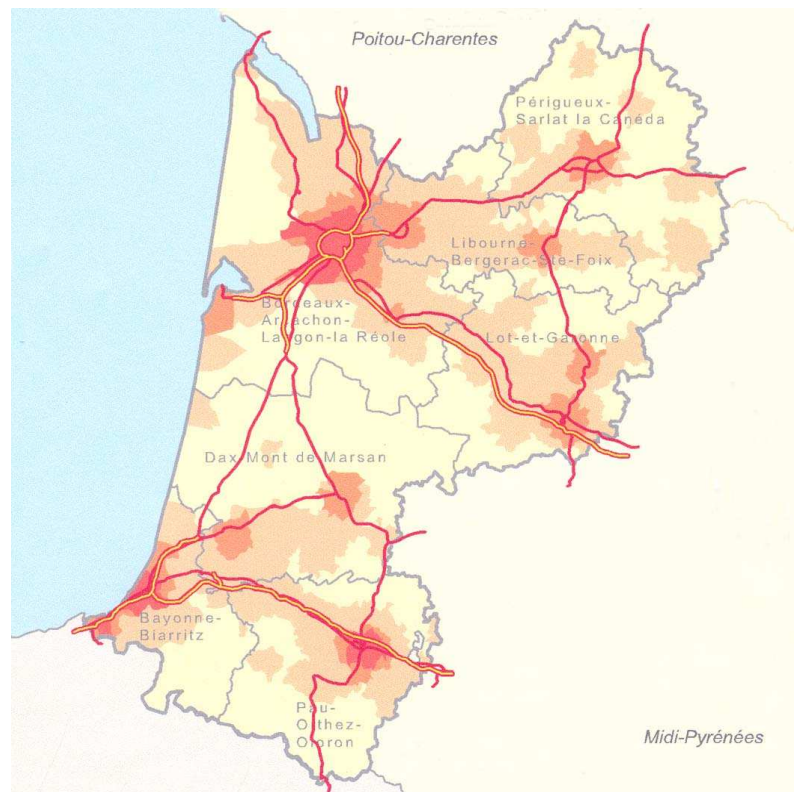




## Réseau Périnatal Aquitaine

### Outil d'aide au codage en Périnatalité pour l'Aquitaine



**Contact : Dr Philippe Cormier**  
[Philippe.cormier@ch-langon.fr](mailto:Philippe.cormier@ch-langon.fr)

**Document validé par le COTRIM d'Aquitaine**  
Le 15 février 2007  
Mise à jour mars 2011

# Outil d'aide au codage en Périnatalité pour l'Aquitaine

## Sommaire

I	Introduction	p 02
II	Les données du PMSI	
	2-1 Production des résumés de séjour	p 03
	2-2 Données administratives	p 04
	2-3 Informations médicales	p 05
	2-4 Procédure d'assurance qualité	p 07
III	Consignes de codage	
	3-1 Complications des actes médicaux	p 07
	3-2 Interruptions de grossesse	p 08
	3-3 Emploi des catégories O80-O84 (mère)	p 09
	3-4 Emploi des catégories P00-P04 (nouveau-né)	p 09
	3-5 Emploi des codes Z	p 09
	3-6 Codage des actes (CCAM)	p 10
IV	Priorités du réseau Périnat Aquitaine	
	4-1 Addictions, problèmes psychologiques, facteurs environnementaux et grossesse	p 11
	4-2 Mortalité maternelle	p 11
	4-3 Mortalité périnatale, néonatale et infantile	p 11
	4-4 Hémorragies graves de la grossesse	p 12
V	Indicateurs du réseau Périnat Aquitaine issus du PMSI	p 12
VI	Exercices de codage	p 18
	ANNEXE I Définitions de l'OMS	p 25
	ANNEXE II Thésaurus pour le codage des addictions, problèmes psychologiques et facteurs environnementaux au cours de la grossesse	p 26
	Références bibliographiques	p 30

## I- Introduction

La source d'information principale choisie pour décrire l'activité du réseau Périnat est le recueil du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce recueil a le mérite d'être continu et pérenne et ne génère aucune charge de travail supplémentaire dans les services cliniques de par son caractère préexistant obligatoire.

### Les objectifs de ce travail :

#### 1) Restituer aux cliniciens qui délivrent des soins et produisent les RSS (Résumés de Sortie Standardisés), sous une forme la plus lisible possible, l'information liée au PMSI.

Le fait que le PMSI soit obligatoire (pour tous) et que les règles de codage soient strictes (et applicables à tous) nous permet de s'en servir comme d'un instrument de mesure. Il faut néanmoins en accepter les limites.

#### 2) Harmoniser les pratiques de codage de l'information médicale.

La fiabilité de l'information recueillie et la possibilité de comparaison des résultats entre établissements passent par une harmonisation de la production de l'information médicale et donc par l'adoption de règles de codage consensuelles, dans le strict respect des obligations du PMSI.

Ce livret présente un ensemble d'indicateurs retenus comme représentatifs de l'activité du réseau et disponibles par le PMSI.

Pour chaque item sont répertoriés les divers codes diagnostics et actes issus de la 10ème révision de la classification internationale des maladies (CIM 10) et de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Ces recommandations de codage viennent en complément des règles habituelles d'élaboration des résumés d'unité médicale dont certaines sont préalablement rappelées ici.

*Il est impératif de se référer au guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation, en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et à ses mises à jour, auxquels ces recommandations ne se substituent pas, en particulier pour le codage de pathologies ou d'actes autres que ceux figurant dans ces recommandations.*

## II- Les données du PMSI

### 2-1 Production des résumés de séjour

**Toute hospitalisation** dans le secteur MCO (**Médecine, Chirurgie, Obstétrique**) d'un établissement de santé, fait l'objet d'un **résumé de sortie standardisé (RSS)**, constitué d'un ou de plusieurs (en cas de séjour multi-unités) résumés d'unité médicale (RUM).

**L'admission** dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO est le facteur déclenchant de la production d'un résumé de séjour, établi à la fin du séjour dans l'unité.

*Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul et même séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique. (Seul un cas exceptionnel tel que le retour du patient ne serait pas dû à l'affection prise en charge initialement, à une complication de celle-ci ou de son traitement, autoriserait à distinguer deux séjours, donc à produire deux RSS distincts tels que la date de sortie du premier serait égale à la date d'entrée du second).*

Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou y reçoit des soins en demandant à garder l'anonymat, les informations d'identification sont limitées à l'identifiant dit *numéro de RSS*, à l'année de naissance, au sexe et au numéro administratif du séjour. Le code postal de résidence enregistré est « 99999 ».

**Le décès donne toujours lieu à la production d'un RUM** ; dans ce cas une admission est toujours prononcée, quel que soit le temps écoulé entre l'entrée du malade et son décès.

**Les enfants nouveau-nés** font l'objet d'un RUM propre, y compris dans le cas habituel où ils séjournent en maternité auprès de leur mère et n'ont pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif d'admission (nouveau-nés dits « non hospitalisés »).

Le système d'information doit donc être en mesure de produire des résumés de séjour en l'absence d'ouverture de dossier administratif, sous le contrôle du service ou du département de l'information médicale.

Le numéro d'unité médicale à mentionner dans leur RUM est celui de l'unité d'hospitalisation où ils sont physiquement présents, obstétrique ou néonatalogie.

Lorsqu'ils sont nés dans l'établissement, leur date d'entrée est celle de leur date de naissance et leur mode d'entrée est codé par convention **8 Domicile**.

Le diagnostic principal (DP) du RUM est à choisir dans la catégorie **Z38** de la CIM-10 ; il est le plus souvent **Z38.0 Enfant unique né à l'hôpital**.

**Naissance d'un enfant séjournant en maternité avec sa mère** : le DP du séjour du nouveau-né est codé avec la catégorie **Z38 Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance**. Si un problème de santé est découvert à la naissance ou pendant le séjour en maternité, il est un diagnostic associé significatif du RUM du nouveau-né en maternité.

**Séjour en néonatalogie** : si le nouveau-né présente un problème de santé le DP doit être d'abord cherché dans le chapitre XVI de la CIM (puis, à défaut, dans un autre chapitre).

**NB** : la salle de naissance (salle de travail) n'est pas une unité médicale d'hospitalisation, elle est considérée comme une structure medicotechnique. Par conséquent, **en cas de transfert immédiat du nouveau-né après accouchement, le seul passage en salle de naissance (salle de travail) ne donne pas lieu à la production d'un résumé pour le nouveau-né.**

Cas particulier des **enfants mort-nés**. Les règles sont les suivantes depuis le 01 mars 2009 :

- Ils donnent lieu à la production d'un résumé d'unité médicale. L'enregistrement du **diagnostic principal** doit employer le code **P95 Mort fœtale de cause non précisée, à l'exclusion de tout autre**.
- **L'âge gestationnel** à la naissance et le **poids de naissance** doivent être enregistrés.
- La cause de la mort sera enregistrée comme diagnostic associé (DAS), que son identification ait donné lieu à des investigations (par exemple anatomocytologiques) ou non.
- L'information est portée sur le RSS de la mère par un code de la catégorie **Z37 Résultat de l'accouchement**.

Consignes modifiées au 01 mars 2011 :

**Les enfants nés sans vie (« mort-nés ») doivent faire l'objet de la production d'un RUM :**

- **les enfants nés sans vie à partir de 22 semaines d'aménorrhée révolues ou d'un poids d'au moins 500 grammes ;**

- **les produits d'interruption de grossesse pour motif médical (IMG) à partir de 22 semaines d'aménorrhée révolues ou d'un poids d'au moins 500 grammes.**

Ces seuils (22 SA ou un poids du fœtus de 500 grammes) conservent leur caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires et notamment l'établissement des taux de mortalité et de mortalité périnatale.

On enregistre par convention, en rang de DAS, le code **P 96.4 Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né** pour **identifier un mort-né résultant d'une IMG.**

## 2-2 Données administratives

*Il ne faut pas mésestimer l'information contenue à ce niveau ; elle a toute son importance (analyse des transferts, des décès, analyse des trajectoires de soins etc.).*

**Type d'autorisation de l'unité médicale :** lorsque le RUM concerne un séjour qui s'est déroulé dans une unité dont l'identification est obligatoire, les codes à employer sont :

04	Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)
05	Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)
06	Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)
13	Réanimation pédiatrique
14	Surveillance continue pédiatrique

### Modes d'entrée et de sortie :

Nous rappelons que le mode d'entrée pour une naissance est codé 8 par convention.

Le mode de sortie 9 *Décès* permet une analyse des décès maternels et de nouveau-nés.

Le mode d'entrée 7 *Transfert*, 1 *Provenance D'un établissement MCO* et

le mode de sortie 7 *Transfert*, 1 *Destination Vers un établissement MCO*

permettent une analyse des transferts in utero et des transferts de nouveau-nés.

Pour l'hospitalisation à domicile (HAD), juridiquement établissements de santé, les règles sont depuis le 01 mars 2009

- un mode d'entrée 7-6 [Transfert - HAD] ou 6-6 [Mutation - HAD]
- un mode de sortie 7-6 [Transfert - HAD] ou 6-6 [Mutation - HAD]

selon que l'HAD appartienne, selon le cas, à la même entité juridique ou à un autre établissement.

Ce recueil permet une analyse des prises en charge en HAD en obstétrique et périnatalité.

### Cas particulier des Prestations Inter établissements :

- Un malade est momentanément transféré d'un établissement demandeur [A] vers un établissement prestataire [B] pour y réaliser un acte médicotechnique ou une prestation (par exemple une embolisation des artères utérines) qui sera facturé à [A].

- Le séjour du malade en [B] dure moins de 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée hors de [A]).

Dans ces conditions, le séjour en [A] n'est pas clos administrativement, il est suspendu.

En d'autres termes, la réalisation de l'acte en [B] intervient sans interruption administrative du séjour en [A].

L'acte réalisé peut être renseigné dans le RUM par l'établissement demandeur en signalant en situation de DAS le code Z75.80 *Sujet adressé dans un établissement pour réalisation d'un acte.*

**N.B. : cette disposition s'applique dès lors que le séjour en [B] est inférieur à deux nuits.**

NB : si la durée d'hospitalisation en [B] est de plus de 2 journées civiles – plus d'une nuitée hors de [A] - la situation est celle d'hospitalisations administrativement distinctes rejoignant le cas général, avec leurs RSS respectifs également distincts.

