BERTSCHY (Bretagne occidentale), M. POHER (Pauline), G. KRIM (Picardie), MC. MOUQUET (DREES), A. VILAIN (DREES), C. CATALAN (Limousin), Y. BARRY (InVS), D. FOISSIN (Midi-Pyrénées), J. FRESSON (Lorraine). Excusés : C. CRENN-HEBERT (Ile-de-France)

## A- Objectifs

L'objectif de ce document est de proposer à chaque réseau de périnatalité une méthode commune pour le calcul d'indicateurs communs.

- Dans le cadre d'une évaluation régionale, ou inter-régionale ou de réseau
- Dans le cadre d'une évaluation nationale dans un but descriptif et de comparaisons.

## B- Méthodes

Le recueil d'indicateurs peut se faire selon plusieurs méthodes, pour lesquelles chaque RSP devra connaître les avantages et les limites. A signaler que seulement la moitié des RSP (55 % sur 45) a accès à une base de données PMSI.

Exemples de méthodes de recueil :

- PMSI national décliné en région ou en RSP
- PMSI des établissements recueilli par un RSP
- Dossier informatisé ou dossier papier
- Registre / naissances
- Registre / maternité
- Autres : SAE, INSEE, C1, certificats de décès, déclarations de grossesses, enquêtes.

Il sera demandé à chaque RSP de préciser les sources utilisées pour chacun des indicateurs, ainsi que les contrôles-qualité effectués selon les sources utilisées.

## C- Calendrier

- Le recueil doit débuter en 2014 sur les données 2013 pour expérimentation et regroupement des indicateurs au niveau national.

## D- Domaines (champs d'étude)

- ✓ Indicateurs de population (âge maternel...) et d'état de santé :(mortalité, morbidité...)
- ✓ Indicateurs de systèmes de soins
- ✓ Indicateurs de résultats spécifiques de réseau

## E- Population

- ✓ **Accouchements et naissances enregistrés** (ou réalisés) qui mesure l'activité des maternités.
- ✓ AG  $\geq$  22 SA ou PN  $\geq$  500 g
- ✓ France métropolitaine, France entière

## F- Période

- ✓ Recueil et transmission sur une année civile
- ✓ A noter que le PMSI correspond à une année de sortie des mères et des nouveau-nés des services d'hospitalisation, alors que les recueils par d'autres moyens analysent plutôt les entrées.

## G- Aspects éthiques et réglementaires

Pour certaines sources de données, une déclaration CNIL peut être nécessaire. Se renseigner auprès de la FFRSP.

## H- Saisie des données

La saisie se fait dans EPIDATA entry (masque de saisie fourni par la FFRSP). Le masque de saisie permet le calcul des taux.

## I- Présentation des résultats, méthodologie statistique

Les pourcentages sont calculés en excluant les éventuelles données manquantes. Les données manquantes sont systématiquement signalées et dénombrées dans les tableaux.

Les pourcentages dans les tableaux sont donnés avec une décimale (sauf cas particulier). Du fait des arrondis, la somme des pourcentages peut être différente de 100%.

*La plupart des indicateurs sont appelés des « taux », et ce sur 100 accouchements ou 100 naissances ou 1000 naissances selon l'indicateur ; il s'agit en fait pour certains de proportions, pour d'autres des ratios. Le mot « taux » a été gardé par commodité.*

## J- Références

- 1- Euro-Peristat indicators : <http://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html>
- 2- Bouyer J, Bréart G, de la Rochebrochard E, Sarlon E. Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité. INSERM-InVS, Paris, 2004.
- 3- WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-10. Geneva: WHO, 1992;vol 1, 1241 pages
- 4- CépiDC : [www.cepidc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr)
- 5- INSTRUCTION N°DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/4 03 du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI nécessaires à la production de l'indicateur de mortalité. [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-12/ste\\_20110012\\_0100\\_0076.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-12/ste_20110012_0100_0076.pdf)
- 6- HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles. Indications de la césarienne programmée à terme. HAS 2012
- 7- Indications de la césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente. [en ligne] [http://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-lapertinence-du-parcours-de-la-patiente](http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1294171/cesarienne-programmee-a-terme-optimiser-lapertinence-du-parcours-de-la-patiente).
- 8- Publications de la DREES <http://www.drees.sante.gouv.fr/>
- 9- Enquête périnatale nationale (INSERM) : [http://www.upmc.fr/fr/recherche/pole\\_4/pole\\_vie\\_et\\_sante/recherche\\_epidemiologique\\_en\\_sante\\_perinatale\\_umr\\_s\\_953.html](http://www.upmc.fr/fr/recherche/pole_4/pole_vie_et_sante/recherche_epidemiologique_en_sante_perinatale_umr_s_953.html) et [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
- 10- SAE (en refonte) : [http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte\\_2011/](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2011/)

## Liste des indicateurs communs pour l'année 2013

### → Indicateurs de base pour tous les RSP

1. Accouchements multiples
2. Age maternel
3. Prématurité
4. Faible poids de naissance
5. Mortinatalité
6. Mortalité néonatale
7. Mortalité périnatale
8. Mode d'accouchement
9. Conformité du lieu de naissance des nouveau-nés nés (naissance dans le « bon niveau » ou « in born »)
10. Hémorragies du post-partum : actes marqueurs
11. Transferts maternels (TIU et TPP)
12. Transferts néonataux
13. Présentation du nouveau-né

### → Indicateurs additionnels retenus

14. Déchirures périnéales III et IVème degré
15. Allaitement maternel à la sortie de mater ou de néonatalogie

### → Indicateurs optionnels non retenus

16. EIA, pH au cordon, adaptation à la vie extra-utérine
17. Début de travail

NB : A noter que la mortalité maternelle n'a pas été retenue en raison de l'organisation déjà mise en place et de l'expertise de l'unité INSERM U 953 dans ce domaine (MH. BOUVIER-COLLE, C. DENEUX-THARAUX, M. SAUCEDO).



**FFRSP**

Fédération Française  
des Réseaux de Santé en Périnatalité

**Indicateurs de santé périnatale  
communs aux Réseaux de santé en périnatalité**

**Grille de recueil pour l'année 2013**

**Nom du Réseau :**

### Modalités de recueil

Nom du référent pour le recueil d'indicateurs : .....

Indiquer la source de données utilisée pour chaque indicateur :

1. Accouchements multiples	
2. Age maternel	
3. Prématurité	
4. Faible poids de naissance	
5. Mortinatalité	
6. Mortalité néonatale	
7. Mortalité périnatale	
8. Mode d'accouchement	
9. Conformité du lieu de naissance des nouveau-nés nés (naissance dans le « bon niveau » ou « in born »)	
10. Hémorragies du post-partum : actes marqueurs	
11. Transferts maternels (TIU et TPP)	
12. Transferts néonataux	
13. Présentation du nouveau-né	

Effectuez-vous des contrôles-qualité sur les données recueillies ?      Oui       Non

Si oui, transmettre la liste des contrôles dans un document séparé.

Si vous utilisez le PMSI, quelles sont vos modalités de sélection des séjours ? :

Sélection des accouchements :

Sélection des naissances :

## Données 2013 : Informations générales

Ces données permettent le calcul des différents taux. Elles interviennent au dénominateur dans les formules permettant ces calculs.

