

## Périnatalité

(Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, AMP clinique, IVG, centre périnatal et lactarium)

### PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau périnatalité concerne les prises en charge autour de la grossesse et de la naissance, principalement les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, l'assistance médicale à la procréation, ainsi que les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Les objectifs du bordereau sont :

- En obstétrique tout d'abord, rendre compte du service rendu à la population, ainsi que des réorientations (transferts «in utero» ou des nouveau-nés).
- Pour les établissements publics et les ESPIC, compléter l'activité liée aux accouchements par les consultations externes. Ces dernières permettent à la population d'accéder aux professionnels de santé spécialisés en complément du secteur libéral et absorbent une part notable des ressources humaines. Les consultations externes d'assistance médicale à la procréation (AMP) font l'objet d'une partie isolée du bordereau ('Autres activités').
- Remédier à l'absence de données du secteur public sur le nombre des entretiens prénaux précoces (EPP) au 4<sup>ème</sup> mois (il existe en secteur libéral un tarif spécifique permettant de repérer ces consultations).

Les données d'activité de l'obstétrique, de l'AMP et de l'IVG sont obtenues à partir des données du PMSI. Celles concernant les IVG sont tous les ans modifiables pour en faciliter l'éventuelle correction par les établissements.

### QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques interrogés qui ont une activité autorisée de périnatalité (obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, AMP clinique, centre périnatal de proximité et interruptions volontaires de grossesse [IVG]).

Les maisons de naissance sont exclues de l'interrogation. Les établissements qui ont une maison de naissance adossée ne doivent pas inclure l'activité de cette structure.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A3 (activités de Périnatalité), A12 (activités d'IVG, de lactarium, ou d'AMP clinique) et A13 (centre périnatal de proximité).

### REFERENCES REGLEMENTAIRES

Articles R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63 relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement applicables à l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale.

Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail.

Article L.2323-1 et L.5311-1 (8<sup>e</sup>) et suivants du CSP et décret n°2010-805 du 13 juillet 2010 relatif aux missions, à l'autorisation et aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums.

**Cases A0 à F0 : Questions sur le type d'autorisation détenue au 31 décembre en matière de naissance et, le cas échéant, l'existence de lactarium.**

**Case G0 : Question sur l'existence de « lits kangourous ».** En l'absence de définition réglementaire des lits kangourous, la définition retenue pour la SAE est la suivante : il s'agit d'un lit d'hospitalisation de nouveau-né qui donne lieu à un supplément en néonatalogie (NN1). De plus, le lit kangourou permet de maintenir le lien entre la mère hospitalisée, qui vient d'accoucher, et son(ses) enfant(s) qui viennent(nent) de naître : mère et enfant(s) sont hospitalisés dans la même chambre.

Les capacités d'accueil et l'activité des maisons de naissance ne sont pas à inclure.

## ÉQUIPEMENT

**Case A1 :** Obstétrique. Nombre de lits (lits maman) au 31 décembre de l'année, égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des patientes. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes.

Lorsque la fermeture de lits est de très courte durée (quelques jours), ces lits peuvent être comptabilisés, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. Les berceaux des bébés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

**Cases B1, C1 et D1 : Néonatalogie (hors soins intensifs), soins intensifs aux nouveau-nés et réanimation néonatale.** Nombre de berceaux et couveuses installés le 31 décembre en état d'accueillir des nouveau-nés, dans un établissement autorisé à pratiquer ces activités de soins. Les berceaux fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes. Lorsque la fermeture de berceaux est de très courte durée (quelques jours), ils peuvent être comptabilisés, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

Les maternités de type 1 qui disposent de « lits kangourous », et uniquement lorsqu'ils donnent lieu à des suppléments néonatalogie de type NN1, peuvent les déclarer en case B1.

Le nombre de lits et couveuses est également comptabilisé dans le bordereau MCO, dans la discipline médecine.

**Case A2 : Nombre de salles de naissance au 31/12.** Chaque salle de naissance ne peut accueillir qu'une femme et une seule. Ces salles dans lesquelles sont réalisés les accouchements répondent aux critères de l'arrêté du 25 avril 2000 et se distinguent des salles de prétravail par leur équipement.

**Cellules pré-remplies** (extraction ciblée à partir du PMSI)

**Case A3 :** Sont comptés les séjours d'obstétrique, hors IVG. La sélection est [CMD (catégorie majeure de diagnostic) ='14' hors GHM '14Z08Z'] OU [acte d'accouchement (liste A-323) ET code de la catégorie Z37 en DA (diagnostic associé)].

