



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023 relative à la diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale permettant un recueil homogène des données d'enregistrement des naissances et des décès périnataux dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRE2314752N (numéro interne : 2023/90)
Date de signature	04/07/2023
Emetteurs	Ministère de la santé et de la prévention Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) Direction Générale de la Santé (DGS) Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
Objet	Diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale permettant un recueil homogène des données d'enregistrement des naissances et des décès périnataux dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).
Contacts utiles	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie Bureau de l'état de santé de la population Jeanne FRESSON Mél. : jeanne.fresson@sante.gouv.fr Annick VILAIN Mél. : annick.vilain@sante.gouv.fr Direction générale de la santé Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau Santé des populations et politique vaccinale Nathalie RABIER-THOREAU Mél : nathalie.rabier-thoreau@sante.gouv.fr

	<p>Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües Frédérique COLLOMBET-MIGEON Mél : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr</p>
Nombre de pages et annexe	<p>4 pages + 1 annexe (7 pages) Annexe : Définitions en périnatalité - Mortinatalité et mortalité infantile</p>
Résumé	<p>Le document de définitions a pour objectif de rappeler les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant la mortalité fœto-infantile, les modalités du calcul de l'âge gestationnel et la terminologie à utiliser pour un recueil homogène de ces indicateurs permettant des comparaisons internationales valides, ainsi que les règles d'enregistrement de la naissance et des décès périnataux (mortinatalité et décès néonataux précoces) en France.</p>
Mention Outre-mer	<p>Le texte s'applique en l'état dans ces territoires.</p>
Mots-clés	<p>Mort-né – mortinatalité – mortalité périnatale – PMSI – état civil – réseaux de santé en périnatalité.</p>
Classement thématique	<p>Établissements de santé</p>
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Règlement (UE) n° 328/2011 de la Commission du 5 avril 2011 portant application du règlement (CE) n° 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, en ce qui concerne les statistiques sur les causes de décès (<i>paru au JOUE du 6 avril 2011</i>) ; - Article 79-1 du Code civil (second alinéa) ; - Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie ; - Circulaire interministérielle n° DGCL/DACS/DHOS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus ; - Instruction n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional ; - Instruction n° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021 relative à la mise à jour des modalités d'enregistrement des mort-nés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la production des indicateurs de mortinatalité en France et leur transmission réglementaire ainsi que les modalités des contrôles de leur qualité ; - Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (<i>Bulletin officiel n° 2022/6 bis - Fascicule spécial</i>).

Rediffusion locale	Il est demandé aux ARS de diffuser largement le document « Définitions en périnatalité - Mortinatalité et mortalité » aux services et professionnels concernés.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 9 juin 2023 - N° 45	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Depuis plusieurs années, différentes études ont souligné les taux élevés de mortalité néonatale (effectif des décès entre J0 à J27 rapporté aux naissances vivantes) et l'absence d'amélioration des taux de mortinatalité (effectif des enfants nés sans vie [mort-nés]) rapporté à l'ensemble des naissances) en France. Les difficultés rencontrées pour expliquer ces résultats à partir des données disponibles persistent (études de la DREES sur la mortalité périnatale et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM] sur la mortalité néonatale).

Le dernier rapport EUROPERISTAT 2015-2019, comparant les indicateurs de santé périnatale de 28 pays européens publié le 15 novembre 2022, confirme que la France se caractérise par un taux élevé de mortinatalité (hors interruptions médicales de grossesse) : 3,6 pour 1000 naissances (à partir de 24 semaines d'aménorrhée [SA]), alors que la médiane des pays européens se situe à 3,2 ‰. Ce qui situe la France au 20^{ème} rang sur 28, proche, mais après l'Allemagne et le Royaume-uni (respectivement 3,3 ‰ et 3,4 ‰). Les données de l'état civil produites par l'INSEE rapportent un taux de mortalité néonatale de 2,6 ‰ ce qui situerait la France au 19^{ème} rang. Ces comparaisons européennes ne concernent que la France hexagonale.