Critères	Nombre
Nombre d'accouchements totaux.....	
Nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés).....	
Dont : Nombre de singletons (naissances totales) .....	
Nombre de naissances totales multiples (jumeaux et plus).....	
<i>Données manquantes</i> .....	
Nombre de naissances vivantes .....	
Dont : Nombre de singletons (naissances vivantes).....	
Nombre de naissances vivantes multiples .....	

Les données ci-dessus sont répétées dans les tableaux des pages suivantes pour qu'il n'y ait aucune incertitude sur les méthodes de calcul des indicateurs.

**Les lignes apparaissant en grisé sont des calculs qui sont automatisés dans la saisie EPIDATA. Pour 2013, les taux sont établis sur les accouchements totaux ou les naissances totales en tenant compte des données manquantes (au dénominateur) pour l'indicateur en question.**

## Indicateur n°1 : Accouchements multiples

### Définition, mode de calcul

- ✓ Nombre de femmes accouchant à l'issue d'une grossesse multiple sur le nombre total de femmes accouchant d'un nouveau-né vivant ou mort-né.
- ✓ Dénominateur : accouchements totaux (quelle que soit l'issue)
- ✓ Numérateur : accouchements avec deux fœtus, accouchements avec plus de deux fœtus

### Tableau

Critères	Valeur
<i>Nombre d'accouchements totaux (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre de femmes accouchant à l'issue d'une grossesse multiple	
Grossesses gémellaires.....	
Grossesses multiples plus que gémellaires .....	
Taux d'accouchements multiples .....	
Taux d'accouchements gémellaires .....	
Taux d'accouchements multiples, plus que gémellaires.....	

### Identification, mode de calcul pour le PMSI (séjour mère)

- ✓ Grossesses uniques : au moins l'un des codes suivants : Z37.0, Z37.10, Z37.11 ou Z37.1+ (pour préciser les extensions sur les mort-nés)
- ✓ Grossesses gémellaires : au moins l'un des codes suivants : Z37.2, Z37.30, Z37.31, Z37.40, Z37.41
- ✓ Grossesses multiples (« plus que gémellaires ») : au moins l'un des codes suivants : Z37.5, Z37.60, Z37.61, Z37.70, Z37.71

### Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS

#### Euro-Peristat [1] : C7. Multiple maternity rate by number of fetuses:

The number of women in a multiple gestation pregnancy at delivery as a proportion of all women delivering live or stillborn babies by number of fetuses.

#### INSERM/InVS [2] : Taux de grossesses multiples (E7) :

Le nombre de grossesses multiples par rapport au nombre total de grossesses dans un lieu donné et à un moment donné.

Justification : Par rapport aux grossesses simples, les grossesses multiples sont à risque élevé d'accouchement très prématuré, de retard de croissance et de décès dans la période périnatale. Le recours plus fréquent aux différentes techniques de traitement de l'infertilité a favorisé l'augmentation du nombre de grossesses multiples. Par ailleurs, les grossesses multiples sont plus fréquentes lorsque l'âge maternel augmente.

Limites : Dans les recueils de données enregistrant les naissances vivantes, il est important de vérifier comment sont codées les naissances multiples.

## Indicateur n°2 : Age maternel

### Définition, mode de calcul

- ✓ Distribution de l'âge des mères à l'accouchement d'un enfant vivant ou mort-né.
- ✓ Dénominateur : accouchements totaux (quelle que soit l'issue)
- ✓ Unité : années.
- ✓ Moyenne et écart-type, médiane, espace inter-quartiles (q1 - q3).
- ✓ Classes : classes d'âge : <15, 15-17, 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50+ ;  
permettant de sélectionner des seuils marqueurs : < 20 ans, ≥ 35 ans

### Tableau

Critères	Valeur
<i>Nombre d'accouchements totaux (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Moyenne de l'âge maternel à l'accouchement (écart-type) .....	
Médiane de l'âge maternel à l'accouchement .....	
Nombre de mères dans chaque classe d'âge :	
< 15 ans .....	
[15-17 ans [ .....	
[18-19 ans [ .....	
[20-24 ans [ .....	
[25-29 ans [ .....	
[30-34 ans [ .....	
[35-39 ans [ .....	
[40-44 ans [ .....	
[45-49 ans [ .....	
Taux de mères < 20 ans .....	
Taux de mères ≥ 35 ans .....	

### Identification, mode de calcul pour le PMSI (séjour mère) :

Age vrai calculé en années non arrondi.

- ✓ = (Date d'accouchement – date de naissance de la mère) / 365.25 en années entières (équivalent à l'âge à l'anniversaire)
- ✓ Un résultat donnant avec deux décimales 25.91 (25 ans et 11 mois) par exemple est noté 25 ans.

### Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS

#### Euro-Peristat [1] : C8. Distribution of maternal age :

Distribution of age in years at delivery for women delivering a live or stillbirth. Recommended presentation, as follows:

<15, 15-17, 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50+

**INSERM/InVS [2] : Distribution de l'âge maternel (E8)**

La répartition de l'âge maternel à la naissance, en année, pour les femmes accouchant d'un enfant vivant ou d'un mort-né en un lieu donné et à un moment donné.

La présentation recommandée par Peristat est la suivante : 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 puis 45 ans et plus. Les indicateurs associés sont les proportions de naissances vivantes chez les mères adolescentes ou les mères âgées.

Justification : Précoce comme tardive, une grossesse est associée à une augmentation du taux de prématurité, des retards de croissance et de la mortalité en période périnatale. La distribution de l'âge maternel doit être prise en considération quand on réalise des comparaisons, notamment entre pays européens. De plus, l'évolution dans le temps de cet indicateur doit être surveillée de façon à y adapter correctement le système de soins.

Limites : Certains recueils se basent sur l'année de naissance de la mère et pas sur l'âge maternel à l'accouchement. Cela crée des biais significatifs notamment pour les groupes les plus jeunes et les plus âgés.

## Indicateur n°3 : Prématurité

### Définition, mode de calcul

- ✓ Le nombre de naissances prématurées (nouveau-nés vivants et mort-nés) ramené au nombre total de naissances (vivantes et mort-nés).
- ✓ Dénominateur : naissances totales, naissances vivantes
- ✓ Classe d'âge gestationnel :
  - 22 à 24 semaines de gestation : prématurissimes
  - 25 à 27 SA : très grands prématurés ;
  - 28 à 31 semaines de gestation : grands prématurés ;
  - 32 à 36 semaines de gestation : prématurés.
- ✓ Sous-groupes : nouveau-nés vivants, jumeaux et plus

### Tableaux :

Critères	Valeur
<i>Nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés) (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre de naissances totales par classe d'AG : AG [22 à 24 SA] ..... AG [25 à 27 SA] ..... AG [28 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] .....	
Taux de prématurité, pour les naissances totales : AG [22 à 24 SA] ..... AG [25 à 27 SA] ..... AG [28 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] .....	
<i>Nombre de naissances vivantes (sans les manquants pour cet indicateur) ....</i>	
Nombre de naissances vivantes par classe d'AG : AG [22 à 24 SA] ..... AG [25 à 27 SA] ..... AG [28 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] .....	
Taux de prématurité, pour les naissances vivantes : AG [22 à 24 SA] ..... AG [25 à 27 SA] ..... AG [28 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] .....	

