



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**

Sous-direction Observation de la santé
et de l'assurance maladie

Bureau Etat de santé de la population

Personnes chargées du dossier :

Jeanne FRESSON

Tél : 01 40 56 58 33

Mél : Jeanne.Fresson@sante.gouv.fr

Sylvie REY

Mél : sylvie.rey@sante.gouv.fr

Direction générale de la santé

Sous-direction santé des populations et
prévention des maladies chroniques

Bureau Santé des populations et politique
vaccinale

Personne chargée du dossier :

Nathalie RABIER-THOREAU

Tél : 01 40 56 47 40

Mél : Nathalie.RABIER-THOREAU@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau R3

Personne chargée du dossier :

Frédérique COLLOMBET-MIGEON

Tél : 01 40 56 53 82

Mél : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

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

Date d'application : immédiate

NOR : SSAE2120728J

Classement thématique : établissements de santé

Validée par le CNP, 9 juillet 2021 - Visa CNP 2021-93

Résumé : Cette instruction présente la mise à jour des modalités d'enregistrement et de codage des enfants mort-nés dans le PMSI permettant la production des indicateurs relatifs à la mortinatalité et aux causes de décès associées. Elle expose le contexte et les enjeux de ces travaux ainsi qu'une notice technique détaillée. Elle est destinée aux agences régionales de santé pour diffusion aux établissements de santé qui la mettront en œuvre et aux réseaux de santé en périnatalité qui leur apporteront leur appui. Les services concernés sont les services de maternité, les services des urgences, les services des admissions, les départements d'information médicale, les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, les laboratoires de fœtopathologie et d'anatomo-cytopathologie et les chambres mortuaires. Les actions aujourd'hui réalisées pour assurer la qualité des indicateurs sont particulièrement importantes et doivent être poursuivies. Les réseaux de santé en périnatalité seront des relais importants à mobiliser dans la mise en œuvre attendue de cette présente instruction.

Mention Outre-mer : L'instruction s'applique à la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane, la Réunion, Mayotte et Saint Pierre et Miquelon.

Mots-clés : mort-nés – mortinatalité – mortalité périnatale – PMSI – état civil – réseaux de santé en périnatalité.

Textes de référence :

- Règlement (UE) n° 328/2011 de la Commission du 5 avril 2011 portant application du règlement (CE) n° 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, en ce qui concerne les statistiques sur les causes de décès (paru au JOUE du 6 avril 2011) ;
- Décision de la Commission du 5 avril 2011 accordant à certains États membres, conformément au règlement (CE) n° 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, des dérogations en ce qui concerne la transmission de statistiques sur les causes de décès (parue au JOUE du 7 avril 2011) ;
- Article 79-1 du code civil (second alinéa) ;
- Instruction n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional ;
- Instruction n° DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI nécessaires à la production de l'indicateur de mortinatalité ;
- Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil ;
- Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie ;
- Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus ;
- Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Bulletin officiel n° 2020/6 bis. Fascicule spécial.

Circulaire / instruction abrogée : Néant.

Instruction modifiée : Instruction n° DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI nécessaires à la production de l'indicateur de mortinatalité.

Annexes :

Annexe I : Note technique pour l'enregistrement des informations relatives aux enfants nés sans vie (mort-nés) et le calcul de la mortinatalité dans le cadre du PMSI

Annexe II : Exemples de codage

Diffusion : établissements sanitaires.

Introduction

Depuis le 1er janvier 2011, la production de l'indicateur de mortalité est une obligation pour les États membres de l'Union européenne. À la suite d'une dérogation obtenue pour les années 2011 et 2012, la France produit des données de mortalité à partir du PMSI depuis 2013 (cf. annexe I).

La note technique annexée à la présente instruction (cf. annexes I et II) met à jour les consignes de recueil et de codage par le PMSI en tenant compte des évolutions des nomenclatures et notamment de la version française de la CIM10 adaptée pour le PMSI par l'ATIH. Cette note technique propose également différents exemples de situations cliniques auxquelles les professionnels chargés d'effectuer le codage peuvent être confrontés. Elle rappelle enfin les modalités d'enregistrement et de codage des informations, ainsi que celles concernant la vérification et le contrôle de l'exhaustivité et de la qualité du recueil d'information.