### Chaînage des séjours :

Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre.

Elle permet de relier entre elles, grâce à un numéro de chaînage anonyme, les différentes hospitalisations d'un même malade.

Le principe du chaînage anonyme consiste en la création d'un numéro anonyme commun à toutes les hospitalisations d'un même malade, quel que soit le secteur d'hospitalisation (public ou privé) **ou le champ concerné (MCO, SSR, HAD, PSY).**

Sur une période donnée, les différents épisodes d'hospitalisation d'un même malade peuvent ainsi être identifiés et liés entre eux.

Un **Numéro Anonyme du Malade** est créé à l'échelon de l'établissement, à partir de variables identifiantes, par un procédé sécurisé dénommé fonction d'occultation des informations nominatives (FOIN).

Les variables identifiantes utilisées pour construire le numéro anonyme sont le **numéro d'assuré social** (ouvrant droit), la **date de naissance** et le **sexe**.

Il est donc possible d'identifier par ce numéro anonyme les différentes hospitalisations d'un même malade, sans connaître son identité. C'est cette opération qui est dénommée « chaînage anonyme ». À noter toutefois, que les jumeaux de même sexe ayant le même ouvrant droit ne peuvent être distingués.

## 2-3 Informations médicales

### ◆ Le poids à l'entrée dans l'unité médicale :

Poids en grammes à l'entrée dans l'unité médicale, sa mention est obligatoire pour les enfants âgés de moins de 28 jours.

Le recueil de cette information est en effet nécessaire au classement des séjours des nouveau-nés quand ils sont orientés dans la catégorie majeure de diagnostic CMD15 *Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale* de la Classification des GHM.

### ◆ Date des dernières règles

Cette variable doit être enregistrée lors des séjours de l'antepartum, de ceux au cours desquels a lieu l'accouchement et de ceux d'interruption de la grossesse pour motif médical.

Il s'agit de la date telle qu'elle figure dans le dossier médical de la patiente et qui sert de référence pour le calcul de l'âge gestationnel. Elle peut être précisée ou estimée, ou avoir été corrigée par la première échographie. Elle est enregistrée dans le RUM des patientes lors des séjours de la grossesse et de l'accouchement, et en cas d'interruption de la grossesse pour motif médical (IMG).

### ◆ Enregistrement de l'âge gestationnel :

Cette information n'a, à ce jour, aucun effet sur le classement en groupes homogènes de malades (GHM). Son intérêt est épidémiologique et pour l'organisation des soins (planification).

Il est demandé de saisir l'âge gestationnel :

- exprimé en nombre de **semaines révolues d'aménorrhée** ;
- dans le RUM du séjour de la mère dans lequel est enregistré l'acte d'accouchement, **à la date de l'accouchement, y compris en cas d'interruption de la grossesse pour motif médical** ;
- dans le RUM du nouveau-né produit par la première unité d'hospitalisation du nouveau-né au sortir de la salle de naissance, quelle qu'elle soit (**maternité, néonatalogie...**) **et seulement celui-ci, à la date de la naissance.**

Dans le RUM de la mère, la saisie en sus du code de l'acte d'accouchement, de sa date, permet le calcul de l'âge gestationnel à la date d'entrée. L'acte d'accouchement et sa date doivent être enregistrés dans le RUM de la mère. La distinction entre âge gestationnel à l'accouchement et âge gestationnel à l'entrée est faite à la demande des médecins de la discipline.

### ◆ Les diagnostics : diagnostic principal et, s'il y a lieu, diagnostic relié, diagnostics associés significatifs.

Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la CIM-10 et la liste nationale d'extensions donnée dans le manuel des groupes homogènes de malades (GHM) publié au Bulletin officiel du ministère chargé de la santé.

**La Morbidité Principale** : elle est constituée par le diagnostic principal complété, le cas échéant, par le diagnostic relié.

**Le Diagnostic Principal (DP)** du RUM est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM), déterminé à la sortie de l'UM.

Il résulte de cette définition qu'un problème de santé inexistant lors de l'admission dans l'UM et apparu au cours du séjour dans celle-ci ne peut jamais être le DP.

Le DP doit être déterminé conformément au guide des situations cliniques et en connaissance des possibilités de codage offertes par la 10<sup>e</sup> révision de la Classification Internationale des maladies (CIM-10).

Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale. Il est énoncé en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant, y compris les résultats d'examen effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie (anatomopathologie, virologie...).

**Le Diagnostic Relié (DR)** a pour rôle, en association avec le DP et lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du malade en termes médicoéconomiques.

Le DR est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, présent au moment du séjour. Le DR ne peut pas être une affection aiguë.

**N.B. : en obstétrique et en périnatalité, il n'y a pas lieu de renseigner de diagnostic relié !**

### Situations de surveillance négative

Après accouchement dans un établissement de santé A, une mère et son nouveau-né sont transférés dans un établissement de santé B pour les soins du postpartum (soins standard, pas de complication, nouveau-né normal) :

- le DP du RUM de la mère est codé Z39.08 *Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision* ;
- le DP du RUM du nouveau-né est codé avec la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* ou Z76.2 *Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé*.

Les codes Z38.- ne permettent donc pas de dénombrer exactement les naissances.

**Les Diagnostics Associés (DA)** ont été séparés en deux catégories : les Diagnostics Associés Significatifs (DAS) et les Diagnostics Associés Documentaires (DAD).

Les DAS sont susceptibles d'intervenir dans le classement en GHM ; ils sont présents dans le résumé de sortie anonyme (RSA).

Les DAD au contraire ne sont pas lus par l'algorithme de groupage (ils sont ignorés par lui) et ne sont pas présents dans le RSA et ne sont donc pas transmis à la tutelle.

**N.B. : seuls sont pris en compte dans les RSA (information disponible dans la base régionale) les diagnostics associés significatifs.**

On distinguera **deux types de diagnostics associés significatifs (DAS)**.

1°) **Les diagnostics**, symptômes ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP et constituant :

- un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection) ;
- ou une complication de la morbidité principale ;
- ou une complication du traitement de la morbidité principale.

Un diagnostic associé est dit significatif

- s'il est pris en charge pour sa propre part à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il **majore l'effort de prise en charge** d'une autre affection.

Par prise en charge diagnostique on entend :

- la consultation auprès du patient d'un médecin ou d'un auxiliaire médical spécialisé ;
- la réalisation d'investigations médicotechniques quelle que soit leur nature.

Par prise en charge thérapeutique on entend la réalisation :

- d'un traitement médicamenteux quelles qu'en soient la posologie et la voie d'administration ;
- d'un acte thérapeutique médicotechnique ;
- d'un acte thérapeutique d'auxiliaire médical.

Peut ainsi être considéré comme un DAS un état de santé ayant accru la **charge de soins** ou des **conditions socioéconomiques** ayant justifié une prise en charge particulière.

Ne doivent pas être retenues comme significatives les affections ne respectant pas la définition, par exemple les antécédents guéris, les maladies stabilisées ou les facteurs de risque n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge, mais également les symptômes ou les résultats anormaux d'examens inhérents à une maladie codée par ailleurs dans le résumé du séjour.

2°) **Les DAS par convention** ne répondent pas forcément à la définition précédente mais ils doivent être enregistrés en position de DAS du fait des consignes de codage propres au PMSI en MCO. Les cas de DAS conventionnels sont :

• **L'interruption de la grossesse avant 22 SA** : le DP est un code de la catégorie O04 « Avortement médical »

- en cas d'interruption volontaire (IVG), le **code Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée** doit être enregistré comme DAS ;
- en cas d'interruption thérapeutique (IMG), c'est un code de la catégorie O28 *Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère* qui doit l'être.

• **L'antepartum, l'accouchement et le postpartum** : pour un classement dans les GHM ad hoc,

- l'antepartum doit être signalé par un **code Z35.- en DAS**,
- l'accouchement doit donner lieu au codage, également en DAS, de son résultat Z37.- ;

**Des extensions de codes sont créées** dans la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement*, pour **distinguer, parmi les enfants mort-nés (Z37.1, Z37.3...), ceux qui résultent d'une d'interruption médicale de grossesse.**

- **le postpartum doit être signalé par un code Z39.- en DAS**

Catégorie Z39 : il importe dès 2011 de saisir un code Z39.- en position de DA pour les hospitalisations du postpartum car il sera nécessaire, dans les versions à venir des GHM, pour orienter correctement le RSS dans les groupes adaptés (les codes Z39.- sont appelés, pour les séjours du postpartum, à jouer ultérieurement un rôle comparable à celui de Z35.- pour les séjours de l'antepartum et de Z37.- pour ceux d'accouchement).

- Le transfert pour ou après la réalisation d'un acte : l'établissement d'hébergement doit associer Z75.80 en DAS, au codage de la prestation extérieure.

#### ♦ Le(s) acte(s) réalisé(s) au cours du séjour :

Ils peuvent être diagnostiques ou thérapeutiques. Les actes à recueillir sont **au minimum les actes classants** au sens de la classification des GHM et les actes utilisés comme critères pour le financement de certaines activités (réanimation).

Mais la mention des actes obligatoires ne constitue qu'un minimum et il est fortement recommandé d'étendre le recueil à tous les actes qui entraînent une mobilisation significative de ressources.

Les résumés de séjour de moins d'une journée (hospitalisation de jour) doivent enregistrer tous les actes réalisés dès lors qu'ils sont répertoriés dans la CCAM.

**Le codage d'un acte avec la CCAM associe la date de réalisation de l'acte.**

**L'enregistrement de la date de réalisation est obligatoire pour les actes d'accouchement.**

#### ♦ Confirmation du codage

Le RSS peut devoir être confirmé lorsqu'un séjour comportant un acte d'accouchement est classé dans certains GHM n'appartenant pas à la CMD14 *Grossesses pathologiques, accouchement et affections du postpartum*.

**Il est essentiel que le résumé de séjour décrive le plus exactement possible le séjour du malade. L'enregistrement dans le RUM d'une affection correspondant à la définition du DAS est obligatoire. N.B. : toutes les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier **médical** du patient.**

## 2-4 Procédure d'assurance qualité

La production des résumés de sortie standardisés (RSS) est assurée à partir des RUM, sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale.

- Les données sont recueillies, pour chaque malade, par le praticien responsable de la structure médicale ou médicotechnique ou par le praticien ayant dispensé des soins au malade et elles sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.
- Le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Le médecin responsable de l'information médicale conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs.

*Un travail doit être fait pour améliorer la qualité des données PMSI tant dans un objectif T2A que pour l'utilisation qui est faite au sein du réseau Périnat.*

*- Une attention particulière doit être portée sur le **chaînage des séjours des nouveau-nés**.*

*Parmi les recommandations simples que nous pouvons proposer :*

*- **Veiller à ce que les séjours d'obstétrique (CMD 14) aient un âge compatible avec une grossesse (entre 10 et 59 ans).***

*- **Ne pas utiliser de codes P pour le séjour de la mère.***

*- **Ne pas utiliser de codes O pour le séjour du nouveau-né.***

*- **Ne pas utiliser de diagnostic relié ni pour le séjour de la mère, ni pour celui du nouveau-né.***

## III- Consignes de codage

### 3-1 Complications des Actes Médicaux et Chirurgicaux

il est recommandé, pour les traumatismes et autres affections dues à des causes externes, de coder tant la nature de l'affection que les circonstances de la cause externe. Le code préféré pour « l'affection principale » devrait être celui qui désigne la nature de l'affection :

- avec un code du groupe T80-T88 lorsque le code le plus précis pour la complication appartient à ce groupe ;
- sinon avec un code d'une catégorie « Atteintes [troubles] [affections] de l'appareil...après un acte à visée... » lorsque la complication y figure, ce qui exclut les souscatégories .8 ;
- dans les autres cas avec un code « habituel » de la CIM-10.

Lorsque le codage utilise un code « habituel » de la CIM-10 il est complété par le code du groupe T80-T88 correspondant à la nature de la complication.