Critères	Valeur
<i>Nombre de singletons (naissances vivantes) (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre par classe d'AG : AG [22 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] .....	
Taux de prématurité, pour les singletons (naissances vivantes) : AG [22 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] .....	
<i>Nombre de naissances vivantes multiples (jumeaux et plus) (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre par classe d'AG : AG [22 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] .....	
Taux de prématurité, pour les naissances vivantes multiples (jumeaux et plus) : AG [22 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] .....	

**Identification, mode de calcul pour le PMSI (séjour nouveau-nés) :**

- ✓ Variable âge gestationnel du RUM
- ✓ Durée de grossesse en semaines d'aménorrhée en semaines révolues (par exemple, 35 SA + 5 jours est noté 35 SA)

**Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS**

**Euro-Peristat [1] : C5. Distribution of gestational age by vital status and plurality:**

Number of live births and fetal deaths at each completed week of gestation (starting from 22 weeks) expressed as a proportion of all live and stillbirths for singletons and multiples.

Gestational age is defined as the best obstetrical estimate.

This distribution is presented, as follows:

22-36 weeks of gestation (preterm births)

37-41 weeks (term births)

41+ weeks (post-term births)

Preterm births can also be presented as:

22-27 weeks (extremely preterm)

28-31 weeks (very preterm)

32-36 weeks (moderately preterm)

**INSERM/InVS [2] : Distribution des âges gestationnels (E5)**

Le nombre de naissances vivantes et de décès à chaque semaine de gestation (en débutant à 22 semaines) par rapport au nombre total de naissances (vivantes et mort-nés) dans un lieu donné et à un moment donné.

La distribution est présentée comme suit :

- 22 à 36 semaines de gestation (naissance prématurée),
- 37 à 41 semaines de gestation (naissance à terme),
- 41 semaines de gestation et plus (naissance "post-terme").

Les naissances prématurées peuvent être subdivisées en :

- 22 à 27 semaines de gestation : très grand prématuré, comprenant de 22 à 25 semaines de gestation, l'extrême prématurité,
- 28 à 31 semaines de gestation : grand prématuré,
- 32 à 36 semaines de gestation : prématuré.

Justification : On considère la prématurité comme un des plus importants déterminants de la mortalité périnatale et infantile, et sa prévention comme un enjeu de santé publique important. La prématurité est une complication majeure de la grossesse et le principal facteur associé à la morbidité et la mortalité de la période périnatale. La morbidité néonatale et/ou infantile associée aux naissances d'enfants prématurés comprend des troubles neurologiques du développement, des troubles respiratoires chroniques, des pathologies infectieuses... Chez les prématurés qui grandissent, les taux de déficience, d'incapacité et de handicap sont sensiblement plus élevés que chez les enfants nés à terme. Le taux de prématurité est entre 7 à 10 fois plus élevé pour les naissances multiples que pour les naissances simples. De plus, le coût des soins de santé associés à la prématurité est élevé. La post-maturité est également associée à des problèmes de santé au cours de la période périnatale.

Limites : Les données sur la distribution de l'âge gestationnel sont souvent fournies pour le nombre total de naissances, pour le nombre de naissances vivantes et pour le nombre de naissances vivantes simples uniquement. Les données sur l'âge gestationnel sont fondées sur les meilleures estimations obstétricales, combinant des données cliniques et échographiques. Parallèlement, il est nécessaire d'améliorer et d'harmoniser la qualité du "remplissage" du certificat de santé dit du 8e jour.

## Indicateur n°4 : Faible poids de naissance

### Définition, mode de calcul

- ✓ Le nombre de naissances d'enfants de faible poids de naissance (nouveau-nés vivants et mort-nés) ramené au nombre total de naissances (vivantes et mort-nés), issues d'accouchements uniques ou multiples.
- ✓ Dénominateurs : naissances totales
- ✓ Classes :
  - PN < 2500 grammes : faible poids de naissance ;
  - PN < 1500 grammes : très faible poids de naissance.

### Tableau

Critères	Valeur
Nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés) (sans les manquants pour cet indicateur) .....	
Nombre par classe de poids de naissance :	
PN < 1500 g .....	
PN de 1 500 à 2 499 g .....	
Taux de faibles poids de naissance, pour les naissances totales (vivantes et mort-nés)	
PN < 1500 g .....	
PN de 1 500 à 2 499 g.....	

### Identification, mode de calcul pour le PMSI (séjour nouveau-nés) :

- ✓ Variable poids de naissance du RUM (poids à l'entrée sur le RUM ou le RSA du séjour de naissance)
- ✓ Recueil du poids de naissance en grammes sans décimales, sans arrondis ni « attraction » vers des seuils « ronds ».

### Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS

#### Euro-Peristat [1] : C4. Distribution of birth weight by vital status, gestational age, plurality :

Number of births within each 500g weight interval expressed as a proportion of all live and stillbirths calculated by gestational age and vital status at birth for singletons and multiples.

#### INSERM/InVS [2] : Distribution des poids de naissance (E4)

Le nombre de naissances pour chaque intervalle de 500 g par rapport au nombre total de naissances (vivantes et mort-nés) en un lieu donné et à un moment donné.

On peut définir comme indicateur complémentaire le taux d'hypotrophie foetale :

Le taux d'hypotrophie foetale est le nombre de naissances d'enfants (vivants et mort-nés) dont le poids à la naissance se situe au-dessous du seuil donné, par rapport au nombre total de naissances d'enfants (vivants et mort-nés) dans un lieu donné et à un moment donné. A la naissance, un enfant est considéré comme hypotrophique si son poids de naissance est inférieur à un seuil fixé en fonction de la durée de la gestation : en général, ce seuil est le 10e percentile de la distribution du poids de naissance pour la durée de la gestation dans une population de référence.

Puisqu'il est difficile de mesurer la croissance du fœtus dans l'utérus, on a surtout recours au poids à la naissance selon l'âge gestationnel pour établir le degré de croissance foetale.

Justification : Analysée selon l'âge gestationnel, la distribution des poids de naissance fournit un indicateur des retards de croissance et de l'hypotrophie foetale. Ce sont des complications majeures de la grossesse qui sont liées à des risques plus élevés de décès et qui peuvent influencer péjorativement sur l'état de santé et le développement des enfants à long terme. Hypotrophie foetale et retard de croissance sont liés aux comportements à risque pendant la grossesse, notamment à la consommation de tabac. La surveillance de ces indicateurs peut s'avérer utile pour repérer les populations à risque, et pour évaluer l'efficacité des actions de santé publique visant à en réduire les risques pendant la grossesse.

Limites : Comme le poids à la naissance pour l'âge gestationnel n'est pas une mesure directe de la croissance dans l'utérus, il faut être prudent lorsqu'on tente d'interpréter cet indicateur.

## Indicateur n°5 : Mortinatalité totale (MTN)

### Définition, mode de calcul

Le codage des mort-nés semble plus fiable à partir des séjours pour accouchements (Z37..) (en lieu et place des séjours pour nouveau-nés). Cependant, ce mode de calcul ne correspond pas aux naissances (sauf à recalculer en cas d'accouchements de jumeaux ou plus). Malgré tout, pour l'année 2013, la FFRSP demande à garder le principe de la MTN à partir des accouchements pour ceux qui utilisent le PMSI.

On distinguera dans la MTN les accouchements avec IMG, et les accouchements avec morts fœtales spontanées (appelées ici MFIU spontanées).