Ces rappels se justifient à plusieurs titres. Tout d'abord, les comparaisons européennes (Euro-Peristat) **mettent en évidence une stagnation des résultats en terme de mortalité périnatale en France** alors que des pays voisins et comparables voient leurs résultats s'améliorer. Par ailleurs, suite à la première instruction instaurant le recueil de la mortalité par le PMSI, l'exhaustivité du recueil apparaît satisfaisante pour les séjours des mères et les résultats ont pu être à nouveau publiés en open data sur le site de la DREES (data.Drees). Cependant des problèmes persistent sur la qualité informationnelle des données : exhaustivité des séjours des enfants mort-nés, informations erronées ne permettant pas de distinguer dans certains cas les séjours d'enfants mort-nés de ceux d'enfants nés vivants (et décédés avant 7 jours et en particulier ceux décédés le 1^{er} jour de vie), problèmes de cohérence des informations entre les résumés de séjour de naissance et la déclaration à l'état civil (cf. Annexe I).

Au niveau régional : Rôle des ARS

Afin d'atteindre l'objectif d'exhaustivité et de qualité des informations recueillies et d'honorer l'engagement pris auprès des autorités européennes de produire des indicateurs pertinents pour le suivi de la mortalité et de la mortalité périnatale en France, nous vous remercions de bien vouloir :

- Diffuser la note technique ci-jointe aux établissements de santé et aux réseaux de santé en périnatalité, afin que les professionnels des différents services concernés restent mobilisés sur cette question. Les difficultés de codage qui ne trouveraient pas de réponse dans la note technique jointe pourront être signalées, pour appui technique, sur le forum Agora de l'ATIH¹.

Il est également important de continuer de mobiliser vos services autour des actions suivantes :

- Rappeler à chaque établissement de santé ses obligations en matière de production de données exhaustives et de qualité.
- Maintenir l'attention particulière apportée lors du contrôle des remontées du PMSI et recontacter les établissements en cas d'incohérence entre l'indicateur de mortalité calculé sur les séjours des mères et celui calculé sur les séjours des nouveau-nés (Tableaux OVALIDE 1-Q.8.SMN)

Rôle des réseaux de santé en périnatalité

Dans le cadre de leurs missions d'appui et d'expertise en périnatalité auprès des ARS, de leur implication dans l'organisation des revues de morbi-mortalité (RMM) avec les établissements, et d'analyse régionale des indicateurs de santé périnatale, les réseaux de santé en périnatalité seront des relais importants pour la mise en place des actions pour faire diminuer la mortalité périnatale et vous veillerez à les associer à ces actions.

¹ <http://sap.atih.sante.fr/agora/>

Au niveau national : Rôle des institutions chargées de la production des indicateurs de mortalité

L'ATIH met en place des contrôles automatisés conformément aux consignes de sa dernière version du guide méthodologique afin d'assurer la qualité des informations recueillies et demande, le cas échéant, la révision des données fournies par l'établissement. Les contrôles des données de la périnatalité seront enrichis au cours de l'année 2021.

Dans le cadre de sa mission d'analyse des données pour la production annuelle des indicateurs de mortalité et pour améliorer la qualité du codage PMSI, la DREES peut demander aux établissements des précisions sur le codage des informations lorsque des incohérences apparaissent dans les bases de données hospitalières dans l'objectif d'améliorer la qualité des indicateurs transmis à Eurostat et mis à disposition en open data.

Un groupe de travail national avait été mis en place en 2011 pour l'élaboration de la première instruction, le suivi de la montée en charge du codage de la mortalité dans le PMSI et pour proposer des améliorations de codage pour la production des indicateurs. En 2021, ce groupe de travail sera sollicité pour poursuivre les travaux visant à renforcer la qualité des informations sur la mortalité et proposer, en lien avec les professionnels de la périnatalité, la définition d'axes de travail pour améliorer les résultats obtenus par la France en termes de mortalité périnatale.