Dans tous les cas le codage est complété par le ou les codes *ad hoc* du chapitre XX (Y60-Y84, Y88, Y95).

On en rapprochera les complications d'actes classées dans le chapitre XV de la CIM « Grossesse, accouchement et puerpéralité » : quatrième caractère des catégories O03, O06 et O08 pour les avortements, catégories O29, O74...

**N.B. : Leur emploi s'impose pour le dossier de la mère** pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la puerpéralité.

Par exemple : **O86.0 Suppuration d'une cicatrice de césarienne**

Ils seront complétés avec le chapitre XX.

Dans les cas de complication infectieuse, il est recommandé de coder le germe avec les catégories B95-B97 et, le cas échéant, une résistance à un antibiotique avec un code de catégories U80-U8910.

Par exemple : **O86.0, Y83.8, B95.8 Suppuration à staphylocoque d'une cicatrice de césarienne.**

## 3-2 Interruptions de Grossesse

Par « interruption de grossesse » on entend d'une part l'interruption volontaire (IVG) et d'autre part l'interruption pour motif médical (IMG).

L'interruption de grossesse, y compris médicamenteuse, doit faire l'objet d'un RUM.

### 3-2-1 Codage des IVG non compliquées :

il associe un code de la catégorie **O04 Avortement médical** en position de diagnostic principal (DP) et le code **Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée** en position de diagnostic associé significatif (DAS).

Pour les IVG médicamenteuses, un résumé d'unité médicale (RUM) unique doit être produit.

Il doit mentionner par convention des dates d'entrée et de sortie égales à la date de consultation de la délivrance du médicament abortif, quel qu'ait été le déroulement réel de la prise en charge.

### 3-2-2 Codage des IVG compliquées :

- Survenant **au cours du séjour** même de l'IVG, celle-ci est codée par le quatrième caractère du code O04-. Le cas échéant un code de la catégorie O08 *Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire* en position de DAS peut identifier la nature de la complication.

- **Donnant lieu à une rehospitalisation**, deux cas doivent être distingués :

- S'il s'agit d'un **avortement incomplet**, avec rétention simple ou compliquée de produits de la conception, le codage utilise la catégorie O04, le quatrième caractère précise le caractère simple ou identifie la nature de la complication.

L'acte enregistré est JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement.

- S'il s'agit d'une **complication autre** qu'un avortement incomplet, le DP est un code de la catégorie O08.

L'acte ou les actes enregistrés sont ceux réalisés pour le traitement de la complication.

- Dans ces deux cas, rétention ou autre complication, **le code Z64.0 ne doit pas figurer dans le RUM.**

### 3-2-3 Echec d'IVG :

Constat d'une poursuite de la grossesse.

Ce cas est généralement observé après une IVG médicamenteuse. Il conduit à pratiquer une IVG instrumentale.

Le DP est un code de la catégorie O07 *Echec d'une tentative d'avortement*.

Le code Z64.0 est porté en position de DAS.

L'acte enregistré est JNJD002 Evacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.

### 3-2-4 Codage des IMG (séjour maternel) :

Il diffère selon la durée de la gestation au moment de l'interruption.

**Pour les IMG avant vingt-deux semaines entières d'aménorrhée, il s'agit d'un avortement.**

• DP **O04.-** ; pas de diagnostic relié (DR) ;

• DAS : on enregistre par convention un code de la catégorie **O28 Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère** ; la catégorie **O35 Soins maternels pour anomalies et lésions fœtales** permet d'enregistrer en sus le motif de l'IMG (la note d'inclusion placée sous son titre ne s'oppose pas à sa mention conjointe dans le RSS avec un code d'avortement) ;

• acte d'interruption de grossesse ;



- date des dernières règles.
- il n'y a pas de production de RUM pour l'enfant mort-né, avant 22 SA.

**Pour les IMG à partir de vingt-deux semaines entières d'aménorrhée, il s'agit d'un accouchement.**

- diagnostic associé (DAS) :

Les règles de codage changent à compte du 01 mars 2011 :

**Des extensions de codes sont créées dans la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement*, pour distinguer, parmi les enfants mort-nés (Z37.1, Z37.3...), ceux qui résultent d'une d'interruption médicale de grossesse.**

En conséquence, l'emploi des codes de la catégorie O28 *Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère* conseillé à ce jour pour identifier les mort-nés résultant d'une IMG à partir de 22 SA, est abandonné.

- acte d'accouchement ;
- date des dernières règles.

### 3-3 Emploi des Catégories O80-O84 du chapitre XV de la CIM

On attire l'attention sur la note inscrite en tête du groupe Accouchement (O80-O84) de la CIM (volume 1 page 809). **Il en résulte que l'emploi des codes O81.0 à O84.9 comme DP du RUM est une erreur.** Dans les cas correspondants, le code du DP doit être choisi parmi les autres codes du chapitre XV de la CIM.

L'exemple du volume 2 de la CIM est une illustration claire de la consigne de codage :

Affection principale :	accouchement de jumeaux
Opération :	accouchement spontané
Classer à jumeaux (O30.0) comme affection principale	

### 3-4 Emploi des Catégories P00 À P04 du chapitre XVI de la CIM

Une note d'inclusion placée sous le titre du groupe P00-P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* (CIM-10, volume 1, chapitre XVI) fixe des conditions très restrictives à l'emploi de ces codes : ce groupe « comprend les affections maternelles mentionnées seulement si elles sont précisées comme étant la cause de mortalité ou de morbidité du fœtus ou du nouveau-né ».

Il est apparu que cette contrainte empêchait de recueillir des informations nécessaires pour expliquer les consommations de ressources inhabituelles de certains séjours de nouveau-nés.

Par exemple, dans le cas d'une naissance par césarienne, un nouveau-né en parfaite santé voit sa durée de séjour augmentée du seul fait de la prolongation de l'hospitalisation de sa mère.

Si on allègue la contrainte ci-dessus pour ne pas employer le code P03.4 *Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne*, aucune information du résumé de séjour du nouveau-né n'explique l'allongement du séjour.

En conséquence, il faut étendre l'utilisation des codes P00-P04 aux circonstances dans lesquelles les états mentionnés ont été **cause de mortalité, de morbidité ou de soins supplémentaires au nouveau-né.**

**Exemple : un nouveau-né normal né par césarienne bénéficie habituellement de soins supplémentaires par rapport à un nouveau-né normal né par voie basse (présence d'un pédiatre, surveillance en rapport avec les risques respiratoires, soins nécessités par la moindre autonomie de la mère...). Il est donc licite de mentionner systématiquement le code P03.4 dans le dossier de tout nouveau-né né par césarienne.**

Par ailleurs, on constate une large utilisation des codes du chapitre XVI pour des nouveau-nés dont les autres caractéristiques du séjour ne permettent pas de penser qu'il s'agit d'un nouveau-né « à problème ». Il s'agit probablement, dans certains cas, d'une utilisation de type « documentaire ».

Il est particulièrement important, compte tenu de l'arbre de décision de la CMD 15 *Nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale*, que les codes utilisés dans le RUM d'un nouveau-né **soient enregistrés correctement en respectant la définition des diagnostics associés significatifs.**

Cette observation s'applique également à l'ensemble des codes des autres chapitres de la CIM-10 utilisés pour décrire le séjour d'un nouveau-né.

### 3-5 Emploi des codes du chapitre XXI de la CIM (codes Z)

La qualité de la hiérarchisation et du codage des diagnostics du résumé de séjour du PMSI en MCO nécessite une bonne connaissance du chapitre XXI *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* (codes Z) de la CIM-10.

### Catégories Z30 à Z39 - Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction :

- **La catégorie Z33** permet, pour une femme enceinte hospitalisée pour un motif sans rapport avec sa grossesse, de l'enregistrer comme diagnostic associé lorsqu'elle se déroule normalement.  
Exemple : traumatisme de la jambe chez une femme enceinte  
DP : la lésion de la jambe, diagnostic associé : Z33
- **Catégories Z34 et Z35** : Z34 comprend la surveillance systématique de la grossesse normale, habituellement réalisée en consultation externe.  
L'intitulé de la catégorie Z35 *Surveillance d'une grossesse à haut risque* ne doit pas être lu de manière rigide. La CIM est une classification, cet intitulé doit être compris dans son contexte.  
Finalement, deux classes sont destinées au codage des surveillances de grossesses, Z34 pour les grossesses normales et Z35 pour les autres, c'est-à-dire pour toutes les non normales (à risque, « haut » ou non).  
**Dans le cas des hospitalisations de l'ante partum, la mention d'un code Z35.– comme DAS est indispensable à l'orientation correcte du RSS entre les groupes homogènes de malades de l'ante partum et du post partum.**
- **Catégorie Z37** : le cas échéant, la mention d'un de ses codes comme DAS est indispensable au classement du RSS dans un groupe homogène d'accouchement.  
**N.B. : Un code Z37.– est indispensable au classement dans un GHM d'accouchement**  
Il est rappelé que les codes Z37.– sont, dans le PMSI, le seul « compteur d'accouchements » fiable et exhaustif.  
**Les règles de codage changent à compter du 01 mars 2011 :**  
**Des extensions de codes sont créées dans la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement*, pour distinguer, parmi les enfants mort-nés (Z37.1, Z37.3...), ceux qui résultent d'une d'interruption médicale de grossesse.**
- **Catégorie Z38** : Z38.0 *Enfant unique né à l'hôpital* est le code le plus fréquemment utilisé comme DP des RUM des nouveau-nés, puisqu'il l'est pour tous ceux en bonne santé, venus au monde au cours d'une naissance unique dans un établissement d'hospitalisation.  
**Z38.0 est le code du DP du RUM du nouveau-né dont le séjour se déroule en maternité auprès de sa mère.** Dans cette situation il ne justifie évidemment aucun DR.
- **Catégorie Z39 *Soins et examens du post-partum* : des extensions de codes sont créées dans la catégorie pour distinguer les accouchements survenus avant l'admission dans un établissement de santé.**
- **Lactarium**  
**Un nouveau code CIM-10 étendu créé par l'ATIH devra être porté dans le RSS du nouveau né, pour identifier les nouveau-nés et nourrissons qui bénéficient de lait provenant d'un lactarium : Z76.850 *Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium.***  
Il doit être renseigné en DA dans le RUM de leur séjour.

### 3-6 Codage des actes avec la CCAM

#### Précisions sur l'emploi du code ZZLP025, en particulier en obstétrique

A compter du 1er mars 2007 l'utilisation du code ZZLP025 (Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1) est applicable à tous les actes jusqu'alors considérés comme devant être réalisés sans anesthésie, dès lors que leur réalisation est faite sous anesthésie.

Désormais, tous les gestes complémentaires du paragraphe 18.02.09 (Gestes complémentaires liés à la grossesse et à l'accouchement) autorisent la mention du code ZZLP025.

Cette possibilité n'est en fait que théorique. Si l'on excepte la révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle (JNMD002) – dont on espère que le comportement particulier, identique à celui d'un acte, sera prochainement régularisé –, ces gestes complémentaires ne peuvent pas être mentionnés avec le code ZZLP025 si l'accouchement est réalisé sous anesthésie rachidienne.

En termes de codage, il existe une incompatibilité entre le code AFLB010 (Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse) et le code ZZLP025 ; et médicalement, on doit considérer que leur réalisation « bénéficie » alors de l'anesthésie de l'accouchement.

Le code ZZLP025 ne peut donc être porté que pour un accouchement par voie basse se déroulant sans anesthésie, au cours duquel il est décidé d'endormir la parturiente pour effectuer l'un des gestes suivants :

- version du fœtus par manœuvres obstétricales internes (JQED001)
- réduction d'une dystocie sévère des épaules (JQED002)
- extraction instrumentale au détroit moyen sur présentation céphalique (JQGD009)
- extraction instrumentale au détroit inférieur sur présentation céphalique (JQGD006)
- extraction instrumentale sur tête dernière, au cours d'un accouchement par le siège (JQGD011)

- extraction manuelle du placenta complet (JPGD001).

Aucun des autres gestes complémentaires ne devrait nécessiter la présence d'un anesthésiste et l'emploi d'une anesthésie.