- ✓ Accouchements avec morts fœtales à partir de 22 semaines d'aménorrhée et/ou 500 grammes ramené au nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés).
- ✓ Sont comptées dans la MTN :
  - Les interruptions médicales de grossesse (IMG) après 22 SA et/ou 500 grammes ;
  - Les morts fœtales in utero (MFIU spontanées) après 22 SA et/ou 500 grammes.
- ✓ Sont exclus : les décès survenant en dehors d'une hospitalisation en raison de leur méconnaissance par les RSP
- ✓ Dénominateur : accouchements
- ✓ Numérateur (à partir du fichier PMSI des naissances) : accouchements avec fœtus mort-nés n'ayant aucun signe de viabilité ni de vie, n'ayant pas respiré : un enfant né sans vie ne présente aucun signe de vie après extraction du corps de la mère (ni battement cardiaque, ni gasps, ni de mouvements respiratoires, etc.).
- ✓ Sous-groupes :
  - Selon de le type de mort-né (IMG ou MFIU spontanée)
  - Selon l'âge gestationnel
  - Selon le poids de naissance → à voir selon la disponibilité du PN dans les séjours accouchements, sinon passer au séjour des nouveau-nés ?
  - Selon la pluralité.

Tableau

Critères	Valeur
<i>Nombre d'accouchements (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre d'accouchements avec MTN : Nombre d'accouchements avec IMG..... Nombre d'accouchements avec MFIU spontanées .....	
Nombre d'accouchements de MTN selon l'âge gestationnel : AG [22 à 24 SA] ..... AG [25 à 27 SA] ..... AG [28 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] ..... AG > 36 SA.....	
Nombre d'accouchements de MTN selon le poids de naissance (si manque des PN dans les séjours accouchement, voir le nombre de naissances / PN) : PN < 1500 grammes ..... PN de 1500-2499 grammes ..... PN ≥ 2500 grammes .....	
Taux de mortinatalité : Totale MTN..... Provoquée (IMG) ..... Spontanée (MFIU spontanées) ..... AG [22 à 24 SA] ..... AG [25 à 27 SA] ..... AG [28 à 31 SA] ..... AG [32 à 36 SA] ..... AG > 36 SA .....	
<i>Nombre de singletons (naissances totales) (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i> <i>Nombre de naissances totales multiples (jumeaux et plus) (rappel si besoin) .....</i>	
Nombre d'accouchements de MTN selon la pluralité : Parmi les singletons (naissances totales) ..... Parmi les naissances totales multiples (jumeaux et plus).....	
Taux de MTN : Pour les singletons ..... Pour les naissances totales multiples (jumeaux et plus) .....	

**Identification, mode de calcul PMSI** (Note : voir instruction du 26 octobre 2011 [5])

- ✓ Pour l'indicateur basé sur les accouchements : recherche des codes suivant dans le RUM de la mère : Z37.10, Z37.30, Z37.40, Z37.60, Z37.70 pour les mort-nés et Z37.11, Z37.31, Z37.41, Z37.61, Z37.71 pour les IMG.
- ✓ Pour l'indicateur basé sur les naissances (à voir pour les autres années ou selon le poids de naissance) : Recherche du code P95 pour la MFIU, et P964 pour les IMG dans le RUM de l'enfant.

**Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS**

**Euro-Peristat [1] : C1. Fetal mortality rate by gestational age, birth weight, plurality :**

The number of fetal deaths at or after 22 completed weeks of gestation in a given year per 1000 live and stillbirths in the same year calculated by gestational age, birth weight and plurality. Fetal deaths are differentiated by whether they are spontaneous fetal deaths or result from a termination of pregnancy.

**Document INSERM/InVS [2] : Taux de mortinatalité (E1)**

Le taux de mortinatalité est le nombre d'enfants décédés de 22 semaines d'aménorrhée à la naissance pour 1000 naissances totales (vivantes et mort-nés) dans un lieu donné et à un moment donné.

Justification : Au cours de la période périnatale, la moitié des décès est représentée par la mortinatalité.

Lorsque ce taux est analysé selon l'âge gestationnel et le poids de naissance, il fournit des informations sur la mortalité évitable et la qualité du système de soins périnataux.

Limites : Le taux de mortinatalité est très sensible à la sous-estimation des petits âges gestationnels. Afin d'obtenir des indicateurs comparables lorsque les recueils divergent, il est nécessaire de calculer le taux selon l'âge gestationnel et selon le poids de naissance.

## Indicateur n°6 : Mortalité néonatale précoce hospitalière (< 7 jours)

### Définition, mode de calcul

- ✓ Nombre de décès de 0 à 6 jours de vie, survenus en milieu hospitalier, ramené au nombre de naissances vivantes.
- ✓ Sont exclus : les décès survenant en dehors d'une hospitalisation qui ne sont pas en général connus des RSP.
- ✓ Dénominateur : naissances vivantes
- ✓ Sous-groupes : selon l'âge gestationnel, le poids de naissance, le nombre de foetus.

### Tableau

Critères	Valeur
<i>Nombre de naissances vivantes (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre de décès néonataux précoces ([0-6 jours de vie]) :	
Décès néonataux précoces ([0-6 jours de vie]) par classe d'AG :	
AG [22 à 24 SA] .....	
AG [25 à 27 SA] .....	
AG [28 à 31 SA] .....	
AG [32 à 36 SA] .....	
AG > 36 SA .....	
Décès néonataux précoces selon le poids de naissance :	
PN < 1500 grammes .....	
PN de 1 500-2 499 grammes .....	
PN ≥ 2500 grammes .....	
Taux de mortalité néonatale précoce ([0-6 jours de vie])	
Taux global .....	
AG [22 à 24 SA] .....	
AG [25 à 27 SA] .....	
AG [28 à 31 SA] .....	
AG [32 à 36 SA] .....	
AG > 36 SA .....	
PN < 1500 grammes .....	
PN de 1 500 à 2 499 grammes .....	
PN ≥ 2500 grammes .....	

Nombre de singletons (naissances vivantes) (sans les manquants pour cet indicateur) .....	
Nombre de naissances vivantes multiples (jumeaux et plus) (sans les manquants pour cet indicateur) .....	
Nombre de MFIU selon la pluralité :	
Parmi les singletons (naissances vivantes).....	
Parmi les naissances vivantes multiples (jumeaux et plus) .....	
Taux de mortalité :	
Pour les singletons .....	
Pour les naissances vivantes multiples (jumeaux et plus).....	

#### Identification, mode de calcul PMSI

- ✓ Recherche du code P95 dans le RUM de l'enfant.
- ✓ Et age < 7 : calcul de l'âge au décès dans le PMSI = durée de séjour avec décès (mode de sortie égal à 9 et durée du séjour de naissance inférieure à 7).

#### Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS

##### Euro-Peristat [1] : C2. Neonatal mortality rate by gestational age, birth weight, plurality :

The number of neonatal deaths (day 0 through 27) after live birth in a given year per 1000 live births in the same year calculated by gestational age, birth weight and plurality. This rate is presented for all births at or after 22 completed weeks of gestation. This rate is sub-divided by timing of death into early neonatal deaths (0-6 days of life) and late neonatal deaths (7-27 days).

##### INSERM/InVS [2] : Taux de mortalité néonatale (E2)

Le taux de mortalité néonatale est le rapport du nombre d'enfants décédés avant 28 jours pour 1 000 naissances vivantes dans un lieu donné et à un moment donné.