Nous vous remercions de nous faire connaître les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette instruction.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général adjoint
des ministères chargés des affaires sociales,



Jean-Martin DELORME

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



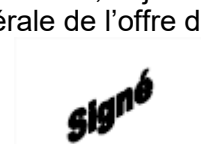
Fabrice LENGART

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



Pr Jérôme SALOMON

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de service, adjointe à la directrice
générale de l'offre de soins,



Cécile LAMBERT

Annexe I

NOTE TECHNIQUE POUR L'ENREGISTREMENT DES INFORMATIONS RELATIVES AUX ENFANTS NÉS SANS VIE (MORT-NÉS) ET LE CALCUL DE LA MORTINATALITÉ DANS LE CADRE DU PMSI

I. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE ET DÉFINITIONS

I.1 - ELEMENTS DE CONTEXTE

La transmission des causes de décès à Eurostat, y compris pour les enfants sans vie (mort-nés) est obligatoire pour tous les états membres de l'Union européenne¹. C'est l'un des dix indicateurs essentiels de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale sélectionnés dans le programme européen Euro-Péristat².

En France, la déclaration à l'état civil des enfants sans vie ou mort-nés et l'enregistrement à visée statistique et épidémiologique des mort-nés via les données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont actuellement clairement dissociés et répondent à des logiques différentes. Les définitions utilisées ne sont pas identiques, et le dossier médical doit être suffisamment renseigné pour permettre de répondre à ces deux finalités.

Les modalités de production des données de mortinatalité ont été profondément modifiées entre 2008 et 2013, expliquant l'absence d'information disponible sur les taux de mortinatalité pour cette période.

- Jusqu'en 2008, le recensement du nombre d'enfants nés sans vie (mort-nés) était extrait des données enregistrées par l'état civil, et l'INSEE produisait le taux de mortinatalité. Une circulaire interministérielle de 2001³ précisait qu'un acte d'enfant sans vie était établi lorsque l'enfant était mort-né à partir d'un terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée (SA) ou s'il pesait au moins 500 grammes. Ces seuils d'enregistrement respectaient les recommandations de l'OMS⁴, mais ne figuraient pas dans le code civil (art. 79-1 alinéa 2).
- Suite à 3 arrêts de la cour de cassation du 6 février 2008, le décret 2008-800 du 20 août 2008 et son arrêté d'application ont supprimé la notion de seuils de terme et de poids de naissance pour l'enregistrement à l'état civil des enfants nés sans vie. Les modalités d'application des nouveaux textes ont été précisées par la circulaire interministérielle du 19 juin 2009⁵ qui prévoit que le recueil des informations médicales nécessaires à la production de l'indicateur de mortinatalité repose désormais sur le PMSI.

¹ Règlement (CE) 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, en ce qui concerne les statistiques sur les causes de décès.

² <https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>

³ Circulaire DHOS/E 4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de

⁴ L'OMS recommande à partir de la CIM 9 (1977) d'enregistrer les mort-nés à partir de d'un poids de naissance de 500g ou d'un terme de 22 SA si le poids n'est pas connu. Les recommandations françaises utilisant le double critère terme et poids de naissance permettent un recensement exhaustif des cas, quel que soit le critère utilisé dans les études épidémiologiques et pour les comparaisons entre pays.

⁵ Circulaire DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus

- En 2011 une Instruction⁶ a permis d'organiser ce nouveau circuit d'information. Les modalités de recueil des données nécessaires à la production de cet indicateur sont définies et actualisées dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (guide méthodologique PMSI-MC0) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), publié annuellement au Bulletin officiel⁷. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est chargée de la production de l'indicateur. Cette instruction a aussi permis de mobiliser les établissements et notamment les équipes des maternités et les Départements d'information médicale (DIM) autour du recueil de la mortinatalité. Il faut souligner que malgré des délais très courts, les professionnels de santé ont rapidement répondu à cette demande, témoignant de leur intérêt pour cette question de santé publique ce qui a permis à la DREES de produire des premiers résultats pour l'année 2012 et de reprendre la transmission des données annuellement vers Eurostat à partir des données 2013.