**On ne doit donc généralement pas rencontrer la mention simultanée des codes AFLB010 et ZZLP025 sur le RSS d'un séjour en maternité.**

Les codeurs peuvent cependant être confrontés à une alerte signalant une incompatibilité entre le code AFLB010 et l'un quelconque de ceux des autres gestes d'anesthésie complémentaire : lorsque l'accouchement s'est déroulé par voie basse sous anesthésie rachidienne et qu'un acte (par exemple, évacuation ou excision d'une thrombose hémorroïdaire, reprise d'une cicatrice d'épisiotomie pour désunion) est réalisé avec anesthésie complémentaire pendant le séjour.

Le terme « anesthésie » employé dans la CCAM a le sens d'anesthésie générale ou locorégionale, le geste doit être réalisé par un médecin spécialiste de la discipline, distinct de l'intervenant principal.

## IV Priorités du réseau Périnat Aquitaine

### 4-1 Addictions, problèmes psychologiques et facteurs environnementaux et grossesse

#### Objectifs :

- Dans le cadre de la prise en charge des troubles psychologiques de la mère et de l'enfant, repérer des indicateurs issus du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).
- Assurer un recueil de l'activité de la prise en charge psychologique de la mère et de l'enfant et de situations identifiées relevant du champ médico-social.

#### Sources des données :

- L'analyse porte sur les données médicales du champ MCO, HAD et PSY (Psychiatrie).
- L'outil de codage des pathologies est la CIM-10.
- Les autres recueils dans le système d'information, hors champ PMSI, relevant d'une prise en charge par d'autres professionnels de santé, se feront soit avec la NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels) pour les non médecins soit avec la CCAM.
- Il est impératif de respecter les règles de codage et de hiérarchisation du PMSI, en particulier la définition du DAS.
- La plupart des codes proposés ont en effet vocation à être renseignés en situation de DAS pour des séjours liés à la grossesse (codes O-) et à la périnatalité (codes P-).
- Un thesaurus a été élaboré à partir de la CIM-10.
- Des exercices de codage à partir de situations cliniques sont proposés.

### 4-2 Mortalité maternelle

Sont recherchés dans les bases PMSI MCO constituées les séjours comportant les informations suivantes :

- femme en âge de procréer (10-59 ans)
- décédées (mode de sortie = 9-Décès)
- comportant au moins 1 diagnostic signalant un état de grossesse.

**N.B. Il est important de sensibiliser l'ensemble des services prenant en charge une femme enceinte aux règles de codage en rapport avec l'état de grossesse, sans se limiter aux seules maternités. Il en est ainsi des services d'urgences et de réanimation.**

Il importe, si le choix du DP n'est pas un code en O-, qu'au moins un code signale en rang de DAS un état de grossesse (codes O ou Z33-Z39).

### 4-3 Mortalité périnatale, néonatale et infantile

Sont recherchés dans les bases PMSI MCO constituées les séjours de nouveau-nés ou d'enfants comportant les informations suivantes :

- enfant décédé (mode de sortie = 9-Décès) ;
- dont le DP est P95 pour les mort-nés ;
- dont l'âge en jour au moment du décès est inférieur à 28 (âge à l'admission + durée du séjour) pour la mortalité néonatale ;
- dont l'âge en jour au moment du décès est inférieur à 364 (âge à l'admission + durée du séjour) pour la mortalité infantile.

**N.B. Les règles concernant la production d'un résumé de séjour pour les enfants mort-nés ont changé (cf. supra). Il importe de s'y conformer.**

Le travail s'élargira à la mortalité périnatale à partir des données 2009.

#### 4-4 Hémorragies graves de la grossesse

Des indicateurs ont été identifiés pour repérer les séjours avec hémorragies, il s'agit de gestes marqueurs du traitement d'un événement hémorragique grave.

Certaines prises en charge se font après mutation ou après transfert d'un autre établissement (sans passage par le service maternité), dans un service d'urgences ou une unité de réanimation.

L'objet des 2 exercices présentés est aussi de montrer que l'on peut renseigner un séjour de **prise en charge aux urgences ou en unité de réanimation** avec les codes habituels du service, **sans oublier les codes spécifiques signalant un état de grossesse.**

Le renseignement des actes avec la CCAM doit être un objectif pour chacun des intervenants. Cela vaut en particulier pour ces situations mobilisant plusieurs équipes de différents services.

Il importe, si le choix du DP n'est pas un code en O-, qu'au moins un code signale en rang de DAS un état de grossesse (codes O ou Z33-Z39).

### V Indicateurs pour le réseau Périnat Aquitaine issus du PMSI

#### Item 1 - Nombre de maternités en activité

La base régionale, mise à notre disposition par notre **ARS**, contient les données PMSI de tous les établissements adhérents à une charte, définissant les règles d'utilisation de ces données.

La charte est signée par le directeur et le président de la CME de l'établissement de santé.

Tous les établissements aquitains ne sont pas adhérents, mais la base régionale est quasi exhaustive pour le champ MCO, qui comprend l'obstétrique et la pédiatrie.

De 2000 à 2004, il manquait à chaque fois, pour le questionnaire Périnat, les données d'un établissement. Toutes les données sont disponibles depuis 2005.

#### Liste séjours accouchements

n°GHM	Libellé GHM	version classification
14C02A	Césariennes sans complication significative	V9
14C02B	Césariennes avec autres complications	V9
14C02C	Césariennes avec complications majeures	V9
14C03Z	Accouchements par voie basse avec autres interventions	V9
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	V9
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	V9
14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures	V9
14Z02T	Accouchements par voie basse, séjour de courte durée	V11

Sont suivis comme **indicateurs complémentaires** la DMS (durée moyenne de séjour) et le taux de sortie précoce pour 3 GHM :

14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative
14C02A	Césariennes sans complication significative
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif

#### Item 2 - Age maternel au moment de l'accouchement

C'est l'âge de la mère tel que renseigné sur le séjour. Une procédure simple est de vérifier l'âge des séjours pour accouchements, qui devraient tous être dans une fourchette 10-59ans.

#### Item 3 - Nombre total d'accouchements

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements ».

**Un travail complémentaire est réalisé selon l'âge gestationnel, exprimé en semaines d'aménorrhée, qui peut être renseigné depuis le 01 mars 2008.**

**Le nombre d'accouchement avec enfant né vivant est précisé.**

#### Item 4 - Taux de césariennes

Les résultats concernent les séjours « césariennes » (GHM 14C02A, 14C02B et 14C02C).

#### Item 5 - nombre d'accouchements VB avec extractions instrumentales

Les résultats concernent les séjours « accouchements par voie basse » (GHM 14C03Z, 14Z02A, 14Z02B, 14Z02C, 14Z02T) comportant un acte d'extraction instrumentale.

**liste actes « extraction instrumentale » de la CCAM :**

code	libellé
JQGD009	Extraction instrumentale au détroit moyen sur présentation céphalique
JQGD006	Extraction instrumentale au détroit inférieur sur présentation céphalique
JQGD011	Extraction instrumentale sur tête dernière, au cours d'un accouchement par le siège

**Item 6 - Taux d'accouchements spontanés par voie basse**

Les résultats concernent les séjours « accouchements par voie basse » ne comportant pas d'acte d'extraction instrumentale.

**Item 7 - Taux d'analgésies péridurales au cours des accouchements par voie basse**

Les résultats concernent les séjours « accouchements par voie basse » comportant un acte d'analgésie péridurale.

**liste actes « analgésie péridurale » de la CCAM :**

code	libellé
AFLB010	Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse

**Item 7bis - Taux d'analgésies générales au cours des accouchements par voie basse**

Les résultats concernent les séjours « accouchements par voie basse » comportant un acte isolé d'anesthésie autre que l'**analgésie** péridurale.

**liste actes « anesthésie complémentaire » de la CCAM :**

code	libellé
ZZLP025	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1

**Item 8 - Taux d'accouchements par voie basse sans analgésie**

Les résultats concernent les séjours « accouchements par voie basse » ne comportant aucun acte d'analgésie ou d'anesthésie.

**Item 9 - Accouchements avec complications**

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements ». Ces séjours sont classés en 2 groupes, avec ou sans complications.

**• liste des GHM « accouchements sans complications »**

n°GHM	libellé
14C02A	Césariennes sans complication significative
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative
14Z02T	Accouchements par voie basse, séjour de courte durée

**• liste des GHM « accouchements avec complications »**

n°GHM	libellé
14C02B	Césariennes avec autres complications
14C02C	Césariennes avec complications majeures
14C03Z	Accouchements par voie basse avec autres interventions
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications
14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures

**Item 09 bis - Accouchements avec complications hémorragiques**

2 analyses sont faites, l'une sur les diagnostics, l'autre sur les actes :

**09bis-01 Le diagnostic d'hémorragie**

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements » comportant en DP ou DAS un diagnostic signalant une hémorragie au cours du travail ou après l'accouchement.

**liste diagnostics « hémorragie au cours du travail ou après l'accouchement » de la CIM-10 :**

code	libellé
O44.1	Placenta prævia avec hémorragie
O45.0	Décollement prématuré du placenta avec anomalie de la coagulation (HRP)
O46.0	Hémorragie précédant l'accouchement avec anomalie de la coagulation
O67.0	Hémorragie pendant l'accouchement avec anomalie de la coagulation, CIVD
O67.8	Autres hémorragies pendant l'accouchement
O67.9	Hémorragie pendant l'accouchement, sans précision

O72.0	Hémorragie de la délivrance (troisième période)
O72.1	Autres hémorragies immédiates du post-partum, atonie utérine
O72.2	Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire, rétention partielle du placenta ou des membranes
O72.3	Anomalie de la coagulation au cours du post-partum

### 09bis-02 Le traitement de l'hémorragie

Les résultats concernent l'ensemble des séjours de femmes en âge de procréer, dont le RSA contient un des actes sélectionnés dans le paragraphe 09.03.04 *Traitement des complications immédiates de l'accouchement* et un diagnostic de grossesse en DP ou DAS (codes O ou Z33-Z39).

liste actes « traitement des complications hémorragiques de l'accouchement » de la CCAM :	
code	libellé
JNCA002	Suture du corps de l'utérus [Hystérorraphie] pour rupture obstétricale, par laparotomie
EDSF011	Embolisation des artères iliaques internes [hypogastriques] et/ou de ses branches pour hémorragie du post-partum, par voie artérielle transcutanée
EDSA002	Ligature des artères iliaques internes [hypogastriques] pour hémorragie du post-partum, par laparotomie
ELSA002	Ligature des pédicules vasculaires de l'utérus pour hémorragie du post-partum, par laparotomie
JNFA001	Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie

### Item 10 - Grossesses multiples

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements » comportant en diagnostic associé (DAS) un code de la catégorie Z37 signalant une naissance multiple.

#### liste diagnostics « grossesses multiples »

##### Code libellé

Z37.2	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants
Z37.3	Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né
Z37.4	Naissance gémellaire, jumeaux morts-nés
Z37.5	Autres naissances multiples, tous nés vivants
Z37.6	Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants
Z37.7	Autres naissances multiples, tous morts-nés

### Item 11 - Allaitement maternel

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements » comportant en diagnostic associé (DAS) un code signalant l'allaitement maternel.

#### liste diagnostic « allaitement maternel »

##### Code libellé

Z39.1	Soins et examens de l'allaitement maternel, qui comprend : Surveillance de l'allaitement
-------	--

### Item 12 - Déchirures graves du périnée

Les résultats concernent les séjours « accouchements par voie basse ».

Deux études sont faites :

- sur les séjours comportant un diagnostic de déchirure grave du périnée, quel que soit son rang de classement (DP ou DAS) ;
- sur les séjours comportant un acte de réparation de déchirure grave du périnée.

Une comparaison des 2 résultats peut être faite, ils devraient être concordants.

#### liste diagnostics « déchirures graves du périnée » :

##### Code libellé

O70.1	Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré
O70.2	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré
O70.3	Déchirure obstétricale du périnée, du quatrième degré

#### liste actes « réparation de déchirures graves du périnée » de la CCAM :

##### code libellé

JMCA003	Suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du sphincter 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
N.B. ces actes ont les codes activité 1 et 4, ce dernier permet de signaler une anesthésie associée.	