Ce taux est subdivisé en : taux de mortalité néonatale précoce (0 à 6 jours) et taux de mortalité néonatale tardif (7 à 27 jours).

Justification : Le taux de mortalité néonatale est une mesure sensible de la santé au cours de la période périnatale. Lorsque ce taux est analysé selon l'âge gestationnel et le poids de naissance, il fournit une bonne mesure des résultats et est associé aux soins néonataux précoces.

Limites : Les comparaisons des taux de mortalité néonatale doivent être combinées à une analyse de la mortalité, car il est vraisemblable que des décès néonataux précoces soient enregistrés comme des décès fœtaux. Certains systèmes de recueil de données imposent 500 grammes comme limite inférieure à l'enregistrement du poids de naissance, cela peut créer un biais lorsque l'on compare les taux de mortalité néonatale pour les petits âges gestationnels.

## PMSI

On dispose de l'âge en jours à l'entrée et de la durée de séjour. Dans ces conditions, la sélection à partir du mode de sortie = 9 pour le décès doit être faite avec délai = (âge en jours + durée de séjour) < 7

## Indicateur n°7 : Mortalité périnatale

### Définition, mode de calcul

- ✓ Nombre de morts fœtales in utero (MFIU) de 22 semaines d'aménorrhée et/ou 500 grammes plus les décès de 0 à 6 jours de vie ramené au nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés). La mortalité périnatale regroupe la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce.
- ✓ Sont comptées :
  - Les interruptions médicales de grossesse (IMG) après 22 SA et/ou 500 grammes ;
  - Les MFIU spontanées après 22 SA et/ou 500 grammes ;
  - Les décès de 0 à 6 jours de vie, survenus en milieu hospitalier.
- ✓ Sont exclus : les décès survenant en dehors d'une hospitalisation
- ✓ Dénominateur : naissances totales.
- ✓ Sous-groupes : selon l'âge gestationnel, le poids de naissance, la pluralité.

### Tableau

**Numérateurs : voir mortinatalité et mortalité néonatale précoce. Résultats déduits des indicateurs n°5 et 6**

Critères	Valeur
Taux de mortalité périnatale :	
Taux global .....	
AG [22 à 24 SA] .....	
AG [25 à 27 SA] .....	
AG [28 à 31 SA] .....	
AG [32 à 36 SA] .....	
AG > 36 SA.....	
PN < 1500 grammes .....	
PN [1500-2500 grammes[ .....	
PN ≥ 2500 grammes .....	
Pour les singletons .....	
Pour les naissances totales multiples (jumeaux et plus)	

## Indicateur n°8 : Mode d'accouchement

### Définition, mode de calcul

- ✓ Répartition du mode d'accouchement pour les femmes accouchant d'un enfant vivant ou d'un mort-né.
- ✓ Dénominateur : pour 100 accouchements
  - ✓ Numérateur : voie basse spontanée, voie basse instrumentale (forceps, spatule...), césarienne (CS) programmée, césarienne pendant le travail ou en urgence.
- ✓ Sous-groupes : à terme :  $\geq 37$  SA
- ✓ Limites : proportions calculées sur les accouchements : en cas de naissances gémellaires ou plus avec des actes différents (voie basse pour J1 et césarienne pour J2 par exemple), le numérateur ne correspond pas tout à fait au dénominateur.

### Tableau

Critères	Valeur
<i>Nombre d'accouchements totaux (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre de :	
Voie basses spontanées .....	
Voies basses instrumentales.....	
Césariennes programmées .....	
Césariennes en urgence ou pendant le travail .....	
Taux de voies basses spontanées.....	
Taux de voies basses instrumentales .....	
Taux de césariennes programmées.....	
Taux de césariennes en urgence ou pendant le travail .....	
<i>Nombre accouchements à terme (<math>\geq 37</math> SA) (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre de :	
Voie basses spontanées à terme ( $\geq 37$ SA) .....	
Voies basses instrumentales à terme ( $\geq 37$ SA).....	
Césariennes programmées à terme ( $\geq 37$ SA) .....	
Césariennes en urgence ou pendant le travail à terme ( $\geq 37$ SA).....	
Taux de voie basses spontanées à terme ( $\geq 37$ SA).....	
Taux de voies basses instrumentales à terme ( $\geq 37$ SA) .....	
Taux de césariennes programmées à terme ( $\geq 37$ SA).....	
Taux de césariennes en urgence ou pendant le travail à terme ( $\geq 37$ SA) .....	

**Identification, mode de calcul PMSI (séjour des mères)**

- ✓ Pour les accouchements par césarienne : césariennes programmées : JQGA002. CS en cours de travail : JQGA003. CS en urgence en dehors du travail : JQGA004.
- ✓ pour les accouchements par voie basse : JQGD001, JQGD002, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD10, JQGD012, JQGD013
- ✓ pour les extractions instrumentales : JQGD006, JQGD009, JQGD011

**Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS****Euro-Peristat [1] : C10. Mode of delivery by parity, plurality, presentation of the fetus, previous caesarean section and gestational age**

For a population of women and year: the number of births associated with each of the following modes:

- Vaginal, non instrumental
- Vaginal: forceps
- Vaginal: ventouse
- Vaginal (other, Thierry's spatula, etc..)
- Caesarean: before or at onset of labour/elective
- Caesarean: during labour/emergency

as a proportion of all still and live births. Computed by parity, plurality, presentation and previous caesarean section and gestational age (22-27, 28-31, 32-36, 37, 38, 39, 40, 41, 42+)

**INSERM/InVS [2] : Distribution des naissances selon le mode d'accouchement (E10)**

La répartition des naissances selon le mode d'accouchement pour les femmes accouchant d'un enfant vivant ou d'un mort-né, en un lieu donné et à un moment donné.

Les différents modes sont : l'accouchement spontané par voie basse, l'accouchement assisté (ventouse, forceps) par voie basse, la césarienne réalisée avant le début du travail et la césarienne réalisée pendant le travail.

Justification : Pour la très grande majorité des femmes, la grossesse ainsi que l'accouchement sont des événements qui se déroulent sans complication et qui ne requièrent qu'un simple recours à la sage-femme ou au médecin sans intervention plus importante. Aujourd'hui, un des défis de l'obstétrique est d'exploiter les nouvelles technologies sans pour autant surmédicaliser la grossesse et la naissance. L'intervention médicale pendant l'accouchement peut être un indicateur de la médicalisation de la naissance.

Limites : Des approches telles que l'intervention médicale sur les femmes primipares ou sur les enfants en présentation céphalique, permettent d'affiner encore cet indicateur. Ces analyses facilitent la surveillance de pratiques spécifiques telles que l'utilisation de la césarienne pour les présentations par le siège, les accouchements de jumeaux et pour les femmes ayant un utérus cicatriciel.