Par ailleurs, le taux de mortalité néonatale est multiplié par deux dans les territoires ultramarins comparativement à la France hexagonale.

L'augmentation de la mortalité infantile (enfants décédés entre J0 et J364) en France est due à l'augmentation de la mortalité néonatale (enfants décédés entre J0 et J27). La mortalité néonatale précoce (enfants décédés entre J0 et J6) représente près des ¾ de la mortalité néonatale, ce qui nécessite d'identifier les déterminants et les facteurs d'évitabilité de ces décès, et de mettre en place des actions correctrices. Or le système actuel de recueil des données (INSEE à partir des données de l'état civil) ne permet pas d'analyser les causes de cette augmentation, ni les caractéristiques des enfants décédés en dehors du sexe.

Seule une analyse des caractéristiques et causes des décès au cours de la période périnatale permettra d'adapter les politiques publiques pour améliorer la situation.

L'actualisation en juin 2021 de l'instruction n° DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011 portant sur la qualité du système d'enregistrement de la mortinatalité a permis d'élargir la surveillance à la mortalité périnatale (qui comprend la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce) et de mettre à jour les modalités d'enregistrement et de codage des enfants mort-nés dans le PMSI qui permet la production des indicateurs relatifs à la mortinatalité.

Le document de définition intitulé « *Définitions en périnatalité : Mortinatalité et mortalité infantile* », joint en annexe, **a pour objectif de définir une terminologie commune en matière de définition des données nécessaires aux indicateurs périnataux de mortinatalité et mortalité infantile**, qui doivent être utilisées pour permettre un recueil homogène des données et des comparaisons internationales valides. Il rappelle également les règles d'enregistrement à l'état civil et dans le PMSI de la naissance, des décès néonataux et des enfants nés sans vie.

Ce document a été produit par le groupe de travail « Mortinatalité et mortalité périnatale » composé de Santé publique France – équipe INSERM-Epopé – ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) – ABM (Agence de la biomédecine) – CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) – CNSF (Collège national des sages-femmes) – SFN (Société française de néonatalogie) – FFRSP (Fédération française des réseaux de santé en périnatalité) – représentants des DIM (Département d'information médicale) d'ARS et de l'administration centrale.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la recherche, de l'évaluation,
des études et des statistiques,



Fabrice LENGART

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,



Christian RABAUD

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

Définitions en périnatalité

Mortinatalité et mortalité infantile

Introduction

L'objectif de cette fiche **est d'améliorer la qualité des données périnatales** recueillies dans le Système national des données de santé (SNDS), et plus particulièrement les données hospitalières du PMSI et des certificats de décès. Ces informations forment le socle du Système d'information en périnatalité.

La première étape est de rappeler les définitions OMS qui doivent être utilisées pour permettre un recueil homogène du terme de la grossesse et permettre des comparaisons internationales valides, ainsi que les règles d'enregistrement en France de la naissance et des décès néonataux.

Cette fiche a été rédigée par le groupe de travail sur la mortinatalité et la mortalité périnatale. Ce groupe est composé de membres de différentes directions du Ministère de la santé et de la prévention (DREES, DGS, DGOS), de Santé publique France, du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), de l'équipe EPOPé-INSERM, de l'ATIH, de l'Agence de la biomédecine, du CNGOF, du CNSF, de la SFN, de représentants des ARS, des professionnels de la périnatalité et des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP).

Datation de la grossesse

La datation de la grossesse commence au 1^{er} jour de la date des dernières règles (DDR). **Le 1^{er} jour est J0** et non J1 (définition OMS [1]).

La datation est réalisée échographiquement au 1^{er} trimestre (T1). La date de **début de grossesse échographique de référence (DGer) est l'estimation la plus précise obtenue à partir de l'échographie précoce T1 (parfois appelée échographie de datation), ou à partir de l'échographie de dépistage T1** car les critères de mesure sont bien établis pour cette échographie et les mesures sont soumises à un contrôle qualité.