### Item 13 - Nombre de décès maternels

Les résultats concernent :

- l'ensemble des séjours de femmes en âge de procréer avec mode de sortie *Décès* et un code diagnostic signalant un état de grossesse, quel que soit son rang de classement (DP ou DAS).
- Sont exclus les RSA qui ne répondent pas à la définition de l'OMS et aux critères suscités (erreur sur le mode de sortie, etc.)

Rappelons qu'il existe 3 codes de la CIM pouvant signaler un décès maternel d'origine obstétricale.

Ces codes correspondent à des situations sans cause expliquée ou hors champ, ils doivent être complétés par la description de la nature de l'affection à l'origine du décès.

#### liste diagnostics « décès maternels » :

##### Code libellé

O95	Mort d'origine obstétricale de cause non précisée
O96	Mort d'origine obstétricale, survenant plus de 42 jours mais moins d'un an après l'accouchement
O97	Mort de séquelles relevant directement d'une cause obstétricale

### Item 14 - Nombre de naissances

Les résultats concernent l'ensemble des séjours des nouveau-nés nés dans l'établissement (hors transferts depuis la salle de naissance).

Rappelons que par convention le mode d'entrée du résumé de séjour est 8 *Domicile*.

**Un travail complémentaire est réalisé selon l'âge gestationnel, exprimé en semaines d'aménorrhée, qui peut être renseigné depuis le 01 mars 2008.**

**Le nombre d'enfants nés vivants est précisé.**

### Item 15 - Nombre de décès de nouveau-nés

Les résultats concernent l'ensemble des séjours comportant un mode de sortie *Décès*.

Cette sélection est faite en fonction de l'âge à l'admission et de la durée du séjour, pour déterminer l'âge au moment du décès.

Depuis le format RUM 2000 il était demandé de ne plus produire de résumé de sortie pour un enfant mort-né. Cette disposition a changé depuis le 01 mars 2009.

Trois indicateurs sont étudiés :

**Les mort-nés** : séjours ayant un DP P95

**La mortalité néonatale** : enfants nés vivants, âge au décès inférieur à 28 jours

**La mortalité infantile** : âge au décès supérieur à 27 et inférieur à 364 jours.

### Item 16 - Nombre de morts in utero et d'IMG à partir de 22SA nombre de morts-nés (séjours maternels)

En sus du renseignement des séjours d'enfants mort-nés, il est possible de repérer les séjours accouchement avec naissance d'un enfant mort-né.

**A compter du 01 mars 2011 il sera possible d'identifier les séjours avec mort-nés liés à une IMG et les autres.**

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements » comportant en diagnostic associé (DAS) un code signalant un ou plusieurs morts-nés.

**Bien se référer aux critères réglementaires (22 SA ou 500 g) pour différencier ce qui relève d'un avortement ou d'un accouchement, avec les règles de codage spécifiques qui s'y appliquent.**

**liste diagnostics « morts in utero » :****Code libellé**

- Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.30 Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.31 Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.40 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.41 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.60 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.61 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.70 Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical  
 Z37.71 Autres naissances multiples, tous mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

**Item 17 - Interruptions volontaires de grossesse IVG et IMG avant 22 SA****nombre d'IVG :**

Les résultats concernent l'ensemble des séjours comportant en DP un code de la catégorie O04 *Avortement médical* et en DAS un code Z64.0 signalant une grossesse non désirée.

Les modalités de l'IVG sont décrites par les actes (moyen médicamenteux ou acte chirurgical).

L'étude porte sur l'ensemble des établissements aquitains.

**liste diagnostic « interruption volontaire de grossesse » :****Code libellé**

- Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée

**nombre d'IMG avant 22SA :**

Les résultats concernent l'ensemble des séjours comportant en DP un code de la catégorie O04 *Avortement médical* et en DAS un code des catégories O28 et/ou O35.

**liste diagnostics « interruptions médicales de grossesse » :****Code libellé**

- O28.0 Résultats hématologiques anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère  
 O28.1 Résultats biochimiques anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère  
 O28.2 Résultats cytologiques anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère  
 O28.3 Résultats échographiques anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère  
 O28.4 Résultats radiologiques anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère  
 O28.5 Résultats chromosomiques et génétiques anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère  
 O28.8 Autres résultats anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère  
 O28.9 Résultat anormal constaté au cours de l'examen prénatal systématique de la mère, sans précision

**Item 18 - Poids des nouveau-nés**

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « naissances » selon le poids en grammes enregistré sur le résumé de séjour.

N.B. Le terme de l'accouchement, exprimé en semaines d'aménorrhée, peut être renseigné depuis le 01 mars 2008. Un travail complémentaire est fait en fonction de l'âge gestationnel.

**Item 19 - Réanimation du nouveau-né**

Les résultats concernent l'ensemble des séjours enfants dont l'âge est compris entre 0 et 27 jours et comportant un acte de réanimation.

Ont été retenus les actes des sous-chapitres correspondant au traitement d'une défaillance de système ou d'organe.

**liste actes « réanimation du nouveau-né » avec la CCAM :****sous-chapitres****libellé**

- |       |                         |
|-------|-------------------------|
| 04.07 | ASSISTANCE CIRCULATOIRE |
| 06.04 | ASSISTANCE RESPIRATOIRE |



07.07	SUPPLÉANCE NUTRITIONNELLE
08.08	ÉPURATION EXTRARÉNALE

**N.B. : de nouvelles modalités d'analyse seront définies en 2011 sur le profil des nouveau-nés admis en néonatalogie de niveaux 1, 2 et 3.**

### Item 20 - Conduites addictives de la mère

Ce travail est complémentaire de celui fait par le groupe addictologie.

Il est possible de renseigner le séjour de la mère en DAS (addiction), et éventuellement celui du nouveau-né (conséquences de l'addiction). L'étude porte sur les 2 populations (mère/enfant), une comparaison des résultats peut en être faite.

N.B. : ces codes ne doivent être utilisés qu'en cas d'affection ou symptômes nécessitant une prise en charge spécifique.

En introduction du chapitre XV de la CIM-10, sont bien précisées les règles d'utilisation des codes O et les exclusions. Tabagisme (comme alcoolisme) renvoie au code O99.3, très imprécis.

Rien n'interdit d'utiliser en sus un autre code de la CIM plus précis.

Les résultats concernent :

- l'ensemble des séjours « accouchements » comportant en diagnostic associé (DAS) un code signalant une addiction maternelle ;
- l'ensemble des séjours « naissances » comportant un diagnostic signalant une prise en charge en DP ou DAS.

#### liste diagnostics « Addiction maternelle » pour le séjour de la mère :

Catégorie	libellé
F10.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
F11.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés
F12.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis
F13.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques
F14.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne
F15.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine
F16.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes
F17.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac
F18.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils
F19.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives

N.B. le code doit préciser le niveau de dépendance, par exemple : F10.2 alcoolisme chronique F17.2 tabagisme (cf. thesaurus).

#### liste diagnostics « Fœtus affecté par l'addiction maternelle » pour le séjour du NN :

Code	libellé
P04.2	Fœtus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère
P04.3	Fœtus et nouveau-né affectés par l'alcoolisme de la mère
P04.4	Fœtus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère
Q86.0	Syndrome d'alcoolisme fœtal (dysmorphique)

### Item 21 - Problèmes mentaux au cours de la grossesse

Cette étude ignorera les séjours où le diagnostic a été porté plus tardivement que dans les suites immédiates de l'accouchement ainsi que les prises en charge en psychiatrie ou sans hospitalisation. La CIM-10 prévoit l'utilisation de codes spécifiques en l'absence d'affection mentale caractérisée (codes R). Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements » comportant en diagnostic associé (DAS)

- soit un code du chapitre V *Troubles mentaux et du comportement*, codes commençant par F, addictions exclues,
- soit un code des catégories R44 à R46

La recherche d'un code de la catégorie F53 en DP ou DAS est ensuite effectuée sur l'ensemble des séjours.

#### liste catégories « troubles mentaux non caractérisés au cours de la grossesse » :

catégorie	libellé catégorie
R44.-	Autres symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales
R45.-	Symptômes et signes relatifs à l'humeur
R46.-	Symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement

**N.B. on doit utiliser les extensions prévues par la CIM, se référer au thesaurus**

**liste diagnostics « troubles mentaux caractérisés liés au post-partum » :****Code libellé**

F53.0 Dépression du post-partum (sans autre indication)

F53.1 Psychose puerpérale SAI

**Item 22 - Problèmes médicosociaux au cours de la grossesse**

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements » comportant en diagnostic associé (DAS) un code des catégories signalant un problème social ou familial associé à la grossesse.

**catégorie****libellé catégorie**

Z55.- Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation

Z56.- Difficultés liées à l'emploi et au chômage

Z59.- Difficultés liées au logement et aux conditions économiques

Z60.- Difficultés liées à l'environnement social

Z61.- Difficultés liées à une enfance malheureuse

Z62.- Autres difficultés liées à l'éducation

Z63.- Autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale

Z64.- Difficultés liées à certaines situations psycho-sociales

Z65.- Difficultés liées à d'autres situations psychosociales

Z73.- Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie

Z74.- Difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins

Z75.- Difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé

**N.B. on doit utiliser les extensions prévues par la CIM, se référer au thesaurus****Item 23 - Nombre de transferts in utero**

Il ne peut y avoir transfert d'un patient qu'entre deux établissements de santé où il a été successivement hospitalisé.

L'information PMSI ignore les situations où la gestante a été adressée directement vers une structure hospitalière de référence, sans passage préalable par une hospitalisation dans l'établissement de proximité.

La situation « surveillance de grossesse pathologique » se code avec la catégorie Z35.

Les séjours ainsi repérés, quel que soit le rang de classement (DP ou DAS), sont analysés en fonction de leur mode de sortie et de leur mode d'entrée.

Deux études sont proposées :

- les séjours avec un mode de sortie *Transfert*,
- les séjours avec un mode d'entrée *Transfert*.

Pour ces derniers, sont étudiés les séjours se terminant par un accouchement ou une césarienne.

**Item 24 - Attraction des territoires intermédiaires / accouchements**

Pour chaque résumé d'hospitalisation (RSA) nous disposons du code géographique de résidence (code postal le plus souvent) de la mère.

Il est donc possible d'étudier les flux de clientèles en fonction des territoires de santé tels que définis dans le SROS 3.

Les résultats concernent l'ensemble des séjours « accouchements ».

Pour un pôle hospitalier (comportant une ou plusieurs maternités) sont étudiés :

- l'**attraction** : capacité à capter la population résidante dans le territoire considéré,
- la **fuite** : population résidante dans le territoire considéré et prise en charge ailleurs,
- l'**attractivité** : capacité à capter la population résidante hors du territoire considéré.

**Item 25 - Attraction des territoires intermédiaires / enfants de 0 à 27 jours**

Le même travail est réalisé pour les séjours des enfants dont l'âge à l'admission est compris entre 0 et 27 jours.

**Item - 26 Fuites extra-régionales**

Le même travail est réalisé à partir des fuites extra-régionales :

- sur l'ensemble des séjours « accouchements » ;
- sur les séjours des enfants dont l'âge à l'admission est compris entre 0 et 27 jours.

**VI Exercices de codage**

**N.B.** : Nous avons codé les observations telles qu'elles étaient rédigées. Une connaissance plus complète du dossier médical permettrait selon le cas de proposer d'autres solutions de codage.

Il faut utiliser toutes les ressources offertes par la CIM-10 et la CCAM pour décrire le plus précisément possible les caractéristiques du séjour.

A l'inverse il ne faut pas utiliser des informations à titre documentaire, en particulier bien respecter la définition du diagnostic associé significatif.