Résultats : depuis l'année 2012, les données agrégées de mortinatalité sont disponibles sur le site de la DREES⁸.

Les données du PMSI ont permis de répondre aux demandes d'Eurostat, de distinguer la mortinatalité spontanée (ou mort fœtale spontanée - MFS) et celle liée aux interruptions médicales de grossesse (IMG)^{9,10}, d'analyser les données en fonction de l'âge gestationnel et d'autres déterminants disponibles dans le PMSI et de développer une classification des circonstances de décès à partir des informations diagnostiques des Résumés de séjours anonymisés (RSA) du PMSI¹¹.

En 2019 le nombre total d'enfants mort-nés enregistrés dans le PMSI est estimé à 6 388 soit un taux de mortinatalité globale France entière de 8,5‰ naissances totales (8,3‰ en métropole et 13,6‰ dans les DROM). Les IMG représentent 38,6% de la mortinatalité (40,3% en métropole et 20,4% dans les DROM). Le taux de mortinatalité spontanée France entière est de 5,4‰ (5,0‰ en métropole et 10,8‰ dans les DROM)

I.2 - DEFINITIONS

Taux de mortinatalité

Le taux de mortinatalité correspond au nombre d'enfants mort-nés observés une année donnée sur une zone géographique, rapporté à l'ensemble des naissances la même année sur la même zone géographique. La mortinatalité et la mortalité de la première semaine de vie (mortalité néonatale précoce) forment la mortalité périnatale.

Définitions OMS : naissance vivante et mort fœtale, seuils d'enregistrement

La naissance vivante est définie par l'OMS comme « l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère [...] d'un produit de conception qui après cette séparation respire ou manifeste tout autre signe de vie (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 resté ou non attaché ».

⁶ Instruction DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC no 2011-403 du 26 octobre 2011 relative au rappel des modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le PMSI nécessaires à la production de l'indicateur de mortinatalité.

⁷ <https://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2019>

⁸ www.data.drees.sante.gouv.fr

⁹ Mouquet MC, Rey S, 2014, « Le nouveau suivi de la mortinatalité en France depuis 2012 », Études et Résultats, n°901, Drees, Décembre

¹⁰ Mouquet MC, Rey S. Les disparités régionales de mortinatalité en France en 2012-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(6-7):92-101. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_1.html

¹¹ Ego A, Fresson J. Utilisation des données du PMSI dans l'analyse des circonstances cliniques associées à la mortinatalité – Etude de faisabilité. Rapport de fin d'étude (DGS 2015)

La mort fœtale se produit avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère. Après la séparation du corps de la mère le fœtus ne respire pas et ne manifeste aucun signe de vie (cf ci-dessus).

Les seuils d'enregistrement recommandés sont un poids d'au moins 500g ou un âge gestationnel d'au moins 22 SA si le poids est inconnu, pour toutes les naissances (enfants nés vivants ou mort-nés).

Remarque : les recommandations françaises pour l'enregistrement des naissances prennent en compte un double critère (terme à partir de 22 SA ou poids à partir de 500g) ce qui permet une exhaustivité des enregistrements et des comparaisons à partir du terme ou du poids de naissance dans les études.

Enregistrement dans le PMSI

Afin de suivre les recommandations de l'OMS, indépendamment du choix des parents, un Résumé d'unité médicale (RUM) est produit pour toute naissance à partir de 22 SA ou à partir d'un poids de 500 g.

Les modalités de codage sont précisées dans le guide méthodologique PMSI-MCO, et des exemples de codage sont détaillés dans l'annexe II.

Enregistrement d'un acte d'enfant sans vie par l'Etat Civil

Il n'est pas obligatoire et résulte d'une démarche volontaire des parents, sans contrainte de délai.