En cas de divergence entre la DGer et la date des dernières règles (DDR) on recalcule la DDR théorique par :

$$\text{Date des dernières règles théorique recalculée (DDRr)} = \text{DGer} - 13 \text{ jours}$$

En cas d'absence d'échographie de datation et de dépistage du 1^{er} trimestre, on utilise la meilleure estimation obstétricale (DDR, autres échographies, estimation clinique post natale...).

En cas de Fécondation in vitro (FIV) :

Le transfert d'embryon peut se faire à un stade précoce du développement (2 ou 3 jours, stade *clivé*) ou plus tardivement à 5 ou 6 jours (*stade blastocyste*).

Si la date du transfert et le nombre de jours du développement embryonnaire (NBJDE) au moment du transfert sont connus, habituellement entre 2 et 6 jours :

$$\text{DDRr} = \text{date du transfert} - 13 - \text{NBJDE}$$

Si la date du transfert ou le nombre de jours de développement au moment du transfert ne sont pas connus, on tient compte des données de l'échographie de dépistage du 1^{er} trimestre (DGer, cf ci-dessus).

Terme (ou âge gestationnel)

Le terme est calculé à partir de la DDRr. **En pratique clinique, le terme est toujours exprimé en semaines d'aménorrhées (SA) et jours.**

- Exemple : 37 SA + 4 j ou 37⁺⁴ SA

Pour les statistiques ou pour l'enregistrement des séjours hospitaliers dans le PMSI, le terme est toujours exprimé en SA révolues.

- Exemple : 37 SA révolues : comprend tous les termes entre 37 SA + 0 j et 37 SA + 6 j.

Attention, certains textes législatifs ou réglementaires expriment le terme en « semaines de grossesse en cours » pour les premiers mois.

La correspondance entre SA et semaines de grossesse figure dans le tableau 1.

- Exemple : 11^{ème} semaine de grossesse = 13^{ème} semaine d'aménorrhée = termes compris entre 12 SA + 0 j et 12 SA + 6 j.

Tableau 1 : Correspondance SA révolues – SA + jours – semaines de grossesse

Semaines d'aménorrhée révolues (SA)	0 SA	1 SA	2 SA	3 SA	15 SA	22 SA	40 SA
Correspondance en jours des SA (OMS)	J0-J6	J7-J13	J14-J20	J21-J27	J105-J111	J154-J160	J280-J286
Notation en SA + jours (OMS)	0SA+0j-0SA+6j	1SA+0j-1SA+6j	2SA+0j-2SA+6j	3SA+0j-3SA+6j	15SA+0j-15SA+6j	22SA+0j-22SA+6j	40SA+0j-40SA+6j
Nombre de jours d'aménorrhée à la fin de la semaine	7 jours	14 jours	21 jours	28 jours	112 jours	155 jours	287 jours
Semaine de grossesse			1 ^{ère} semaine	2 ^{ème} semaine	14 ^{ème} semaine	21 ^{ème} semaine	39 ^{ème} semaine

Poids de naissance

Résultat de la première pesée du fœtus ou de l'enfant, si possible dans la première heure de vie pour les enfants nés vivants et immédiatement après l'accouchement pour les enfants mort-nés.

Jours de vie

Enfants nés vivants :

Premier jour de vie = J0

Premier mois de vie = [J0 – J27]

Première semaine de vie = [J0 – J6]

Première année de vie = [J0 – J364]