## Indicateur n°9 : Conformité du lieu d'accouchement selon le type de maternités

### Définition, mode de calcul

- ✓ Rapport de nombre d'enfants vivants, selon une limite d'AG ou de poids de naissance donné, naissant dans une maternité de type 3, sur le nombre d'enfants avec le même seuil d'AG ou de poids de naissance.
- ✓ Chaque RSP a dû établir cette limite d'AG (le plus souvent AG < 32 SA) ou utiliser d'autres critères (exemple le PN < 1 500 g ou < 1 200 g par exemple en plus de la limite de l'AG avec un « OU » ou un « ET »).
- ✓ Dénominateur : naissances vivantes
- ✓ Numérateur : nouveau-nés nés dans une maternité de type 3 avec les mêmes seuils

### Tableau

Critères	Valeur
Quelles sont les limites d'admission en type 3 (liste de choix) ? <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ AG : Généralement <input type="checkbox"/> 1. &lt; 33 SA    <input type="checkbox"/> 2. &lt; 32 SA  <input type="checkbox"/> 3. &lt; 31 SA    <input type="checkbox"/> 4. Cela dépend des services  <input type="checkbox"/> 5. Cela dépend d'autres critères</li> <li>✓ PN : Généralement <input type="checkbox"/> 1. &lt; 1500 g    <input type="checkbox"/> 2. &lt; 1300 g  <input type="checkbox"/> 3. &lt; 1200 g    <input type="checkbox"/> 4. Cela dépend des services  <input type="checkbox"/> 5. Cela dépend d'autres critères</li> <li>✓ <input type="checkbox"/> Un mélange d'AG et de PN</li> </ul>	
Nombre d'accouchements (avec enfants vivants) : AG < 32 SA.....	
Nombre de nouveau-nés (naissances vivantes) : PN < 1500 grammes	
Nombre d'accouchements (avec enfants vivants) qui ont eu lieu <b>en type 3</b> : AG < 32 SA.....	
Nombre de nouveau-nés (naissances vivantes) <b>nés en type 3</b> : PN < 1500 grammes .....	
Taux de in-born en type 3 : AG < 32 SA..... PN < 1500 grammes ..... Autre seuil éventuel, spécifique au réseau .....	

**Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS**

**Euro-Peristat [2] : R17. Percentage of very preterm babies delivered in units without a NICU**

The percentage of preterm live and stillbirths less than 32 completed weeks of gestation that are born in a maternity unit without an on-site neonatal intensive care unit. The place of birth of very preterm birth should be presented by level of neonatal intensive care unit using local official or, if no official definitions exist, unofficial definitions with the units without a NICU highlighted.

**INSERM/InVS [1] :** Proportion des naissances très prématurées survenues dans une maternité ne possédant pas un service de réanimation néonatale (R7)

## Indicateur n°10 : Hémorragies du post-partum

### Définition, mode de calcul

- ✓ Définitions cliniques générales : HPP = perte de sang > 500 mL en cas de VB, > 1000 mL en cas de césarienne,
- ✓ Définitions spécifiques :
  - HPP graves > 1 500 mL, ou HPP nécessitant au moins x (2 à 4) culots globulaires ;
  - HPP sévères : HPP avec au moins un des marqueurs suivants : transfusion > ½ masse sanguine, embolisation artérielle, ou ligatures vasculaires, ou hystérectomie d'hémostase.
- ✓ Dénominateurs : nombre d'accouchements
- ✓ Numérateurs : nombre des gestes curatifs majeurs de prise en charge de l'hémorragie
  - Actes chirurgicaux par laparotomie
    - Traitements conservateurs : ligatures, autres traitements (plicatures diverses)
    - Hystérectomies
  - Embolisation artérielle
- ✓ A noter : ces gestes peuvent être répétés sur les mêmes femmes
- ✓ Sous-groupes : selon le mode d'accouchement : à la suite de VB ou de CS

### Tableaux

Critères	Valeur
<i>Nombre d'accouchements totaux (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre de :	
HPP .....	
HPP sévères .....	
HPP avec transfusion > ½ masse sanguine .....	
Ligatures vasculaires pour HPP .....	
Hystérectomies pour HPP .....	
Embolisations pour HPP .....	
Taux :	
HPP .....	
HPP sévères .....	
HPP avec transfusion > ½ masse sanguine .....	
Ligatures vasculaires pour HPP/ HPP .....	
Hystérectomies pour HPP / HPP .....	
Embolisations pour HPP /HPP .....	

Critères	Valeur
----------	--------

<i>Nombre d'accouchements par voie basse (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Voies basses, nombre de : HPP ..... HPP sévères ..... HPP avec transfusion > ½ masse sanguine ..... Ligatures vasculaires pour HPP ..... Hystérectomies pour HPP ..... Embolisations pour HPP .....	
Taux pour les voies basses : HPP ..... HPP sévères ..... HPP avec transfusion > ½ masse sanguine ..... Ligatures vasculaires pour HPP/ HPP VB ..... Hystérectomies pour HPP / HPP VB ..... Embolisations pour HPP /HPP VB .....	
<i>Nombre d'accouchements par césarienne (sans les manquants pour cet indicateur) .....</i>	
Césariennes, nombre de : HPP ..... HPP sévères ..... HPP avec transfusion > ½ masse sanguine ..... Ligatures vasculaires pour HPP ..... Hystérectomies pour HPP ..... Embolisations pour HPP .....	
Taux pour les césariennes : HPP ..... HPP sévères ..... HPP avec transfusion > ½ masse sanguine ..... Ligatures vasculaires pour HPP /HPP CS ..... Hystérectomies pour HPP / HPP CS ..... Embolisations pour HPP /HPP CS .....	

**Codages PMSI (séjour des mères)**

- ✓ Hémorragie du post-partum : O72.0, O72.1, O72.2, O72.3
- ✓ Transfusion > ½ masse sanguine : FELF005
- ✓ Ligature des artères utérines ou autres : EDSA002 et ELSA002

- ✓ Tamponnement utérin : JNBD002
- ✓ Hystérectomie : JKFA015 (par laparotomie) et JNFA001 (spécifiques des hystérectomies comme traitement d'une hémorragie du postpartum)
- ✓ Embolisation : EDSF011.

#### **Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS**

##### **Euro-Peristat [2] : R6. Prevalence of severe maternal morbidity**

Definition: Severe Maternal Morbidity: Severe acute morbidity resulting during pregnancy, delivery or the puerperium period (<42 days) as a proportion of all women delivering live or stillborn births: Eclampsia (includes convulsion following specified or unspecified hypertensive disorders (that are not due to unknown epilepsy) during pregnancy, delivery or the puerperium. Corresponds to ICD-10 code O150). Hysterectomy (surgical remove of the uterus (partial or total, body and/or cervix) for stopping the untreatable post partum haemorrhage) or embolisation (the process by which a blood vessel is obstructed by the lodgement of a material mass (or an embolus) to stop severe obstetric haemorrhage). Blood transfusion (all acts or processes of transferring blood into the vein, including transfusion of red blood cells, platelets (thrombocytes) and fresh frozen plasma). Collected by units of blood (3 units or more, 5 units or more, other amount, no units specified) ICU >24 hours (admission during pregnancy, delivery or the puerperium to any facility or unit providing intensive or acute care or resuscitation-whether inside or outside of the maternity unit- for greater than 24 hours).

##### **INSERM/InVS [1] : Prévalence de la morbidité maternelle sévère (D4)**

Le nombre de femmes ayant présenté une combinaison des conditions suivantes par rapport au nombre total de naissances (vivantes et mort-nés), en un lieu donné et à un moment donné : - crise d'éclampsie ; - chirurgie (autre que ligature des trompes ou césarienne) ou embolisation ; - transfusion sanguine ; - séjour en service de soins intensifs pendant plus de 24 heures. Chaque item de cet indicateur pourrait être identifié et quantifié séparément dans les recueils de données. Justification : Cet indicateur composite pourrait caractériser la fréquence des évènements que constituent les urgences obstétricales associées à une morbidité maternelle sévère.