**Exemple 1 : Accouchement par voie basse sous péridurale chez une primipare, épisiotomie, allaitement maternel, enfant né à terme (41SA révolues), pesant 3 300g**

**RUM de la mère :**

Age gestationnel	41	
DP :	O80.0	Accouchement spontané par présentation du sommet
DAS :	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant
	Z39.1	Surveillance de l'allaitement
Actes :	JQGD010 1 0	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare
	JMPA006 1 0	Episiotomie
	AFLB010 4 0	Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse

**RUM de l'enfant :**

Age gestationnel	41	
Poids :	3 300g	
DP :	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital

**Exemple 2 : Accouchement par césarienne, programmée à 38 SA pour dystocie liée à la gémelliparité, 2 enfants pesant 1 900 et 2 400g.**

**RUM de la mère :**

Age gestationnel	38	
DP :	O66.1	Dystocie gémellaire
DAS :	Z37.2	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants
Actes :	JQGA002 1 0	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie (opérateur)
	JQGA002 4 0	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie (anesthésie)

**RUM du 1<sup>er</sup> enfant :**

Age gestationnel	38	
Poids :	1 900g	
DP :	Z38.3	Jumeaux, nés à l'hôpital
DAS :	P03.4	Fœtus et nouveau-nés affectés par un accouchement par césarienne

**RUM du 2<sup>e</sup> enfant :**

Age gestationnel	38	
Poids :	2 400g	
DP :	Z38.3	Jumeaux, nés à l'hôpital
DAS :	P03.4	Fœtus et nouveau-nés affectés par un accouchement par césarienne

**Exemple 3 : Grossesse avec diabète sucré gestationnel chez une multipare, accouchement par voie basse sous péridurale, déchirure simple du périnée suturée. Enfant né à 39 SA, pesant 3 900g, hypoglycémie transitoire traitée à J0, surveillance de la glycémie **néonatale**. **Séjour en maternité.****

**RUM de la mère :**

Age gestationnel	39	
DP :	O24.4	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse
DAS :	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant
	O70.0	Déchirure obstétricale du périnée du premier degré
Actes :	JQGD012 1 0	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare
	JMCA002 1 0	Suture immédiate de déchirure obstétricale [périnée simple]
	AFLB010 4 0	Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse

**RUM de l'enfant :**

Age gestationnel	39	
Poids :	3 900g	
DP :	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital
DAS :	P70.0	Syndrome de l'enfant dont la mère a un diabète de la grossesse

(renvoi alphabétique de la CIM, discuter les autres codes de la catégorie P70)

**Exemple 4 : Accouchement par voie basse avec forceps au détroit inférieur pour dystocie d'expulsion (présentation en OS) chez une multipare, sous analgésie péridurale, épisiotomie, dystocie des épaules réduite par manœuvre de Jacquemier. Enfant né à 41SA pesant 4 600g.**

**RUM de la mère :**

Age gestationnel	41	
DP :	O64.0	Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus (occipito-sacrée)
DAS :	O66.0	Dystocie des épaules
	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant
Actes :	JQGD012 1 0	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare
	JQGD006 1 0	Extraction instrumentale au détroit inférieur sur présentation céphalique
	JMPA006 1 0	Episiotomie
	JQED002 1 0	Réduction d'une dystocie sévère des épaules
	AFLB010 4 0	Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse

**RUM de l'enfant :**

Age gestationnel	41	
Poids :	4 600g	
DP :	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital
DAS : <b>Discuter</b>	P08.0	Enfant exceptionnellement gros (poids de naissance de 4 500g et plus)
<b>Discuter</b>	<b>P03.2</b>	<b>Fœtus et nouveau-nés affectés par un accouchement par forceps</b>

**Exemple 5 : Accouchement par le siège (complet) par voie basse chez une multipare avec petite extraction, épisiotomie. Enfant né à 40 SA pesant 2 900g. Allaitement maternel.**

**RUM de la mère :**

Age gestationnel	40	
DP :	O64.1	Dystocie due à une présentation du siège
DAS :	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant
	Z39.1	Surveillance de l'allaitement
Actes :	JQGD008 1 0	Accouchement unique par le siège par voie naturelle avec petite extraction, chez une multipare
	JMPA006 0 1	Episiotomie
	AFLB010 4 0	Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse

**RUM de l'enfant :**

Age gestationnel	40	
Poids :	2 900g	
DP :	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital
<b>Discuter</b>	<b>P03.0</b>	<b>Fœtus et nouveau-nés affectés par un accouchement et une extraction par le siège</b>

**Exemple 6 : IVG médicamenteuse chez une adolescente de 17 ans**

**RUM IVG :**

DP :	O04.9	Avortement médical complet, sans complication
DAS :	Z64.0	Difficultés liées à une grossesse non désirée
Actes :	JNJP001 1 0	Evacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre de la grossesse

**Exemple 7 : IMG à 16 SA pour anomalie du caryotype fœtal diagnostiquée par amniocentèse chez une femme de 41 ans. Avortement sous anesthésie générale, sans complication.**

**RUM de la mère :**

DP :	O04.9	Avortement médical complet, sans complication
DAS :	O28.5	Résultats chromosomiques et génétiques anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère
	O35.1	Soins maternels pour anomalie chromosomique du fœtus
Actes :	JNJD001 1 0	Évacuation d'un utérus gravide, au 2ème trimestre de la grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée (opérateur)
	JNJD001 4 0	Évacuation d'un utérus gravide, au 2ème trimestre de la grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée (anesthésie)

**Exemple 8 : IMG à 26 SA pour anomalie du caryotype fœtal diagnostiquée par amniocentèse sur signe d'appel échographique (oligoamnios). Primipare, accouchement sous péridurale avec épisiotomie. Mort-né, trisomie 13, poids 700g**

**RUM de la mère :**

Age gestationnel	26	
DP :	O35.1	Soins maternels pour anomalie chromosomique du fœtus
DAS :	Z37.11	Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
Actes :	JQGD010 1 0	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare
	JMPA006 1 0	Episiotomie
	AFLB010 4 0	Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse

**Produire un RUM pour l'enfant mort-né**

Age gestationnel	26	
Poids :	700g	
DP :	P95	Mort fœtale de cause non précisée
DAS :	Q91.7	Syndrome de Patau (trisomie 13), sans précision
	P96.4	Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né

**Exemple 9 : Cas clinique, séjour en néonatalogie**

**Compte-rendu du séjour de la mère et de l'enfant :**

Mère au foyer, vivant en concubinage, âgée de 25 ans, multipare.  
 Datation de la grossesse estimée par échographie (à 16 SA). Contrôles sanguins sans anomalie.  
Intoxication tabagique (consommation réduite de moitié pendant la grossesse).  
 A reçu une corticothérapie préventive (1 dose).  
 Travail spontané, 6 heures après rupture spontanée des membranes.  
Césarienne sous rachianesthésie pour présentation de siège et rupture des membranes de plus de 24 h (liquide clair) sans anomalies du RCF. Liquide amniotique clair.  
 Garçon, pesant 1 750 g, né prématurément (32 SA + 4j).  
 Score Apgar de 2 à 1 minute et de 7 à 5 minutes. Gestes de réanimation : intubation et ventilation mécanique, instillation de surfactant ; extubation 3 heures après la naissance.  
 Abord veineux : cathéter ombilical, antibiothérapie probabiliste.  
 Conclusion du séjour de l'enfant : prématurité à 32 SA + 4 j ; maladie des membranes hyalines ; suspicion d'infection néonatale précoce (non confirmée).

**Proposition de codage pour le séjour de la mère :**

Age gestationnel	32	
DP	O60.1	Travail prématuré avec accouchement prématuré
DAS	O64.1	Dystocie due à une présentation du siège
	O42.0	Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures
	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant
	F17.2	Tabagisme
Actes	JQGA003 1 0	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie (opérateur)
	JQGA003 4 0	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie(anesthésie)

**Proposition de codage pour le séjour de l'enfant :**

Age gestationnel	32	
Poids	1 750g	
DP	P22.0	Maladies des membranes hyalines du nouveau-né
DAS	Z38.0	Enfant unique, né à l'hôpital
	P03.4	Fœtus et nouveau-nés affectés par un accouchement par césarienne
<b>Discuter</b>	P07.3	Autres enfants nés avant terme (28 SA entières mais moins de 37 SA)
Discuter	P21.0	Asphyxie obstétricale grave
Actes	EGLF001 1 0	Pose d'un cathéter veineux ombilical
	GELD003 1 0	Intubation trachéale avec instillation de surfactant exogène

	GLLD015 1 0	Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] inférieure à 6 et FIO2 inférieure ou égale à 60%, par 24 heures (discuter autres codes de ventilation mécanique)
Discuter	GELD001 1 0	Instillation de surfactant exogène en ventilation mécanique

### Exemple 10 : Cas clinique, séjour en néonatalogie

#### Compte-rendu du séjour de la mère et de l'enfant :

Mère de 19 ans, mariée, enseignante.

ATCD : endométriose (2 coelioscopies pour stérilité) ATCD obstétricaux : 1° grossesse, après FIV.

Grossesse gémellaire bichoriale.

Séroconversion pour la toxoplasmose, après 16SA. Recherche de toxoplasmes dans le liquide amniotique négative. Traitement préventif jusqu'à la fin de la grossesse. Placenta prævia.

Césarienne en urgence, sous rachianesthésie, pour placenta prævia hémorragique.

Pas de contractions utérines. Pas d'anomalie du RCF. Liquide amniotique clair

1° enfant : fille, pesant 2 050g, née prématurément (36SA + 3j).

Score Apgar, de 10 à 1 minute et de 10 à 5 minutes. Pas de gestes de réanimation.

Déroulement du séjour : très bonne adaptation à la vie extra-utérine. Examen clinique normal.

2° enfant : fille, pesant 2 000g, née prématurément (36SA + 3j).

Score Apgar, de 10 à 1 minute et de 10 à 5 minutes. Pas de gestes de réanimation.

Déroulement du séjour : très bonne adaptation à la vie extra-utérine. Examen clinique normal.

Conclusion du séjour des enfants : prématurité à 36SA + 3j ; grossesse gémellaire ; hypotrophie ; séroconversion pour la toxoplasmose chez la mère, à suivre.

#### Proposition de codage pour le séjour de la mère :

Age gestationnel	36	
DP	O44.1	Placenta prævia avec hémorragie
DAS	O35.8	Toxoplasmose maternelle conditionnant la conduite thérapeutique vis-à-vis de la mère (renvoi alphabétique de la CIM)
	Z37.2	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants
Discuter	Z35.0	Surveillance de grossesse avec antécédent de stérilité (FIV)
	O30.0	Jumeaux
	Z29.2	Antibiothérapie prophylactique
Actes	JQGA004 1 0	Accouchement par césarienne en urgence, en dehors du travail, par laparotomie (opérateur)
	JQGA004 4 0	Accouchement par césarienne en urgence, en dehors du travail, par laparotomie (anesthésie)

#### Proposition de codage pour le séjour du 1° enfant :

Poids	2 050g	
Age gestationnel	36	
DP	P07.3	Autres enfants nés avant terme (28 SA entières mais moins de 37 SA)
DAS	P03.4	Fœtus et nouveau-nés affectés par un accouchement par Césarienne
	Z38.3	Jumeaux, nés à l'hôpital

#### Proposition de codage pour le séjour du 2° enfant :

Poids	2 000g	
Age gestationnel	36	
DP	P07.3	Autres enfants nés avant terme (28 SA entières mais moins de 37 SA)
DAS	P03.4	Fœtus et nouveau-nés affectés par un accouchement par Césarienne
	Z38.3	Jumeaux, nés à l'hôpital

Discuter pour les 2 séjours de NN le sens du code P00.2 Fœtus et nouveau-né affectés par des maladies infectieuses et parasitaires de la mère (voir en-tête du groupe P00-P04 et consigne du guide méthodologique).

### Exemple 11 : Cas clinique, hémorragie de la délivrance

#### Compte-rendu du séjour de la mère

Primipare de 21 ans admise en salle de travail à 39 SA + 4 jours.

Anomalies du rythme cardiaque fœtal avec décision de césarienne.

Le nouveau-né a un score d'Apgar de 3 à 1' et 10 à 5', son poids est de 3 200g.

Il est admis pour surveillance en unité de néonatalogie.

Saignement abondant dans les suites immédiates de la césarienne, persistant après les mesures thérapeutiques habituelles. Décision d'une embolisation des artères utérines, avec anesthésie, réalisée dans le service de radiologie interventionnelle.

L'hémorragie est source d'une anémie aiguë nécessitant une transfusion sanguine.

L'embolisation permet d'arrêter le saignement et les suites sont alors simples avec une maman qui reste fatiguée.