Déclaration et enregistrement à visée statistique

Tableau 2. Déclaration et enregistrement en fonction du statut vital de l'enfant

	Enfants nés sans vie (mort-nés)	Enfants nés vivants	Points de vigilance / Rappels
Définition OMS	Expulsion d'un fœtus qui ne présente pas de signe de vie	Présence de signes de vie à la naissance ex : respiration, battements cardiaques, mouvements de muscles soumis à la volonté...	L'examen du praticien à la naissance détermine le statut vital du nouveau-né et ainsi le type de déclaration à faire pour l'état civil et les modalités d'enregistrement dans le PMSI. Les gasps de la 1 ^{ère} minute de vie ne sont pas considérés comme des signes de vie.
Document à produire pour la déclaration à l'état civil	Certificat d'accouchement quels que soient le terme et le poids si corps formé et reconnaissable [2] Hors fausse couche spontanée 1 ^{er} trimestre et IVG	Déclaration de naissance : enfant né vivant ET viable. Critères de viabilité : uniquement l'âge gestationnel d'au moins 22 SA OU un poids d'au moins 500g, indépendamment de la présence de malformation.	Fœtus < 22 SA, et poids < 500g avec signes de vie transitoires = né vivant et non viable . Pas de prise en charge active recommandée en France actuellement. Certificat d'accouchement si les parents souhaitent une déclaration à l'état civil (idem enfant né sans vie). PMSI : ne pas créer de séjour et de RUM pour ce fœtus.
Déclaration à l'état civil	Choix des parents de déclarer ou non la naissance sans limite de temps	La déclaration est obligatoire dans un délai de 5 jours suivant le jour de l'accouchement	Pour les enfants nés sans vie : - Choix du ou des prénom(s) et d'un nom - La déclaration permet d'ouvrir un livret de famille
Décès	Pas de certificat médical de décès	Décès de J0 à J27 : Certificat médical de décès néonatal Décès > J27 : Certificat médical de décès "standard"	
Enregistrement à visée statistique	PMSI : séjours mère et nouveau-né (source officielle)	Etat civil - INSEE (source officielle) PMSI	L'enregistrement de la mortalité dans le PMSI est obligatoire et indépendant du choix des parents pour l'enregistrement à l'état civil
Codage PMSI obligatoire séjour enfant	Si AG ≥ 22 SA ou poids de naissance ≥500 g Modes d'entrée =_N Mode de sortie = 9 DP = code P95 + extensions	Si AG ≥ 22 SA ou poids de naissance ≥500 g Modes d'entrée=N Mode de sortie = selon situation DP du 1 ^{er} RUM : Z38. (voir extensions)	Il est impératif de veiller à la cohérence entre les déclarations à l'état civil et le PMSI <u>Enfant mort-né</u> : certificat accouchement ↔ RUM : mort-né séjour mère et séjour nouveau-né <u>Enfant né vivant et décédé</u> : déclaration de naissance enfant vivant et certificat médical de décès ↔ RUM enfant né vivant et décédé (attention particulière à porter sur <u>les décès à J0</u>) <u>Enfant né sans vie ou décédé après la naissance</u> : les DA doivent indiquer les circonstances / causes du décès
Codage PMSI obligatoire séjour mère	DA = code Z37. - selon le type de grossesse et le type de mortalité (IMG ou MFS)	DA = code Z37. - selon le type de grossesse	Il est impératif de veiller à la cohérence du codage séjour nouveau-né / séjour mère <u>Enfant mort-né</u> : DP séjour nouveau-né= P95 ↔ DA séjour mère = Z37. - MFS ou IMG <u>Enfant né vivant</u> : DP 1 ^{er} RUM nouveau-né = Z38.- ↔ DA séjour mère = Z37.- naissance vivante

DP=Diagnostic principal / DA=Diagnostic associé / IMG=Interruption médicale de grossesse / MFS = Mort fœtale spontanée

Par convention (OMS) et afin de faciliter l'enregistrement, c'est l'âge gestationnel à l'expulsion ou à l'accouchement qui est pris en compte, et non l'âge gestationnel au décès, même si celui-ci est connu et qu'il existe un décalage entre les deux. Cette situation concerne plus particulièrement les grossesses multiples en cas de décès in utero d'un fœtus et poursuite de la grossesse pour le ou les autres fœtus.

Pour plus de précisions sur le codage de la mortinatalité, consulter l'annexe II de l'instruction de 2021 [3] ainsi que les fiches de codage PMSI en périnatalité [4] pour l'ensemble des situations de codage (accouchement et naissance).