**Cases B3, C3 et D3 :** Sont comptés les séjours ayant comporté une hospitalisation (au sens Résumé d'unité médicale, RUM pour le PMSI) dans les lits de néonatalogie hors soins intensifs (UM de type 04), de soins intensifs aux nouveau-nés (UM de type 05) et de réanimation néonatale (UM de type 06). Les séjours de 0 jour doivent être comptabilisés et sont également en **ligne 4**.

**Case E3 :** Sont comptés uniquement les séjours des bébés restés auprès de leur mère. La sélection retient les nouveaux nés ayant un âge égal à 0 ou 1 jour, avec un mode de sortie différent de décès et (GHM commençant par '15M' ou égal à '15C04A'). Sont retenus uniquement les séjours des bébés traversant l'UM où est hospitalisée leur mère [UM de gynécologie et/ou d'obstétrique (70, 71, 73)], ou l'UM 28 de médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non). Les séjours de 0 jour doivent être comptabilisés et sont également en **ligne 4**. Cette activité n'est pas comptabilisée dans le bordereau MCO.

**Cases A5, B5, C5, D5 et E5 :** Il s'agit du nombre de journées correspondant à ces séjours.

**Cases A6 à A7 :** Nombre de séjours et de journées avec accouchement [acte d'accouchement (liste A-323) ET code de la catégorie Z37 en DA].

**Cases A8 à A9 :** Nombre de séjours et de journées avec accouchement par césarienne [(liste A-117) ET code de la catégorie Z37 en DA].

**Case A10 :** Nombre de femmes transférées pour accouchement depuis un autre établissement MCO (= Transferts in utero pour les maternités recevant la femme). RSA (résumé de sortie anonyme) d'accouchement avec [mode d'entrée (7) ET provenance=1].

**Case A11 :** Nombre d'accouchement uniques. RSA d'accouchement avec un code en DA commençant par Z370 (né vivant) ou Z371 (mort-né).

**Case A13 :** Nombre d'accouchements multiples. Ensemble des séjours « accouchements » comportant en diagnostic associé (DA) un code de la catégorie Z37 signalant une naissance multiple vivante et/ou mort-né.

**Case A15 :** Nombre de nouveau-nés de 0 jour transférés (transferts néonataux) vers un autre établissement MCO [âge en jour=0 ET mode d'entrée=8 ou N ET DP≠P95 (DP du séjour différent de mort-né) ET (mode de sortie=7 ET destination=1)].

**Case A39** : Dont transferts descendants de 0 jour. Cette case est à remplir par l'établissement et n'est pas obtenue à partir des données du PMSI. Il s'agit de calculer le nombre de nouveau-nés de 0 jour transférés depuis un établissement vers un établissement de même type ou de niveau inférieur (3 vers 2, 3 vers 1, ou 2 vers 1), appelé « transferts descendants ». En recensant l'ensemble des transferts descendants, plus facile à comptabiliser, le nombre de transferts ascendants peut être obtenu par différence avec le nombre de nouveau-nés de 0 jour transférés.

**Case A40** : Nombre total d'enfants (y compris mort-nés). Calculé à partir des données du PMSI sur les séjours d'enfants. Cette case est modifiable par l'établissement.

**Cases A16, A17 et A18** : Ne concernent que les établissements publics et les ESPIC. Sont comptés le nombre de consultations effectuées et facturées (au sens où elles sont recensées dans le fichier PMSI ACE) au profit de patientes externes. Doit être décompté ici l'ensemble des consultations externes programmées. De ce fait, ne sont pas comptabilisées les consultations réalisées dans les services d'urgences, la nuit et les jours fériés.

Les majorations (lettre clé commençant par M), les forfaits spécifiques (code commençant par SE, forfait FSD, ATU, FFM, FPE, F, N, etc.), les actes de biologie (lettre clé B) et les suppléments n'entrent pas dans le décompte puisqu'ils ne sont que des compléments des consultations.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers est à inclure.

**Case A16** : Nombre (et non en coefficient) de consultations externes réalisées par des gynécologues obstétriciens. Il s'agit des consultations d'obstétrique hors assistance médicale à la procréation (AMP) et diagnostic prénatal (DPN), cotations C, APC, APV, APY, AVY, APU, CCP, G, GS, CCX, CS, CSM, TCG et TC dans le domaine de la périnatalité.