Elle peut regagner son domicile au 8<sup>e</sup> jour, avec une prise en charge en HAD.

#### RUM de la mère

terme 39 SA

mode d'entrée 8 domicile

mode sortie 7 transfert

destination 6 HAD

**DP** O68.0 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus

**DAS** O72.0 Hémorragie de la délivrance (troisième période)

O99.0 Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Z37.0 Naissance unique, enfant vivant

ACTES JQGA003 0 1 Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie

JQGA003 0 4 Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie

EDSF011 0 1 Embolisation des artères iliaques internes [hypogastriques] et/ou de ses branches pour hémorragie du post-partum, par voie artérielle transcutanée

FELF011 0 1 Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine

#### Exemple 12 : Cas clinique, hémorragie de la délivrance

##### Compte-rendu du séjour de la mère

Multipare de 41 ans (2 enfants nés par césarienne).

Césarienne programmée du fait des antécédents.

Admise en urgence pour travail spontané avec rupture prématurée des membranes depuis 4h, à 38 SA.

Hémorragie survenant lors du transfert en salle d'opération avec anomalie de la coagulation.

Persistance de l'hémorragie après la césarienne avec CIVD et choc hémorragique.

L'anémie aiguë nécessite plusieurs modalités transfusionnelles.

Une nouvelle intervention est décidée avec ligature des artères iliaques qui permet une réduction du saignement mais sans le résoudre. Décision d'hystérectomie d'hémostase.

Les suites de l'intervention sont simples et la maman peut regagner son domicile au 12<sup>e</sup> jour.

Nouveau-né pesant 2 900g avec un score d'Apgar de 1 à 1' et 7 à 5'.

Le nouveau-né a été dans un premier temps admis en unité de néonatalogie puis a pu être rapproché de sa maman.

#### RUM de la mère

terme 38 SA

mode d'entrée 8 domicile

mode sortie 8 domicile

**DP** O42.0 Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures

**DAS** O67.0 Hémorragie pendant l'accouchement avec anomalie de la coagulation

O99.0 Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

O34.2 Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure

Z37.0 Naissance unique, enfant vivant

**Discuter** R57.1 Choc hémorragique (hypovolémique)

**Discuter** D65 Coagulation intravasculaire disséminée [syndrome de défibrination]

ACTES JQGA004 0 1 Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie

JQGA004 0 4 Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie

EDSA002 0 1 Ligature des artères iliaques internes [hypogastriques] pour hémorragie du post-partum, par laparotomie

EDSA002 0 4 Ligature des artères iliaques internes [hypogastriques]

			pour hémorragie du post-partum, par laparotomie
JNFA001	0	1	Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie
JNFA001	0	4	Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie
FELF003	0	1	Administration intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémophilique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie, par 24 heures
FELF004	0	1	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures
FELF006	0	1	Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire

*Est proposé un codage des situations psychosociales au cours de la grossesse en fonction des possibilités offertes par la CIM-10.*

*Les affections obstétricales ou périnatales doivent être codées par ailleurs.*

*Le propos est de montrer que l'on peut décrire dans le champ PMSI des situations psychologiques et sociales difficiles, compliquant l'évolution et donc la prise en charge de la grossesse.*

### Exemple 13 : Cas clinique, situation psychosociale

Femme enceinte de 27ans, d'origine africaine, hospitalisée pour problème psychosocial.

La grossesse a été découverte fortuitement lorsqu'elle s'est présentée aux urgences pour agression dans la rue (coup de poing à la tête) sans marque lors de l'examen. Le terme de la grossesse est incertain.

Elle ne se souvient pas qui pourrait être le père.

Comme antécédents personnels : 2 enfants placés et un séjour de 2 ans dans une structure d'hébergement médicosocial.

Cette personne est en situation régulière mais présente un isolement social et familial. Elle n'a pas de logement et vit dans sa voiture.

Elle présente un discours incohérent, circonvolutoire, les réponses sont à côté. Son comportement est bizarre, elle ne semble pas manifester d'affect. S'agit-il d'un état délirant ou cela est-il lié au contexte culturel ?

Propositions de code CIM 10 :

R41.0	Désorientation, confusion
R46.2	Comportement étrange et inexplicable
Z59.0	Difficultés liées au fait d'être sans abri
Z60.1	Difficultés liées à une situation parentale atypique (monoparentale)
Z63.3	Absence d'un des membres de la famille (2 enfants placés)
Z35.7	Surveillance d'une grossesse à risque du fait de problèmes sociaux

### Exemple 14 : Cas clinique, situation psychosociale

Femme de 40 ans, enceinte de son 3<sup>e</sup> enfant.

Césarienne en urgence pour souffrance fœtale. Bébé hospitalisé en service de néonatalogie.

Personne vivant dans un logement insalubre.

Le conjoint est SDF, alcoolique et dépendant aux psychotropes.

Antécédent personnel d'hospitalisations multiples en psychiatrie, serait psychotique (?).

Antécédents familiaux d'hospitalisation pour motif psychiatrique, de tentatives de suicide.

Elle est alcoolique et présente aussi une dépendance aux psychotropes.

L'examen cutané a trouvé des poux de tête et de corps.

Propositions de code CIM 10 :

F10.2	Dépendance liés à l'utilisation d'alcool
F13.2	Dépendance liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques
B85.4	Péculose mixte
Z59.1	Difficultés liées à un logement inadéquat
Z63.0	Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire
Z81.8	Antécédents familiaux d'autres troubles mentaux et du comportement
Z37.0	Naissance unique, enfant vivant
	Discuter R46.0 Hygiène personnelle très défectueuse

### Exemple 15 : Cas clinique, situation psychosociale

Femme de 31 ans. A déjà un enfant, d'un autre père. Conjoint actuel maltraitant (signalement en cours).



Suivi psychiatrique de 15 à 17 ans pour TS par phlébotomie.  
 Personne maltraitée dans l'enfance, qui ne connaît pas son père biologique.  
Idées suicidaires pendant la grossesse.

Propositions de code CIM 10 :

R45.8	Idées [tendances] suicidaires
T74.1	Femme battue ( <i>coder en sus si possible la nature de la lésion traumatique</i> )
Z61.0	Perte de relation affective pendant l'enfance (père absent)
Z61.6	Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant
Z63.0	Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire
Z65.3	Difficultés liées à d'autres situations juridiques
Z91.58	Antécédents personnels de lésions auto infligées (non récentes)
Z35.7	Surveillance d'une grossesse à risque du fait de problèmes sociaux

#### Exemple 16 : Cas clinique, situation psychosociale

Jeune accouchée (l'enfant va bien) vue à J2. Pleure beaucoup. ATCD de TS.  
 Se retrouve seule après la rupture avec son conjoint. Dépressive, suspicion (?) d'affection bipolaire.  
Dépendance à l'alcool.  
 Vit dans un logement tout petit, insalubre. Etat de précarité extrême.  
Ne connaît pas son père biologique. Sa mère était alcoolique et héroïnomane, elle est décédée quand elle avait 15 ans.

Propositions de code CIM 10 :

F10.2	Dépendance liés à l'utilisation d'alcool
F32.9	Etat dépressif
Z59.1	Difficultés liées à un logement inadéquat
Z59.5	Pauvreté extrême
Z60.1	Difficultés liées à une situation parentale atypique (monoparentale)
Z61.0	Perte de relation affective pendant l'enfance (père absent, mère décédée)
Z63.0	Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire
Z81.1	Antécédents familiaux d'abus d'alcool
Z81.3	Antécédents familiaux d'abus d'autres substances psycho-actives
Z91.58	Antécédents personnels de lésions auto infligées (non récentes)
Z37.0	Naissance unique, enfant vivant

## Annexe I Définitions de l'OMS

### Définitions relatives à la mortalité fœtale, périnatale, néonatale et infantile

#### • Naissance d'enfant vivant :

On entend par naissance d'enfant vivant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non, et que le placenta soit ou non demeuré attaché ; tout produit d'une telle naissance est considéré comme « enfant né vivant ».

#### • Mort fœtale :

On entend par mort fœtale le décès d'un produit de conception, lorsque ce décès est survenu avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation ; le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire ni ne manifeste aucun autre signe de vie, tel que battement de cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté.

#### • Poids de naissance :

Résultat de la première pesée du fœtus ou du nouveau-né effectuée après la naissance.

Le poids de naissance des enfants nés vivants sera mesuré de préférence dans la première heure suivant la naissance, avant que la perte de poids postnatale ne devienne sensible.

Le poids réel doit être noté avec le même degré de précision que la mesure en a été faite.

Poids faible à la naissance : inférieur à 2500 g (jusqu'à 2499 g inclusivement).

Poids très faible à la naissance : moins de 1500 g (jusqu'à 1499 g inclusivement).

Poids extrêmement faible à la naissance : moins de 1000 g (jusqu'à 999 g inclusivement).

#### • Age gestationnel :

La durée de la grossesse est calculée à partir du premier jour de la dernière période menstruelle normale. L'âge gestationnel s'exprime en journées ou en semaines révolues (par exemple, les événements qui se sont produits du 280<sup>e</sup> au 286<sup>e</sup> jour révolu après le début de la dernière menstruation normale sont considérés comme s'étant produits à 40 semaines de gestation).

Avant terme : moins de 37 semaines entières (moins de 259 jours) de gestation.

A terme : de 37 à moins de 42 semaines entières (259 à 293 jours) de gestation.

Après terme : 42 semaines entières ou d'avantage (294 jours ou plus) de gestation.

#### • Période périnatale

La période périnatale commence à 22 semaines (154 jours) après le début de la gestation (c'est à dire au moment où le poids de naissance est normalement de 500 g) et se termine 7 jours révolus après la naissance.

#### • Période néonatale

La période néonatale commence à la naissance et se termine après 28 jours de vie révolue.

Les décès néonataux (décès d'enfants nés vivants survenus au cours des 28 premiers jours de la vie) peuvent être subdivisés en décès néonataux précoces, survenus au cours des 7 premiers jours de la vie et en décès néonataux tardifs survenus au-delà du 7<sup>ème</sup> jour, mais avant 28 jours entiers.

## Définitions relatives à la mortalité maternelle

#### • La mort maternelle

se définit comme le décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentel ni fortuit.

#### • La mort maternelle tardive

se définit comme le décès d'une femme résultant d'une cause obstétricale directe ou indirecte survenue plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

#### • La mort maternelle liée à la grossesse

se définit comme le décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort.

Les morts maternelles se subdivisent en deux groupes :

#### • Décès par cause obstétricale directe :

ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'évènements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.