## Indicateur n°11 : Transferts maternels

### Définition, mode de calcul

- ✓ Transfert in utero (TIU) : transfert dans un autre établissement géographiquement différent d'une femme enceinte en cas d'accouchement prévisible dans le but d'améliorer la prise en charge de la mère ou du nouveau-né en raison de complications possibles.
- ✓ Transfert du post-partum (TPP) : transfert d'une femme après son accouchement pour une prise en charge spécifique ou pour rapprochement avec son enfant
- ✓ Limites : transfert d'une femme en dehors d'une hospitalisation dans le service d'amont (transport personnel par exemple). Non recueilli.
- ✓ Dénominateur : nombre d'accouchements
- ✓ Numérateur : TIU : Nombre de femmes transférées d'un établissement (dans lequel elle a été hospitalisée ou non) vers un autre établissement où elle est hospitalisée
- ✓ A note : le TIU ne présage pas de l'issue de l'accouchement : la mère peut ressortir sans avoir accouché.

### Tableau

Critères	Valeur
<b>Nombre d'accouchements de référence si différent du nombre d'accouchements totaux précédemment notifié</b> .....	
<i>(peut être différent des accouchements totaux en cas de sélection de territoire ou de maternités)</i>	
Nombre de femmes avec TIU .....	
Nombre de femmes avec TPP .....	
Taux de TIU .....	
Taux de TPP .....	

### Codages PMSI (séjour des mères)

- ✓ Entrée par transfert, sans séjour d'accouchement : mode de sortie 7, sans code Z37
- ✓ Entrée par transfert, avec séjour d'accouchement : mode de sortie 7, avec code Z37

Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS : Euro-Peristat [2] : non inclus, INSERM/InVS [1] : non inclus

## Indicateur n°12 : Transferts néonataux

### Définition, mode de calcul

- ✓ Transfert en dehors d'une maternité d'un nouveau-né (TNN) vers un service de néonatalogie (type 2A, 2B ou 3) généralement en étant séparé de sa mère.
- ✓ Le transfert vers une unité-kangourou (UK) n'est généralement pas considéré comme un transfert néonatal car la mère l'accompagne ; cependant, si l'UK dépend de la néonatalogie, un séjour y est noté.
- ✓ Dénominateur : nombre de naissances vivantes
- ✓ Numérateur : TNN : nouveau-nés transférés d'un établissement (dans lequel il a été hospitalisé ou non - il peut partir d'une salle d'accouchement) vers un service de néonatalogie d'un autre établissement dans lequel il sera hospitalisé.

### Tableau

Critères	Valeur
<b>Nombre de naissances vivantes de référence si différent du nombre de naissances vivantes précédemment notifié</b> .....	
<i>(peut être différent des accouchements totaux en cas de sélection de territoire ou de maternités)</i>	
Nombre de TNN.....	
Taux de nouveau-nés transférés .....	

### Codages PMSI (séjour des nouveau-nés)

- ✓ Sorties par transfert : mode de sortie 7, et âge < 28 jours

Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS : Euro-Peristat [2] : non inclus, INSERM/InVS [1] : non inclus

## Indicateur n°13 : Présentation du nouveau-né à l'accouchement

### Définition, mode de calcul

- ✓ Modalité de présentation du nouveau-né à l'accouchement : en céphalique, en siège ou en autre modalité.
- ✓ Dénominateur : nombre d'accouchements
- ✓ Numérateur : présentation céphalique ou en siège
- ✓ Sous-groupes : par voie basse, par césarienne (déduction d'un taux de césarienne en cas de siège)

### Tableau

Critères	Valeur
<i>Nombre d'accouchements totaux (sans les manquants pour cet indicateur)</i> .....	
Nombre de : Nouveau-né en présentation céphalique ..... Nouveau-nés en présentation en siège .....	
Taux : Nouveau-né en présentation céphalique ..... Nouveau-nés en présentation en siège .....	
<i>Nombre d'accouchements par voie basse (sans les manquants pour cet indicateur)</i> .....	
Voie basse, nombre de : Nouveau-né en présentation céphalique ..... Nouveau-nés en présentation en siège .....	
Taux pour les voies basses : Nouveau-né en présentation céphalique ..... Nouveau-nés en présentation en siège ..... <i>Nombre de données manquantes</i> .....	
<i>Nombre d'accouchements par césarienne (rappel si besoin)</i> .....	
Césariennes, nombre de : Nouveau-né en présentation céphalique ..... Nouveau-nés en présentation en siège .....	
Taux pour les césariennes : Nouveau-né en présentation céphalique ..... Nouveau-nés en présentation en siège .....	
Taux de césariennes sur le nombre de sièges ..... <i>(taux de nombre de sièges avec césarienne / nombre de sièges</i>	

**Codage PMSI (séjour des mères)**

- ✓ Présentation céphalique : O80.0 ou actes : JQGD006, JQGD009, JQGD010, JQGD012
- ✓ En siège O32.1, O64.1, O80.1, O83.0 et O83.1 ou actes JQGD001, JQGD003, JQGD004, JQGD005, JQGD008, JQGD011, JQGD013

**Définitions Euro-Péristat et INSERM/InVS : Euro-Peristat [2] : non inclus, INSERM/InVS [1] : non inclus**

## ➔ Indicateurs additionnels pour 2013

### Indicateur n°14 : Déchirures périnéales

- **Classification anglaise du PMSI**
  - ✓ O70 : Déchirure obstétricale du périnée (DOP)
  - ✓ O70.0 : DOP du 1<sup>er</sup> degré
  - ✓ O70.1 : DOP du 2<sup>ème</sup> degré
  - ✓ O70.2 : DOP du 3<sup>ème</sup> degré
  - ✓ O70.3 : DOP du 4<sup>ème</sup> degré
  
- **Classification française**
  - ✓ Périnée simple
  - ✓ Périnée complet non compliqué
  - ✓ Périnée complet compliqué
  
- **Passages entre les deux classifications**
  - ✓ Peau et muqueuse vaginale ==> 1<sup>er</sup> OU périnée simple
  - ✓ Idem + muscles périnéaux ==> 1<sup>er</sup> OU périnée simple
  - ✓ Idem + sphincter anal ==> 3<sup>ème</sup> degré ou périnée complet non compliqué
  - ✓ Idem + muqueuse rectale ==> 4<sup>ème</sup> degré ou périnée complet compliqué

**Indicateur pour la déclaration FFRSP :**  
**Périnée complet compliqué ou non (3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> degré)**

Critères	Valeur
<i>Nombre de voies basses (sans les données manquantes pour cet indicateur) .....</i>	
Nombre de :	
Déchirures de 3 <sup>ème</sup> degré.....	
Déchirures de 4 <sup>ème</sup> degré.....	
Taux :	
Déchirures de 3 <sup>ème</sup> degré.....	
Déchirures de 4 <sup>ème</sup> degré.....	
Déchirures de 3 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> degré .....	

