

Méthodologie

LES RAPPORTS DE L'ARS BRETAGNE

**Comparaison des
données en périnatalité
produites par les
Réseaux de
Santé Périnatale
et de celles fournies
par le PMSI**

Sommaire

1. Contexte	3
2. Objectif	3
3. Indicateurs	3
4. Principaux Résultats	4
4.1 Nombre d'accouchements et nombre de naissances	4
➔ Nombre de naissances.....	4
➔ Nombre d'accouchements	5
➔ Cas particulier des accouchements hors établissement	5
4.2 Indicateurs proposés par la FFRSP	5
➔ Caractéristiques de la mère et du nouveau-né (indicateurs 2, 3 ,4)	5
➔ Indicateurs concernant l'accouchement (indicateurs 1, 8, 13, déclenchements)	6
➔ Indicateurs de mortalité périnatale (indicateurs 5, 6, 7).....	6
➔ Indicateurs concernant les transferts de la mère et du nouveau-né (indicateurs 11 et 12).....	7
➔ Indicateurs concernant la prise en charge et les difficultés liées à l'accouchement (indicateurs 10 et 14, décès maternels)	7
➔ Indicateurs concernant l'allaitement (indicateur 15).....	8
5. Conclusions	8
6. Tableau récapitulatif des écarts constatés	9

Glossaire

AG	Âge Gestationnel, exprimé en Semaines d'Aménorrhée (SA)
AVB	Accouchement par Voie Basse
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CM	Catégorie Majeure
DIM	Département d'Information Médicale
DP	Diagnostic Principal du séjour (PMSI)
FFRSP	Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
HPP	Hémorragie du post-partum
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
MN	Mort-né
NN	Nouveau-né
RSA	Résumé Anonymisé Standardisé
RSP	Réseau de Soins Périnatal
RUM	Résumé d'Unité Médicale
TIU-TPP	Transfert In-Utéro, Transfert Post-Partum
TNN	Transfert Néo-Natal

1. Contexte

Suite à la réunion du 9 décembre 2013 portant sur les systèmes d'information en périnatalité, il a été convenu d'effectuer une remise à plat de la production des indicateurs en périnatalité, jusque-là effectuée par les Réseaux de Santé Périnatale (RSP).

L'idée est de recentrer les RSP sur leur cœur de métier – la coordination des acteurs autour des patientes – en basculant, dans la mesure du possible, ce travail de production vers le service statistique de l'ARS sur la base des données du PMSI et éventuellement de Scan-santé (site de restitution d'information de l'ATIH). Ce basculement sera l'occasion de rationaliser la liste des indicateurs et d'homogénéiser les définitions.

Afin de conserver un bon niveau de qualité, ce transfert passe par la comparaison des données recueillies spécifiquement par les réseaux et celles produites à partir du PMSI.

2. Objectif

L'objectif de cette note est d'identifier les possibilités et les limites du PMSI pour calculer une liste d'indicateurs consensuelle en périnatalité, en comparant les données PMSI et RSP.

On ne cherchera cependant pas à retomber sur des chiffres identiques, notamment parce que les recueils ne couvrent pas exactement le même champ : séjours clos dans l'année pour le PMSI, séjours initiés dans l'année pour les RSP.

Si les recueils sont cohérents, les écarts seront faibles et ne seront pas systématiquement positifs ou négatifs. Dans le cas contraire on cherchera :

- à expliquer les différences méthodologiques ou les lacunes des recueils
- à identifier des établissements qui coderaient mal certaines informations

3. Indicateurs

Une liste d'indicateurs a été définie par la Fédération Française des RSP (missionnée par la DGOS) ; elle détaille l'intérêt en termes de suivi pour chacun d'entre eux et le mode de calcul. Ceux-ci figurent dans un document mis à jour annuellement et disponible à l'adresse suivante (version du 1/09/2014) :

<http://www.ffrsp.fr/data/mediashare/iw/ouignfsObjj11amckv0kltstquo4sd-org.pdf>

Le guide 2013 définit ainsi 15 problématiques, avec un nombre limité d'indicateurs pour chacune :

1. Accouchements multiples
2. Âge 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
10. Hémorragies du post-partum
11. Transferts mère (TIU-TPP)
12. Transferts néonataux
13. Présentation du NN
14. Déchirures périnéales
15. Allaitement

Dans le cadre de cette note, les comparaisons ont été effectuées sur ces indicateurs. Quelques indicateurs complémentaires utiles au suivi des RSP ont également été étudiés.