#### • Décès par cause obstétricale indirecte :

ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

### Annexe II Thésaurus pour le codage des Conduites addictives, des problèmes psychologiques et des facteurs environnementaux au cours de la grossesse

*Les catégories (codes à 3 caractères) servent d'en tête de paragraphe, elles ne doivent pas être utilisées si une extension (4<sup>e</sup> caractère ou plus) existe.*

*Par exemple utiliser F10.2 pour alcoolisme et non F10.*

*Les codes qui sont proposés ci-dessous ont vocation, sauf exception, à être utilisés, pour des situations liées à la grossesse ou à la périnatalité, en situation de Diagnostic associé significatif (DAS).*

*Se référer aux consignes générales précitées dans le guide d'aide au codage pour renseigner la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post partum ainsi que la prise en charge du nouveau-né.*

*Le contenu de ce thésaurus est volontairement limité. Il ne faut pas hésiter à se référer au corpus de la CIM-10 pour coder toute autre situation rencontrée faisant l'objet d'une prise en charge.*

*N.B. : les codes sont signalés avec une ponctuation qui n'est pas à renseigner, par contre lorsque le signe + est signalé, il faut le renseigner.*

Exemples :    code    F10.2                    saisir F102  
                  code    R53+0                    saisir R53+0

## V - Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

*Ce chapitre (codes F-) correspond à des affections psychiatriques et des troubles mentaux caractérisés.*

*Hors conduite addictive identifiée, leur utilisation sera possible lorsque le diagnostic aura été porté par un spécialiste de la discipline concernée.*

*Dans cette première rédaction du thesaurus nous n'avons pas souhaité ajouter les extensions de la CIM-10 2007 pour la psychiatrie, dont l'usage est facultatif.*

## Conduites addictives

### Troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)

- F10.0 Ivresse
- F10.1 Consommation d'alcool, utilisation nocive pour la santé
- F10.2 Alcoolisme (chronique)
- F10.3 Syndrome de sevrage alcoolique
- F11.2 Toxicomanie (dépendance) aux opiacés
- F11.3 Syndrome de sevrage aux opiacés
- F12.1 Consommation de cannabis, utilisation nocive pour la santé
- F12.2 Toxicomanie (dépendance) au cannabis
- F12.3 Syndrome de sevrage au cannabis
- F13.1 Consommation (inadaptée) de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation nocive pour la santé
- F13.2 Toxicomanie (dépendance) aux sédatifs ou aux hypnotiques
- F13.3 Syndrome de sevrage aux sédatifs ou aux hypnotiques
- F14.2 Toxicomanie (dépendance) à la cocaïne
- F14.3 Syndrome de sevrage à la cocaïne
- F17.1 Usage du tabac, utilisation nocive pour la santé
- F17.2 Tabagisme (dépendance liée au tabac)

## Troubles mentaux et du comportement caractérisés

*Les codes en F correspondent à des troubles mentaux et du comportement caractérisés. Le diagnostic a été porté par un professionnel de la discipline.*

*Les symptômes, signes et résultats d'examens (codes R-) permettent de décrire des troubles mentaux et du comportement non caractérisés par le professionnel qui a assuré la prise en charge, qu'il soit psychiatre ou non.*

### Troubles de l'humeur (affectifs) (F30-F39)

- F32.0 Épisode dépressif léger
- F32.1 Épisode dépressif moyen
- F32.2 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- F32.9 Épisode dépressif, sans autre précision
- F33.4 Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission

### Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48)

- F41.0 Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]
- F41.1 Anxiété généralisée, réaction anxieuse
- F41.2 Trouble anxiodépressif
- F41.9 Trouble anxieux, anxiété, sans autre précision
- F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress
- F43.1 État de stress post-traumatique
- F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

### Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59)

- F50.0 Anorexie mentale
- F50.2 Boulimie
- F50.5 Vomissements psychogènes
- F53.0 Dépression du post partum
- F53.1 Psychose puerpérale
- F55+0 Abus d'antidépresseurs n'entraînant pas de dépendance

### Retard mental (F70-F79)

*Retard mental léger (QI de 50 à 69, âge mental de 9 à 11 ans)*

*Retard mental moyen (QI de 35 à 49, âge mental de 6 à 8 ans)*

*Retard mental grave (QI de 20 à 34, âge mental de 3 à 5 ans)*

- F70.0 Retard mental léger, déficience du comportement absent ou minime
- F70.1 Retard mental léger, déficience du comportement significatif nécessitant surveillance ou traitement
- F71.0 Retard mental moyen, déficience du comportement absent ou minime
- F71.1 Retard mental moyen, déficience du comportement significatif nécessitant surveillance ou traitement
- F72.0 Retard mental grave, déficience du comportement absent ou minime
- F72.1 Retard mental grave, déficience du comportement significatif nécessitant surveillance ou traitement

### **XV - Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)**

Les codes O- sont ceux qui doivent habituellement être utilisés pour décrire les prises en charge de la grossesse.

Selon la situation clinique les codes proposés ci-dessous pourraient avoir rang de diagnostic principal (DP).

- O26.8 Epuisement et fatigue lié(e) à la grossesse
- O35.4 Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) dues à l'alcoolisme maternel
- O35.5 Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) résultant de toxicomanie
- O99.3 Troubles mentaux compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

### **XVI - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)**

### **XVII - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)**

Les codes P- et Q- sont ceux qui doivent habituellement être utilisés pour décrire les prises en charge de la période périnatale.

Selon la situation clinique les codes proposés ci-dessous pourraient avoir rang de diagnostic principal (DP).

*N.B. : à mentionner seulement si ces affections maternelles sont cause de mortalité ou de morbidité du fœtus ou du nouveau-né.*

- P04.2 Fœtus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère
- P04.3 Fœtus et nouveau-né affectés par l'alcoolisme de la mère
- P04.4 Fœtus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère
- P58.4 Ictère néonatal dû à des médicaments ou des toxines transmis par la mère ou administrés au NN
- P96.1 Syndrome de sevrage chez un nouveau-né de mère toxicomane
- Q86.0 Syndrome d'alcoolisme fœtal (dysmorphique)

### **XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)**

*Ce chapitre comprend les symptômes, les signes et les résultats anormaux d'examens cliniques et autres, mal définis, pour lesquels aucun diagnostic qui puisse être classé ailleurs n'a été formulé.*

*Cela permet de coder en particulier les troubles mentaux et du comportement non caractérisés.*

#### **Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement (R40-R46)**

- R41.0 Désorientation, confusion, sans autre précision
- R42 Étourdissements et éblouissements, vertige
- R44.0 Hallucinations auditives
- R44.1 Hallucinations visuelles
- R45.0 Nervosité, tension nerveuse
- R45.1 Agitation
- R45.2 Tristesse, ennui
- R45.3 Découragement et apathie
- R45.4 Irritabilité et colère
- R45.5 Hostilité
- R45.6 Violence physique (personne violente)
- R45.7 État de choc émotionnel et tension, sans précision
- R45.8 Idées (tendances) suicidaires
- R46.0 Hygiène personnelle très défectueuse
- R46.1 Apparence personnelle bizarre
- R46.2 Comportement étrange et inexplicable
- R46.3 Suractivité, hyperactivité
- R46.4 Lenteur et manque de réactivité

- R46.5 Caractère soupçonneux et évasif
- R46.6 Inquiétude et préoccupation exagérées (pour des événements sources de tension)
- R46.7 Prolixité et détails masquant les raisons de la consultation et gênant le contact

#### **Symptômes et signes généraux (R50-R69)**

- R53+0 Altération [baisse] de l'état général
- R53+2 Fatigue [asthénie]
- R63.0 Anorexie, perte de l'appétit
- R63.3 Difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée
- R63.4 Perte de poids anormale
- R63.5 Prise de poids anormale

### **XIX - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)**

*Ces codes permettent de décrire des situations de maltraitance. En cas de traumatisme associé, décrire précisément la nature de l'affection constatée et prise en charge.*

#### **Effets de causes externes, autres et non précisés (T66-T78)**

- T74.0 Délaissement et abandon
- T74.1 Sévices physiques, bébé ou enfant battu, femme battue
- T74.2 Sévices sexuels
- T74.3 Sévices psychologiques

### **XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)**

*Ces codes doivent être utilisés pour signaler des difficultés familiales ou sociales dès lors qu'elles ont pu être identifiées (et prises en charge).*

#### **Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction (Z30-Z39)**

Pour le codage des séjours de l'ante partum

- Z33 Grossesse constatée fortuitement
- Z34.0 Surveillance d'une première grossesse normale
- Z35.7 Surveillance d'une grossesse à risque du fait de problèmes sociaux
- Z35.8 Surveillance d'une grossesse à risque, sans autre précision

#### **Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales (Z50-Z65)**

- Z55.0 Difficultés liées à l'analphabétisme et au faible niveau éducatif
- Z56.0 Difficultés liées au chômage, sans précision
- Z56.1 Difficultés liées à un changement d'emploi
- Z56.2 Difficultés liées à une menace de perte d'emploi
- Z56.3 Difficultés liées à un rythme de travail pénible
- Z56.4 Difficultés liées à un désaccord dans le travail avec le supérieur ou les collègues
- Z56.5 Difficultés liées à une mauvaise adaptation au travail, conditions de travail difficiles
- Z58.7 Exposition à la fumée du tabac, tabagisme passif
- Z59.0 Difficultés liées au fait d'être sans abri
- Z59.1 Difficultés liées à un logement inadéquat, manque de chauffage, manque de place
- Z59.2 Difficultés liées à un désaccord avec les voisins, les locataires et le propriétaire
- Z59.4 Difficultés liées à une alimentation défectueuse
- Z59.5 Difficultés liées à une pauvreté extrême
- Z59.6 Difficultés liées à de faibles revenus
- Z59.7 Difficultés liées à une couverture sociale insuffisante
- Z59.8 Logement isolé, autres difficultés liées au logement et aux conditions économiques
- Z60.1 Difficultés liées à une situation parentale atypique, famille monoparentale
- Z60.2 Difficultés liées à la solitude
- Z60.3 Difficultés liées à l'acculturation, migration, transplantation sociale
- Z60.4 Difficultés liées à l'exclusion et au rejet sociaux, motifs liés à la personne (apparence physique...)
- Z60.5 Difficultés liées au fait d'être la cible de discrimination ou de persécution (religion, origine ethnique)
- Z61.0 Difficultés liées à une perte de relation affective pendant l'enfance (décès, rejet d'un des parents)
- Z61.1 Difficultés liées au départ du foyer pendant l'enfance (placement dans l'enfance)

- Z61.9 Difficulté liée à une enfance malheureuse, sans autre précision
- Z62.1 Difficultés liées à une surprotection parentale (avec infantilisation)
- Z63.0 Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire
- Z63.1 Difficultés dans les rapports avec les parents ou les beaux-parents
- Z63.2 Difficultés liées à un soutien familial inadéquat
- Z63.4 Difficultés liées au décès d'un membre de la famille
- Z63.5 Difficultés liées à la dislocation de la famille par séparation ou divorce
- Z63.8 Discorde familiale, réaction émotionnelle très vive à l'intérieur de la famille
- Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée
- Z64.1 Difficultés liées à une multiparité
- Z64.4 Difficultés liées à un désaccord avec les conseillers (travailleur social...)
- Z65.1 Difficultés liées à un emprisonnement (incarcération)
- Z65.2 Difficultés liées à une libération de prison
- Z65.3 Difficultés liées à des actions juridiques en cours (action judiciaire pour garde d'enfant, litige)
- Z65.5 Exposition à une guerre, une catastrophe

#### **Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs (Z70-Z76)**

- Z71.3 Surveillance et conseils diététiques
- Z71.4 Conseil et surveillance pour alcoolisme (exclusion : Cure de sevrage Z50.2)
- Z71.5 Conseil et surveillance pour toxicomanie (exclusion : Cure de sevrage Z50.3)
- Z71.6 Conseil pour tabagisme
- Z72.4 Régime, habitudes alimentaires inadéquates (sans carences nutritionnelles)
- Z73.0 Surmenage, état d'épuisement
- Z73.2 Manque de repos et de loisirs
- Z73.3 Stress, souffrance physique et mentale, non classés ailleurs
- Z75.0 Absence de services médicaux à domicile
- Z75.1 Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat (lits non disponibles)
- Z76.5 Simulateur, personne feignant d'être malade

#### **Sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections (Z80-Z99)**

- Z81.8 Antécédents familiaux de troubles mentaux (hors liés à une addiction)
- Z91.50 Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées, traitées dans le mois précédent
- Z91.58 Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés

### Références bibliographiques

- Guide Méthodologique de production des résumés de séjours du PMSI. Bulletin officiel spécial n°2006/2 bis et ses mises à jour, Bulletin officiel spécial n°2007/4 bis, Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n°4 du 15 mai 2008.
- Guide Méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Annexe II de l'arrêté du 20 janvier 2009 **et ses mises à jour (décembre 2009, février 2011)**.
- **Campagne tarifaire et budgétaire 2011 : nouveautés PMSI. Notice technique n°CIM-MR-1116-3-2010 du 30 décembre 2010.**
- **Extensions CIM-10 PMSI MCO. ATIH, 2011.**
- Guide d'élaboration et de validation des thésaurus de diagnostics de spécialités pour l'utilisation dans le PMSI, ATIH, mai 2006.
- Présentation et guide d'emploi de la CIM 10, AUNIS, 1998.
- Activité en maternité et néonatalogie. Recommandations de codage de l'information médicale. RSN Région Pays de la Loire.
- PMSI : [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)
- CCAM : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

### Remerciements

Dr Véronique Gilleron, Dr Sophie Pulci, **Dr Bernard Tabuteau**, Dr Jean-François Noury, Dr Laurence Joly, Dr Christophe Elleau, Dr Ana Estany, Dr Pierre Chabanier.