**Case A17** : Nombre (et non en coefficient) de consultations externes assurées par les sages-femmes (Entretien Prénatal Précoce compris, EPP). Les cotations à retenir sont C, CCP, SP et TCG avec un code spécialité exécutant 21, SF et SFI (actes de sage-femme et soins infirmiers par sage-femme). Les échographies et les cours d'accouchement sont à exclure.

**Case A18** : Nombre total d'EPP (Entretien Prénatal Précoce) effectués, quel que soit le professionnel qui l'a assuré : sage-femme (SF) ou gynéco-obstétricien (GO)

#### Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI)

**Case A19** : Nombre de femmes ayant un séjour d'une durée inférieure à 3 jours après un accouchement par voie basse.

**Case A20** : Sorties vers une HAD (transferts/mutations selon que l'HAD appartient à la même entité juridique ou à un autre établissement), case pré-remplie à partir des données du PMSI.

### ACTIVITÉ D'INTERRUPTIONS MÉDICALES ET VOLONTAIRES DE GROSSESSE

**Case A21** : Question relative à l'existence d'une prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

**Cases A22 à A24 et A45** : Depuis la SAE 2014, les données concernant les IVG sont calculées à partir des données du PMSI et sont à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

**Case A22** : Nombre total d'IVG, identifiées par DP en 0O4 avec 5<sup>ème</sup> caractère à 0 OU présence de DA Z640, comme le spécifie la notice technique ATIH du 24 décembre 2018. Dans la **case B22** est affiché le nombre d'IVG déclaré dans la SAE précédente.

NB : ces nombres incluent les reprises éventuelles d'IVG en cas d'échec de la précédente tentative.

**Case A23** : Nombre d'IVG médicamenteuses, identifiées par un diagnostic en 'Z64' ET un acte 'JNJP001'.

**Case A24** : Nombre d'IVG réalisées à la 13<sup>ème</sup> ou 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

**Case A45** : Nombre d'IVG réalisées à la 15<sup>ème</sup> ou 16<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

**Case A25** : Question sur le nombre de conventions avec des médecins de ville pour des IVG médicamenteuses. Ne sont donc pas incluses dans ce décompte les conventions avec des sages-femmes, les centres de santé et centres de santé sexuelle.

**Case A26** : Interruptions de grossesse pour motif médical (IMG). Cette case est calculée à partir des données PMSI et en reprend donc les consignes de codage, à savoir le codage d'un avortement avant 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou d'un accouchement à partir de 22 SA pour une IMG.

## AUTRES ACTIVITÉS

**Case A27 : Question relative à l'existence d'une autorisation d'activité clinique d'assistance médicale à la procréation (AMP).** Si OUI, calcul du nombre de patientes différentes dans l'année en **case A28**, via les données du PMSI.

## PERSONNELS AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DE PÉRINATALITÉ

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans le bordereau, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités.

Les équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs de libéraux sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP\_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP\_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP\_T **salariés** correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle. (Lire aussi [les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »](#)).

Pour les médecins **libéraux**, les effectifs physiques présents au 31 décembre sont approchés en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, pour éviter d'avoir un biais lié aux congés de fin d'année.

**Colonne F** : ETP travaillés (ETP\_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de périnatalité, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

**Colonne G** : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

**Colonnes D et E** : Indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (= médecins qualifiés hors internes) pour chacune des spécialités listées (pédiatres, gynécologue-obstétriciens, anesthésistes), en distinguant l'existence d'une garde (un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, le médecin est joignable à domicile). NB : Dans certains établissements à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

Pour l'anesthésie réanimation, préciser (**cases D32 et E32**) si la permanence est dédiée à l'activité de maternité ou non : si l'anesthésiste assure simultanément une garde (ou une astreinte) pour d'autres activités (comme la chirurgie) et qu'il est donc susceptible d'intervenir dans un autre secteur que la maternité au cours de la même permanence, répondre NON.

**Ligne 33** : Médecins participant à l'activité d'IVG. Des médecins déjà décomptés dans une autre ligne peuvent être comptabilisés également ici.

**Lignes 34 et 35** : Pour les sages-femmes, distinguer le nombre de sages-femmes qui, à un moment donné, se consacrent exclusivement au secteur de naissance.

Rappels : En règle générale, les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité (sauf de façon transitoire quand l'unité réalise moins de 500 naissances par an). Le secteur de la naissance comprend les salles de prétravail, de naissance, les locaux

d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés et une (ou des) salle(s) d'intervention pour la chirurgie obstétricale.