À noter que l'ATIH a publié sur son site une aide à l'exploitation des données en périnatalité :

<http://www.atih.sante.fr/aide-exploitation-du-pmsi-mco-pour-la-perinatalite>

Dans certains cas, ce document fournissait des précisions complémentaires sur le codage.

4. Principaux Résultats

Le tableau en fin de document dresse un récapitulatif des écarts observés entre les données PMSI et celles fournies par les réseaux, en 2013 et 2014. Il fournit également des hypothèses sur l'origine de ces écarts.

4.1 Nombre d'accouchements et nombre de naissances

Ces indicateurs sont très importants puisqu'ils permettent de quantifier l'activité des maternités et servent de dénominateurs à la plupart des indicateurs.

Remarque : On ne parle d'accouchement ou de naissance que pour des enfants de plus de 500 g et /ou nés à 22 Semaines d'Aménorrhée (SA) ou plus, qu'ils soient vivants ou mort-nés (Critère de viabilité).

→ Nombre de naissances

Les naissances (vivantes ou non) sont identifiées dans le PMSI comme les séjours remplissant chacune des conditions suivantes :

- Groupés dans la CM 15 (= séjours d'enfant de moins de 8 jours (dont naissances) + séjours résultant d'un transfert à la naissance d'enfants de moins de 29 jours ou de moins de 2500 g)
- Avec mode d'entrée domicile (pour exclure les transferts à la naissance)
- De patients âgés de 0 jour (pour exclure les retours précoces à l'hôpital)
- Poids > 500 g à la naissance et/ou âge gestationnel de la mère \geq 22 SA (limite de viabilité)

Globalement, les données sont très proches entre PMSI et recueil RSP pour tous les établissements.

→ Nombre d'accouchements

Les accouchements sur site sont identifiés dans le PMSI par la présence d'un acte d'accouchement et un diagnostic Z37 donnant le « résultat » de l'accouchement : nombre d'enfants, nés vivants ou non.

L'écart entre les données PMSI et le recueil des RSP est inférieur à 0,1 % sur la région et dans chaque département, témoignant d'une excellente concordance des sources pour cet indicateur.

→ Cas particulier des accouchements hors établissement

Le PMSI permet d'identifier les accouchements hors site s'ils sont suivis d'un passage en établissement via le diagnostic Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé* dans le résumé de séjour de la mère. Les écarts avec le recueil des réseaux sont importants et montrent qu'aucun des deux recueils n'est fiable à ce jour.

Le PMSI ne recueille aucune information sur les accouchements effectués à domicile. Cependant cette pratique reste très marginale en France. En effet, d'après une requête effectuée sur la base SNIIRAM, on compterait en Bretagne une centaine d'actes annuels réalisés par une trentaine de sages femmes, soit 0,3 % des accouchements environ.

Certains RSP recueillent cette information auprès des sages femmes libérales. En Bretagne, les RSP ont décidé de définir une procédure commune afin de pouvoir les recenser de manière exhaustive et les suivre. La première étape consistera à identifier les sages femmes libérales pratiquant des accouchements à domicile, puis de leur adresser une fiche de recueil standardisée.

4.2 Indicateurs proposés par la FFRSP

→ Caractéristiques de la mère et du nouveau-né (indicateurs 2, 3 ,4)

Globalement, le PMSI fournit des données fiables pour ces indicateurs :

- **Âge maternel**
- **Taux de prématurés** dont l'estimation repose sur l'âge gestationnel (cf. ci-dessous), malgré des écarts résiduels dans certains établissements
- **Poids du nourrisson** à l'accouchement.