- **Voir pour les années à venir à ajouter les codes CCAM de réparation des déchirures**
  - ✓ *JNCA001 : Suture immédiate de déchirure obstétricale du col de l'utérus*
  - ✓ *JMCA002 : Suture immédiate de déchirure obstétricale du vagin, de la vulve et/ou du périnée [périnée simple]*
  - ✓ **JMCA003 : Suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du muscle sphincter externe de l'anus [périnée complet]**
  - ✓ **JMCA001 : Suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du rectum [périnée complet compliqué]**
  - ✓ **JMCA004 : Suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion de la vessie ou de l'urètre**

## ➔ Indicateurs additionnels pour 2013

### Indicateur n° 15 : Allaitement maternel à l'accouchement

- ✓ Allaitement maternel (initiation à l'accouchement) : Z39.1.
- ✓ En cas d'arrêt en maternité, alors qu'un allaitement avait été débuté : codage O92.5

*Autres codages voisins (à ne pas prendre en compte pour la FFRSP)*

- ✓ *Crevasses en O92.1*
- ✓ *Infections mammaires associées à l'accouchement : O91.0 O91.1, et O91.2*
- ✓ *Autres anomalies liées à la lactation : O92 (0 à 4, 6 et 7)*

Critères	Valeur
<i>Nombre d'accouchements (sans données manquantes)</i>	
Nombre de :	
Allaitements maternels débutés (exclusifs ou partiels) .....	
Arrêts d'allaitement alors que l'allaitement a été débuté .....	
Taux de :	
Allaitements maternels débutés (exclusifs ou partiels) .....	
Arrêts d'allaitement alors que l'allaitement a été débuté/	
Allaitements débutés.....	

## Indicateurs optionnels non retenus pour 2013 n°17 et n°18

### Indicateur n°16 : EIA, pH au cordon, adaptation à la vie extra-utérine

Référence [taurus.unine.ch](http://taurus.unine.ch) (Suisse)

<b>P20</b>	<p><b>Hypoxie intra-utérine</b>  <i>pH artériel au cordon <math>\leq 7.00</math></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• acidose - foetale ou intra-utérine</li> <li>• anoxie - foetale ou intra-utérine</li> <li>• asphyxie - foetale ou intra-utérine</li> <li>• détresse - foetale ou intra-utérine</li> <li>• hypoxie - foetale ou intra-utérine</li> <li>• anomalie du rythme cardiaque foetal</li> <li>• émission de méconium</li> <li>• présence de méconium dans le liquide amniotique</li> </ul>
<b>P20.0</b>	<p><b>Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois avant le début du travail</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anoxémie, anoxie (de) foetale avant le début du travail</li> <li>• Asphyxie (due à) foetale, intra-utérine avant le début du travail</li> <li>• Foetus (ou nouveau-né) avec hypoxie intra-utérine avant le début du travail</li> <li>• Foetus (ou nouveau-né) avec souffrance foetale avant le début du travail</li> <li>• Méconium dans le liquide amniotique remarqué avant le début du travail</li> <li>• Mort foetale par asphyxie ou anoxie intra-utérine avant le début du travail</li> <li>• Souffrance foetale avant le début du travail</li> </ul>
<b>P20.1</b>	<p><b>Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois pendant le travail et l'accouchement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anoxémie, anoxie (de) foetale pendant le travail et l'accouchement</li> <li>• Asphyxie (due à) foetale, intra-utérine pendant le travail et l'accouchement</li> <li>• Foetus (ou nouveau-né) avec hypoxie intra-utérine pendant le travail et l'accouchement</li> <li>• Foetus (ou nouveau-né) avec souffrance foetale pendant le travail et l'accouchement</li> <li>• Méconium dans le liquide amniotique remarqué pendant le travail et l'accouchement</li> <li>• Mort foetale par asphyxie ou anoxie intra-utérine pendant le travail et l'accouchement</li> <li>• Souffrance foetale pendant le travail et l'accouchement</li> </ul>
<b>P20.9</b>	<p><b>Hypoxie intra-utérine, sans précision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypoxie intra-utérine</li> <li>• Anoxémie, anoxie (de) foetale</li> <li>• Asphyxie (due à) foetale, intra-utérine</li> <li>• Asphyxie (due à) mécanique pendant la naissance</li> <li>• Détresse foetale ou intra-utérine</li> <li>• Foetus (ou nouveau-né) avec hypoxie intra-utérine</li> <li>• Foetus (ou nouveau-né) avec souffrance foetale</li> <li>• Méconium dans le liquide amniotique</li> <li>• Mort foetale par asphyxie ou anoxie intra-utérine</li> <li>• Rythme (de) cardiaque anormal foetal</li> <li>• Souffrance foetale</li> </ul>

**Indicateurs optionnels non retenus pour 2013 n°17 et n°18****Indicateur n°17 : EIA, pH au cordon, adaptation à la vie extra-utérine (suite)**

<b>P21</b>	<b>Asphyxie obstétricale</b>
<b>P21.0</b>	<b>Asphyxie obstétricale grave</b> Asphyxie avec indice d'Apgar à une minute entre 0 et 3 Asphyxie (due à) obstétricale (nouveau-né) grave (avec Apgar de 0 à 3 à 1 minute) Indice d'Apgar 0-3 à une minute avec asphyxie Score d'Apgar à une minute de 0-3, avec asphyxie
<b>P21.1</b>	<b>Asphyxie obstétricale légère ou modérée</b> Asphyxie avec indice d'Apgar à une minute entre 4 et 7 Asphyxie (due à) obstétricale (nouveau-né) légère (avec Apgar de 4 à 7 à 1 minute) Indice d'Apgar 4-7 à une minute avec asphyxie Score d'Apgar à une minute de 4-7, avec asphyxie
<b>P21.9</b>	<b>Asphyxie obstétricale, sans précision</b> Asphyxie obstétricale Anoxie - SAI Asphyxie - SAI Hypoxie - SAI Asphyxie (due à) obstétricale (nouveau-né) Hypoxie nouveau-né Indice d'Apgar bas NCA avec asphyxie

<b>P90</b>	<b>Convulsions du nouveau-né</b> Accès (de) convulsions du nouveau-né Convulsions (idiopathiques) (de) nouveau-né Crise(s) (de) convulsive nouveau-né
------------	--

<b>P91</b>	<b>Autres affections cérébrales du nouveau-né</b>
P91.0	Ischémie cérébrale néonatale
P91.1	Kystes périventriculaires acquis du nouveau-né
P91.2	Leucomalacie cérébrale néonatale
P91.3	Irritabilité cérébrale du nouveau-né
P91.4	Baisse de l'activité cérébrale du nouveau-né
P91.5	Coma du nouveau-né
<b>P91.6</b>	<b>Encéphalopathie anoxique ischémique*</b>
P91.8	Autres affections cérébrales précisées du nouveau-né
P91.9	Affection cérébrale du nouveau-né, sans précision

\* Ne précise pas le grade (voir référence SARNAT)

**Indicateurs optionnels non retenus pour 2013 n°17 et n°18****Indicateur n°18 : Début de travail**

Il n'y a pas de codage PMSI pour cet item. Peuvent être retenus à partir des dossiers :

- ✓ Déclenchement (par ocytocine, ou par autres moyens) avec ou sans amniotomie ultérieure
- ✓ Maturation par prostaglandines E2 intra-vaginales (dinoprostone [Prepidil, Propess, Prostine), ou par ballonnet
- ✓ Déclenchement + maturation

=====