Mortinatalité et mortalité infantile

Mortinatalité

Ce sont tous les décès survenus in utero ou en perpartum avec accouchement à partir de 22 SA ou d'un poids de 500g. Elle comprend :

- Les morts fœtales spontanées (MFS) ;
- Les interruptions médicales de grossesse avec enfant mort-né (IMG).

Le taux de mortinatalité est le rapport entre le nombre d'enfants mort-nés et le nombre de naissances totales (enfants nés vivants et mort-nés).

Mortalité périnatale

Concerne les décès entourant la période de la naissance, elle comprend :

- Les décès survenus in utero ou en perpartum à partir de 22 SA ou d'un poids de 500g ;
- Les décès entre J0 et J6 de vie des enfants nés vivants.

Le taux de mortalité périnatale est le rapport entre le nombre de décès [enfants mort-nés et décès entre J0 et J6] et le nombre de naissances totales (vivantes et mort-nées).

Pour les comparaisons internationales, on utilise le taux de mortalité périnatale hors IMG.

Mortalité infantile

La mortalité infantile concerne les enfants nés vivants et décédés entre J0 et J364, elle comprend :

- La mortalité néonatale : décès de J0 à J27, dont :
 - La mortalité néonatale précoce : décès entre J0 et J6,
 - La mortalité néonatale tardive : décès entre J7 et J27.
- La mortalité post néonatale : décès de J28 à J364.

Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre de décès infantiles (J0 à J364) et le nombre de naissances vivantes sur la même période.

Schéma 1 : Mortinatalité et mortalité périnatale

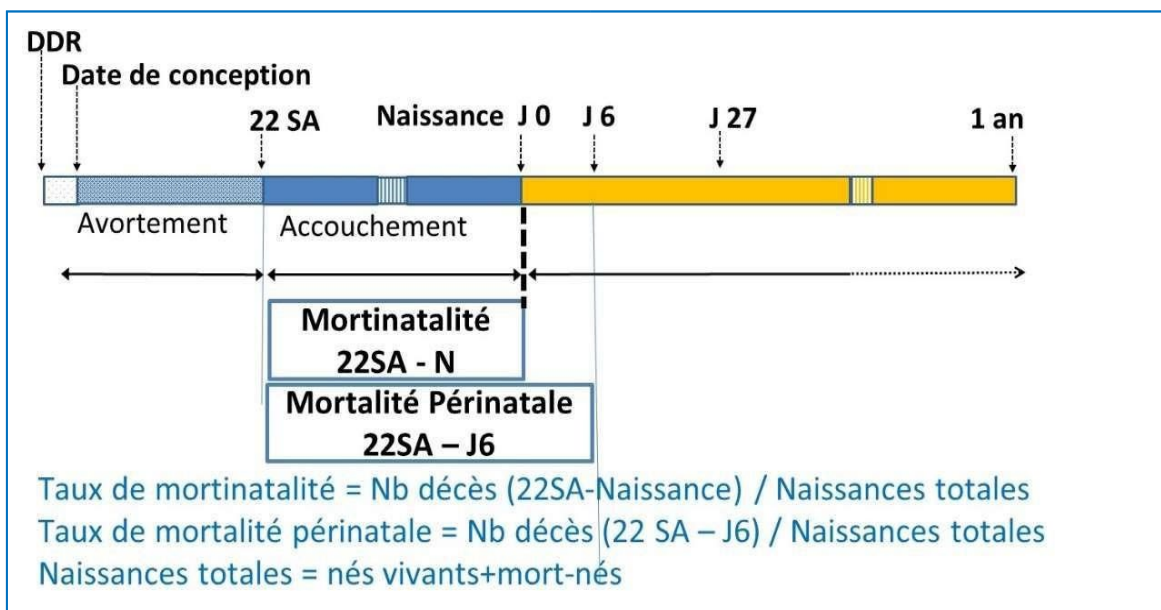
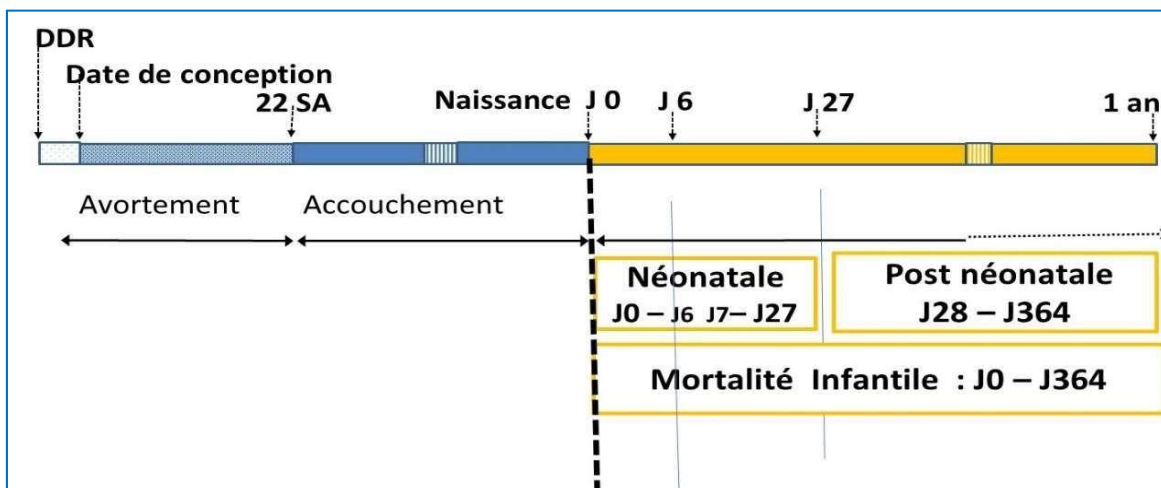