Note concernant l'âge gestationnel :

Depuis 2012, le recueil PMSI fournit 2 moyens d'estimer l'Age Gestationnel (AG) :

- L'AG saisi directement par l'établissement, en semaines d'aménorrhée.
- L'AG calculé lors du groupage à partir de la date des dernières règles et de la date de l'accouchement (dates saisies par l'établissement)

La variable fournissant l'AG renseigné (variable "historique") a vocation à disparaître quand les données seront jugées suffisamment cohérentes avec celle fournissant l'AG calculé. Pour un certain nombre d'établissements, ce n'est pas encore le cas en 2014, bien que les évolutions des outils de validation PMSI (OVALIDE) ont permis d'améliorer nettement la concordance.

→ L'âge gestationnel utilisé dans les comparaisons est celui directement saisi par l'établissement. Ce choix a été validé par les RSP, pour qui la date des dernières règles est celle déclarée par la mère (ce n'est pas la définition dans le PMSI) et n'est donc pas fiable pour déterminer la durée de la grossesse.

→ Indicateurs concernant l'accouchement (indicateurs 1, 8, 13, déclenchements)

Le recueil des actes et diagnostics pour les séjours d'accouchement permet de connaître de façon fiable :

- **Le taux d'accouchements multiples** via le code Z37.x « résultat de l'accouchement », obligatoire pour le groupage des séjours d'accouchements ; ce code permet également de savoir si les enfants sont nés vivants. A l'inverse, l'estimation du nombre de jumeaux / triplés via les RSA des nouveau-nés (approche privilégiée par les RSP) n'est pas fiable dans le PMSI car elle repose sur l'utilisation du code Z38.x qui n'est pas requis en cas de problème de santé du nourrisson.
- **Le taux de césarienne**, via le codage des actes CCAM, également obligatoire pour le groupage des séjours d'accouchements.
- **La part des césariennes programmées** est bien plus élevée dans le recueil des réseaux (+23 % en 2013, +10 % en 2014). L'écart est probablement lié à une différence d'interprétation entre le DIM et les réseaux, notamment dans le cas où une femme, pour laquelle une césarienne était programmée, a finalement dû accoucher en urgence. Il a été convenu avec les réseaux que toute césarienne effectivement réalisée en urgence devait être comptabilisée comme telle.
- **La présentation du nouveau-né** (céphalique ou en siège) : cette information est quasi-exhaustive pour les accouchements par voie basse (à 99,5 %) car elle figure généralement dans le libellé des actes et des diagnostics requis. Ce n'est pas vrai pour les césariennes, ce qui explique pourquoi la donnée n'est disponible que dans 20 % des cas ; cette information semble cependant moins pertinente pour ce mode d'accouchement. Les réseaux ne transmettent pas cette information.

Les données PMSI restent incomplètes concernant :

- **La part des extractions instrumentales** lors d'accouchements par voie basse (10 % de moins que dans le recueil des RSP), car les gestes complémentaires qui permettent de les identifier ne sont pas toujours codés par les établissements, notamment les cliniques.
- Il en va de même pour les **actes d'analgésie** (taux de péridurale) et les **épisiotomies**. Le **déclenchement** des accouchements n'est pas reporté dans le PMSI. Ce recueil devra être poursuivi par les RSP.

→ Indicateurs de mortalité périnatale (indicateurs 5, 6, 7)

Pour rappel, la mortalité périnatale inclut la mortinatalité (nombre de mort-nés) et la mortalité précoce (nombre de décès dans les 7 premiers jours de vie). Les règles de codage pour les mort-nés ont été définies par [l'instruction N°DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011](#) qui fait du PMSI la source de référence pour le calcul de la mortinatalité.

Concernant le **nombre de mort-nés** total, le PMSI fournit des données proches des RSP.

