

indispensable pour améliorer l'exhaustivité, l'harmonisation des codages et la qualité des données pour une utilisation épidémiologique du PMSI qui s'affirme.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.011

B4

Est-il possible de construire un indicateur de morbidité maternelle sévère (hémorragie maternelle) à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information complétées par celles de l'Établissement français du sang ?

C. Quantin^{a,b}, E. Benzenine^b, C. Ferdynus^b, M. Sediki^c, M. Bardou^{c,d}, J.-B. Gouyon^{d,e}, P. Morel^f, P. Sagot^{f,g}

^a Inserm, U866, Dijon, université de Bourgogne, Dijon, France

^b Service de biostatistique et d'informatique médicale, CHRU, Dijon, France

^c Inserm CIC-P 803, CHU de Dijon, Dijon, France

^d Faculté de médecine, université de Bourgogne, Dijon, France

^e Centre d'épidémiologie des populations, EA 4184, université de Bourgogne, Dijon, France

^f Établissement français du sang – Bourgogne-Franche-Comté, Besançon, France

^g Service de gynécologie-obstétrique, médecine fœtale et reproduction humaine, CHU de Dijon, Dijon, France

Mots clés : Programme de médicalisation des systèmes d'information ; Établissement français du sang ; Morbidité maternelle sévère

Objectifs.– L'objectif de cette étude était d'analyser la validité des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour mesurer la morbidité maternelle sévère en prenant pour exemple l'hémorragie maternelle nécessitant une transfusion.

Méthodes.– Dans un premier temps, sur la région Bourgogne, nous avons évalué la qualité des données PMSI pour estimer le nombre d'accouchements ayant nécessité une transfusion. Cette évaluation a été réalisée à partir du chaînage probabiliste des données PMSI (collectées par le réseau périnatal pour l'ensemble des 35 799 accouchements en 2006–2007) avec la base de l'Établissement français du sang (EFS), constituant le gold standard. Dans un second temps, au niveau national, les paramètres associés aux facteurs expliquant les discordances PMSI/EFS, estimés par une régression logistique sur la base régionale, sont appliqués aux données nationales PMSI (1 629 597 accouchements) afin d'obtenir une estimation corrigée du nombre d'accouchements ayant nécessité une transfusion.

Résultats.– Concernant la première partie, la sensibilité des données PMSI pour repérer les accouchements ayant bénéficié d'une transfusion est de 66,3 % (valeur prédictive positive 91,3 %) pour la région Bourgogne. Concernant la seconde partie, au sein des données nationales, on compte 6932 accouchements avec transfusion auxquels il faut ajouter 4608 faux-négatifs et enlever 589 faux-positifs estimés par le modèle, soit un total de 10 951 femmes ayant présenté, au cours du séjour pour accouchement, une hémorragie nécessitant une transfusion.

Conclusion.– Grâce au chaînage anonymisé des données PMSI avec les données de l'EFS, il a été possible de corriger le calcul du nombre de femmes ayant été transfusées au cours de leur accouchement et donc d'obtenir, à partir des données du PMSI, un indicateur de morbidité maternelle sévère.

doi:10.1016/j.respe.2011.03.012

B5

Codage des mort-nés : comment le programme de médicalisation des systèmes d'information devient un outil d'épidémiologie

A. Serfaty^a, C. Leclerc^b, J.-L. Bénifla^c, A. Coulomb^d, M. Boulé^e, B. Blondel^f

^a Département d'information médicale, GH. Armand-Trousseau–La Roche-Guyon, Paris, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, GH. Armand-Trousseau–La Roche-Guyon, Paris, France

^c Pôle périnatalité, GH. Armand-Trousseau–La Roche-Guyon, Paris, France

^d Service d'anatomie et cytologie pathologiques, GH. Armand-Trousseau–La Roche-Guyon, Paris, France

^e Pôle investigations biocliniques pharmacie DIM, GH. Armand-Trousseau–La Roche-Guyon, Paris, France

^f Inserm UMR S 953 unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et en santé des femmes et des enfants U 953 (ex-U149), UPMC, Villejuif, France

Mots clés : Mort-nés ; Mortinatalité ; Codage PMSI ; Épidémiologie périnatale

Introduction.– Les modifications juridiques intervenues en 2008 ne permettent plus d'organiser le recueil nécessaire à l'établissement du taux de mortinatalité (nombre d'enfants sans vie rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants et sans vie) et du taux de mortalité périnatale (nombre d'enfants naissant sans vie ou nés vivants et décédés à moins de sept jours de vie pour 1000 naissances totales). Ce taux continue à être calculé par l'Insee, mais n'a plus de signification étant donné l'absence de règles relatives à l'exhaustivité. Notre objectif est de tester un dispositif de recueil, de codage et de contrôle de l'exhaustivité et de la qualité du codage pour les Résumés d'unité médicale (RUM) des mort-nés en 2010 à l'hôpital Trousseau.

Méthode.– Élaboration d'une procédure partagée avec l'ensemble des acteurs concernés : professionnels de la salle de naissance, de la maternité, des admissions, de la chambre mortuaire, de l'état civil, du département d'information médicale (DIM)... Mise en place du recueil et du codage des RUM le 22/11/2010. Rattrapage des RUM mort-nés depuis le 01/01/2010 à partir des séjours des mères en « maternité, grossesse pathologique, gynécologie », ayant un code Z37 (naissance unique, gémellaire ou multiple, d'enfant mort-né), dont l'âge gestationnel (AG) \geq 22 semaines d'aménorrhée (SA). Contrôle de l'exhaustivité et de la qualité des données recueillies par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), avec celles enregistrées par la chambre mortuaire, par l'état civil et la statistique d'activité des établissements (SAE).

Résultats.– Un consensus est établi pour coder les RUM mort-nés d'au moins 22 SA ou d'au moins 500 g, en lien avec les données administratives de la mère, afin de calculer le taux de mortinatalité à Trousseau en 2010 et puis sur le réseau Est parisien. Des résultats seront disponibles au printemps 2011.

Conclusion.– La difficulté générée par les changements juridiques vient donner au PMSI une place nouvelle en épidémiologie périnatale. La procédure validée et testée pourra être étendue aux maternités du réseau périnatal de l'est parisien.

Remerciements.– À Mme Catherine Buhl et M. Rémy Christol, techniciens de l'information médicale, département de l'information médicale (hôpital Trousseau), Dr Catherine Crenn-Hebert, PerinatARSIF, Mme Marie-Véronique Hue-Proteau, cadre sage-femme de la salle de naissance, Mme Judith Aronowicz, cadre supérieur sage-femme, service de gynécologie-obstétrique (hôpital Trousseau).

doi:10.1016/j.respe.2011.03.013