Schéma 2 : Mortinatalité néonatale et infantile



Codes CIM10 obligatoires séjours naissance et décès périnatal

Naissance vivante unique

Nouveau-né	Mère
Z38.0 Enfant unique né à l'hôpital Z38.1 Enfant unique né hors d'un hôpital Z38.2 Enfant unique lieu de naissance NP	Z37.0 Naissance unique, enfant vivant

Naissance vivante multiple

Nouveau-né	Mère
Z38.3 Jumeaux nés à l'hôpital Z38.4 Jumeaux nés hors d'un hôpital Z38.5 Jumeaux, lieu de naissance NP Z38.6 Autre naissances multiples, enfants nés à l'hôpital Z38.7 Autre naissances multiples, enfants nés hors d'un hôpital Z38.8 Autre naissances multiples, lieu de naissance NP	Z37.2 Naissance gémellaire jumeaux nés vivants Z37.30 Naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né hors IMG Z37.31 Naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né suite à IMG Z37.5 Autres naissances multiples, tous nés vivants Z37.60 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors IMG Z37.61 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, suite à IMG

Enfant mort-né

Nouveau-né	Mère
P95.+0 Mort fœtale in utero ou perpartum post IMG P95.+1 Mort fœtale <i>in utero</i> en dehors d'une IMG P95.+2 Mort fœtale perpartum en dehors d'une IMG P95.+8 Mort fœtale sans précision en dehors d'une IMG	Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né hors IMG Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né post IMG Z37.30 Naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né hors IMG Z37.31 Naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né post IMG Z37.40 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés hors IMG Z37.41 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés post IMG Z37.60 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors IMG Z37.61 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, post IMG Z37.70 Autres naissances multiples, tous mort-nés hors IMG Z37.11 Autres naissances multiples, tous mort-nés post IMG

Références

[1] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ; 10^{ème} révision.2008, volume 2,180-187.

[2] Circulaire interministérielle n° DGCL/DACS/DHOS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.

[3] Instruction n° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021 relative à la mise à jour des modalités d'enregistrement des mort-nés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la production des indicateurs de mortalité en France et leur transmission réglementaire ainsi que les modalités des contrôles de leur qualité.

[4] Fiches de codage PMSI en périnatalité – Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFFRSP) avec la collaboration de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). 2022. <https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2022/07/Fiches-de-codage-PMSI-en-perinatalite.pdf>.