La **part des mort-nés suite à une Interruption Médicale de Grossesse (IMG)** est par contre très différente entre les deux recueils ; cet écart est la conséquence de l'omission par les établissements du code P96.4, marqueur de l'IMG dans le recueil PMSI. Ce point sera à suivre lors des validations PMSI et pourra faire en parallèle l'objet d'une sensibilisation aux soignants par les réseaux. A noter que cette information pourra être recherchée dans le PMSI sur le résumé de séjour de la mère, de façon probablement plus fiable.

La fiabilité du **taux de mortalité néonatale précoce** (J0-J6, y compris après transfert du nouveau-né) et donc de la mortalité périnatale (incluant également les mort-nés) estimés via le PMSI est liée à celle du codage des décès dans le mode de sortie. Les données fournies par deux RSP semblent indiquer une exhaustivité du PMSI comparable ou supérieure.

La **mortalité néonatale tardive** (J7-J27) peut être calculée de façon aussi fiable que la mortalité néonatale précoce. Enfin, la **mortalité en salle de naissance** continuera à être recueillie par les RSP, ce recueil n'étant pas possible dans le PMSI.

→ Indicateurs concernant les transferts de la mère et du nouveau-né (indicateurs 11 et 12)

Les transferts maternels incluent les transferts in utero (avant l'accouchement) et du post-partum (après l'accouchement) :

- les **Transferts In Utero** (TIU) peuvent être identifiés dans le PMSI par l'utilisation d'un code Z35.x *Surveillance de grossesse à haut risque* et un mode de sortie transfert vers un autre établissement MCO. Cette approche conduit à un défaut d'exhaustivité d'environ 15 à 20 % par rapport au recueil des RSP. La différence correspond probablement aux patientes non hospitalisées, transférées directement depuis le service des consultations externes ou des urgences vers un autre établissement ; ce cas n'est en effet pas recensé dans le PMSI comme un transfert. La pérennisation de ce recueil par les RSP est donc souhaitable et permettra un suivi des causes de ces transferts.

- les **Transferts du Post-Partum** (TPP) peuvent être identifiés dans le PMSI comme les séjours d'accouchement clos par transfert vers un autre établissement. La fiabilité de cet indicateur dans le PMSI n'est pas connue car les RSP ne transmettent pas cette information.

L'utilisation du chaînage devrait permettre de fiabiliser l'information, d'identifier les établissements receveurs (la requête actuelle identifiant les adresseurs) et la cause du transfert.

- les **Transfert Néonataux (TNN) en interne** (=hospitalisation en unité de néonatalogie tous niveaux) sont identifiés par la présence d'un Résumé d'Unité Médicale (RUM) propre à ce type d'unité dans le RSA. En 2013 et 2014, le recueil des RSP fournissait des effectifs inférieurs d'environ 25 % à ceux obtenus par le PMSI. Une partie de cet écart s'explique par l'absence des données pour un établissement. Une autre cause de cet écart est liée à la possibilité pour un nouveau-né de rester près de sa mère tout en bénéficiant des services de l'unité de néonatalogie : cette situation n'est peut-être pas identifiée par les RSP comme un transfert alors qu'elle l'est dans le PMSI. Le recueil PMSI est donc à privilégier pour cet indicateur.

- On retrouve des écarts du même ordre pour les **TNN externes** (vers un autre établissement). La cause en est plus floue mais les RSP s'accordent à dire que le recueil PMSI est plus adapté pour recueillir cet indicateur.

→ Indicateurs concernant la prise en charge et les difficultés liées à l'accouchement (indicateurs 10 et 14, décès maternels)

- Le recueil des **Hémorragies du Post-Partum** (HPP) par les RSP identifie 15 à 20 % d'accouchements concernés de moins que le PMSI. Cela peut être lié aux pratiques des équipes en termes de recueil, de définition ou de codage de cette complication. Le recueil PMSI est jugé plus fiable par les réseaux mais une harmonisation du codage entre les établissements reste nécessaire, notamment par un rappel sur les critères d'évaluation (volume de sang perdu).

Remarque : le CNGOF (Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français) a fourni fin 2014 une définition de l'HPP et de sa gravité différente de celle de la FFRSP et reprise dans les recommandations HAS. Une évolution des consignes FFRSP est donc à prévoir pour 2015 et pourrait nécessiter un effort de communication auprès des structures.

- Concernant les **HPP sévères**, c'est-à-dire ayant nécessité une intervention, les recueils sont globalement cohérents en ce qui concerne la chirurgie (hystérectomie, ligature) et l'embolisation. Par contre, les transfusions ne sont pas toujours reportées dans le PMSI, ce qui nécessitera un rappel aux établissements.

- La définition des **HPP graves** relève de critères plus qualitatifs et ne peuvent donc pas être recueillis grâce au PMSI. Cet indicateur semble redondant avec le précédent.

- La FFRSP a ajouté un indicateur concernant les **déchirures périnéales** de degré 3 et 4 en 2014 ; celui-ci n'est pas recueilli par les RSP et il est donc difficile de savoir si le recueil est fiable.

Par ailleurs, le PMSI faisait état de 4 **décès maternels** pour la période 2013-2014 Vs. un comptabilisé par les RSP. L'examen approfondi des 3 séjours incite à penser qu'il s'agit de 2 erreurs de codage dans le PMSI (aucun signe de gravité apparente dans les diagnostics) et d'une patiente atteinte d'un cancer, probablement décédée en dehors de la maternité (c'est-à-dire après transfert vers un autre service). La pérennisation d'un double recueil semble souhaitable, d'autant que peu coûteuse.

→ Indicateurs concernant l'allaitement (indicateur 15)

- Le codage de **l'initiation de l'allaitement** dans le PMSI est possible dans le PMSI via le diagnostic Z39.1 *Soins et examens de l'allaitement maternel* mais il n'est pas obligatoire. Le recueil de cet indicateur n'est complet dans aucune des 2 sources (il est quasiment inexistant dans les établissements des Côtes d'Armor).

- **l'arrêt de l'allaitement en maternité** peut être identifié via un diagnostic O92.5 *Suppression de la lactation* dans le PMSI mais son codage n'est pas cohérent avec celui de l'initiation et hétérogène entre les établissements.

→ Le suivi de cet indicateur nécessite donc de renforcer la communication auprès des établissements.

5. Conclusions

En 2014, le PMSI permet déjà de calculer de nombreux indicateurs de manière relativement fiable par comparaison au recueil effectué par les 4 réseaux de santé périnatale (cf. tableau en annexe). Pour ces indicateurs, l'arrêt du recueil des RSP peut être acté.

Pour d'autres indicateurs, une sensibilisation auprès du personnel soignant et/ou du DIM pour fiabiliser le recueil PMSI est nécessaire avant de pouvoir basculer vers un recueil unique via le PMSI :

1) pour un certain nombre d'indicateurs, les lacunes du PMSI sont liées à l'absence d'un acte ou d'un diagnostic (n'apportant pas de rémunération complémentaire généralement) :

Accouchements hors site : diagnostic Z39.00

IMG : diagnostic P96.4 sur les RUM de mort-nés

Gestes complémentaires lors de l'accouchement (anesthésie, AVB instrumental, épisiotomie)

Initiation de l'allaitement (éventuellement arrêt) : diagnostic Z39.1 (O92.5)

2) pour d'autres indicateurs, un travail de fond est nécessaire afin d'harmoniser les règles de codage :

Hémorragies du post-partum : utilisation de la même définition par toutes les maternités (sachant que les recommandations ont évolué en 2014)

Taux de césarienne en programmé : utilisation de la même définition du caractère programmé.

Certains indicateurs suivis par les RSP ne sont pas calculables à partir du PMSI. Les RSP devront continuer à effectuer le recueil des données nécessaires :

- Taux de déclenchement de l'accouchement
- Taux de décès néonatal en salle de naissance
- Transferts in utero

Enfin, les décès maternels représentent un très faible nombre de cas annuels et constituent un sujet sensible, qui justifie de conserver les deux recueils, l'expérience ayant montré leur complémentarité.

6. Tableau récapitulatif des écarts constatés

Indicateur	Source PMSI *	Écarts observés	Commentaires / Hypothèses concernant les écarts observés	Fiabilité PMSI
Nombre d'accouchements sur site	Mère	Négligeables		
Nombre d'accouchements hors site avec passage en Ets	Mère	Faible au global, mais en fait fortes disparités au niveau établissement	Codage du Z39.00 à généraliser pour améliorer le recueil PMSI.	
Nombre de naissances	NN	Négligeables		
1. Accouchements multiples				
Taux d'accouchements multiples / Nombre d'enfants issus de grossesses multiples	Mère	Non calculé par les RSP, qui recensent les NN vivants issus de grossesse multiple	Méthode (=utilisation des informations du RSA de la mère) recommandée par la FFRSP Les données semblent cohérentes (à confirmer sur les naissances vivantes)	
	NN	Recueil PMSI non fiable Défaut d'exhaustivité de 20 % par rapport au RSP	Nécessite le codage du Z38, qui est facultatif quand le DP est un problème santé du NN. → Utiliser la méthode FFRSP (ligne ci-dessus) pour une estimation fiable par le PMSI	N/A
2. Age maternel				
Age maternel	Mère	Non transmis par les RSP	Donnée importée de la carte vitale, donc fiable	
3. Prématurité				
Part des NN par classe d'AG	NN	Données globalement cohérentes Quelques écarts dans certains établissements		
4. Faible poids de naissance				
Part des NN par classe de poids de naissance	NN	Non transmis par les RSP	Donnée saisie, ne nécessitant pas d'interprétation particulière, donc bonne fiabilité a priori	

Indicateur	Source PMSI *	Écarts observés	Commentaires / Hypothèses concernant les écarts observés	Fiabilité PMSI
5. Mortinatalité				
Taux de mortinatalité global	NN	Écarts faibles, y compris au niveau établissement		
Taux de mortinatalité par IMG	NN	Écarts importants	Dans le PMSI, les IMG sont distinguées des morts fœtales spontanées par l'ajout du diagnostic P96.4. Ce code est omis par certains établissements.	
6. Mortalité néonatale hospitalière				
Taux de mortalité néonatale précoce (0-6 jours), y compris après transfert du NN	NN	Données figurant dans les rapports d'activité de certains RSP Exhaustivité PMSI supérieure ou égale (mais pas de détail au niveau établissement)		
Taux de mortalité néonatale tardive (7-27 jours), y compris après transfert du NN	NN	Fiabilité comparable au taux de mortalité néonatale précoce car même mode de calcul		
Mortalité en salle de naissance	-	Non calculable dans le PMSI	Information utile pour les revues de mortalité néonatale, mais taux peu pertinent en soi	
7. Mortalité périnatale				
Taux de mortalité périnatale	NN	« Somme » du nombre de mort-nés et du nombre de décès dans les 7 premiers jours		
8. Mode d'accouchement				
Taux d'accouchement par voie basse (AVB)	Mère	Écarts négligeables		
Part des AVB instrumentaux	Mère	Défaut d'exhaustivité du PMSI de l'ordre de 10 %	Codage des gestes complémentaires incomplet dans le PMSI	
Taux de césarienne	Mère	Écarts négligeables		
Part des césariennes programmées	Mère	10 % de moins dans le PMSI en 2014	La notion de « césarienne programmée » a été rediscutée et semble plus fiable dans le PMSI. Un retour aux établissements est nécessaire pour homogénéiser le recueil.	

Indicateur	Source PMSI *	Écarts observés	Commentaires / Hypothèses concernant les écarts observés	Fiabilité PMSI
9. Conformité du lieu de naissance				
Part des NN <32 SA en maternité de niveau 3	NN	Non estimé RSP	Fiable puisque repose sur l'âge gestationnel	
Part des NN <1 500 g en maternité de niveau 3	NN	Non estimé RSP	Fiable puisque repose sur le poids	
10. Hémorragies du post-partum (HPP)				
Nombre d'HPP	Mère	Défaut d'exhaustivité du recueil des RSP : 15 à 20 %	Codage à homogénéiser au niveau des établissements	
Nombre d'HPP sévères (ayant nécessité transfusion / embolisation / chirurgie)	Mère	Codage des transfusions incomplet OK pour les embolisations / chirurgie	Données très différentes entre PMSI et RSP Codage de l'HPP à homogénéiser	
11. Transferts de la mère				
Nombre de femmes transférées in utero	Mère	Défaut d'exhaustivité du PMSI : 15 à 20 %	Écarts probablement liés aux patientes non hospitalisées, transférées directement depuis les urgences vers un autre établissement (cas non considéré comme un transfert dans le PMSI)	
Nombre de femmes transférées en post-partum	Mère	Non transmis par les RSP, fiabilité non connue		Inconnu
12. Transferts néonataux				
Nombre de NN transférés vers un autre établissement	NN	Recueil RSP incomplet (30 %)		
Nombre de NN transférés en interne en néonatalogie	NN	Recueil RSP incomplet (25 %)	Écarts liés à l'absence de données pour un établissement et à la possibilité pour un NN de rester près de sa mère tout en bénéficiant des services de l'unité de néonatalogie	
13. Présentation du NN				
Taux d'accouchement par présentation céphalique / en siège	Mère	Non transmis RSP	Dans le PMSI, cette information est renseignée pour 99,5 % des AVB (mais pour seulement 20 % des césariennes)	

Indicateur	Source PMSI *	Écarts observés	Commentaires / Hypothèses concernant les écarts observés	Fiabilité PMSI
14. Déchirures périnéales				
Taux de déchirures périnéales de degré 3 et 4	Mère	Non recueilli par les RSP		Inconnu
15. Allaitement				
Taux d'initiation de l'allaitement maternel	Mère	Écarts importants Aucun recueil exhaustif	Codage via un diagnostic facultatif dans le PMSI, pas toujours implémenté dans les SI des hôpitaux	
Taux d'arrêt de l'allaitement maternel en maternité	Mère	PMSI inexploitable, données RSP très lacunaires	Codage de l'arrêt sans codage de l'initiation → Difficile à analyser	
16. Décès Maternel				
Nombre de décès maternels	Mère	1 RSP / 4 PMSI sur 2 ans	Probablement 2 erreurs dans le PMSI et 1 séjour non comptabilisé car la mère, atteinte d'un cancer, est décédée dans un autre service que la maternité et que le RSP n'en a pas été informé	
17. Déclenchement de l'accouchement				
Taux de déclenchement	-	Donnée non renseignée dans le PMSI		
18. Épisiotomie				
Taux d'AVB avec épisiotomie	Mère	Non transmis RSP	Codage de l'acte correspondant incomplet	
19. Dépistage de la surdité chez le nouveau-né				
Taux d'enfants dépistés	NN	Recueil PMSI initié en 2014, à fiabiliser. Non recueilli par les RSP		

* suivant le cas, l'information est recherchée dans les RSA de la mère ou de l'enfant. Certains indicateurs peuvent être calculés avec les 2 approches

Légende pour la fiabilité PMSI

PMSI exploitable	PMSI exploitable si évolutions simples du codage	PMSI inexploitable en l'état	Données non recueillies dans le PMSI	Double recueil à pérenniser
Basculement du recueil vers le PMSI possible	Double recueil à poursuivre temporairement	Recueil RSP à pérenniser	Recueil RSP à pérenniser	

Directeur de la publication : **Olivier de Cadeville**
Directeur de la rédaction : **Hervé Goby**
Auteurs : **Enguerrand Lootvoet**, Direction de
la Stratégie Régionale en santé, en lien avec le
Dr Olivier Joseph, Direction de la Santé Publique
et les 4 réseaux départementaux de santé
périnatale

Conception graphique : **ARS Bretagne**
ISSN : 2426-7082
Dépot légal : à parution

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

www.ars.bretagne.sante.fr



www.facebook.com/arsbretagne

août 2015