L'officier d'état civil établit un acte d'enfant sans vie sur la base d'une déclaration faite par les parents ou un tiers et sur présentation d'un certificat médical dit « d'accouchement »¹². Ce certificat médical mentionne les dates, heure et lieu de l'accouchement. Il ne peut être rédigé par le médecin ou la sage-femme que si le corps est formé, indépendamment de l'état de macération éventuelle, sans limite de terme ou de poids. Il n'y a pas lieu d'établir ce certificat en cas de masse tissulaire ou de corps non formé (fœtus acardiaque) ou d'interruption de grossesse avant 15 SA (statut de pièces anatomiques). Le certificat médical d'accouchement est établi en double original et un exemplaire est conservé dans le dossier médical.

L'établissement de santé doit renseigner le registre prévu pour le suivi des corps des personnes décédées et des enfants sans vie pouvant être déclarés à l'état civil (article R1112-76-1 du code de la santé publique). Ce registre doit mentionner la date et l'auteur du certificat médical d'accouchement.

Les interruptions médicales de grossesse (IMG)

Les IMG sont définies par l'article L2213-1 du code de la santé publique : « L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ». Dans le cas des IMG pour motif fœtal l'équipe pluridisciplinaire est le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Remarques

Le statut juridique des enfants nés vivants puis décédés et des enfants mort-nés étant très différent, les autopsies à visée médico-légales réalisées en cas de découverte du corps d'un nouveau-né vont s'attacher à savoir si l'enfant a respiré ou non. La présence d'air dans les poumons est le seul signe qui, a posteriori, peut permettre de distinguer une mort fœtale d'un enfant qui a vécu quelques instants.

¹² Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

Il est donc théoriquement possible qu'un enfant soit considéré comme né vivant d'après la définition de l'OMS car quelques battements cardiaques sont observés et « né sans vie » d'un point de vue médico-légal car les poumons ne contiennent pas d'air à l'autopsie.

Lorsqu'un professionnel de santé est présent au moment de l'accouchement, qu'une autopsie n'est pas réalisée, c'est à ce professionnel de déterminer dans les situations « limites » si l'enfant est mort-né ou né vivant et décédé. Le dossier médical doit être précisément renseigné pour permettre de comprendre et d'expliquer la situation a posteriori. Il est très important de fournir aux parents touchés par ce deuil périnatal une information toujours cohérente.

Lorsque l'enfant est déclaré né vivant et viable puis décédé, les frais d'obsèques incombent obligatoirement à la famille, alors que l'établissement de santé peut assurer la prise en charge du corps si l'enfant est mort-né. Bien que les entreprises de pompes funèbres proposent des services adaptés pour les obsèques des nouveau-nés, ce coût peut poser problème pour certaines familles en difficulté. Dans ces situations, il est rappelé que des aides sont possibles au niveau des mairies ; les services sociaux doivent être sollicités. La situation financière des familles ne devrait pas avoir d'influence sur la décision du type de déclaration, le codage et l'enregistrement dans le PMSI.

Les seuils de l'OMS sont des seuils d'enregistrement à visée d'analyses statistiques permettant de suivre les évolutions de la mortalité périnatale et infantile et de comparer les pays entre eux. Actuellement en France, il n'y a pas d'indication de réanimation néonatale avant 22 SA¹³ et ce seuil peut être considéré comme un seuil de « viabilité » (indépendamment de l'existence ou non de malformation ou anomalie fœtale, même létale). Un fœtus présentant des signes de vie au sens de la définition de l'OMS à 19 SA (pulsations du cordon par exemple) ne pourra donc pas être enregistré comme « né vivant et viable » à l'état civil.

II. OBJECTIFS

Le PMSI est l'outil de recueil de la mortinatalité en France. Ce document est une mise à jour de l'instruction d'octobre 2011 et a pour objectif d'apporter une aide aux établissements pour le recueil d'une information exhaustive et fiable sur les enfants mort-nés, leurs caractéristiques, les circonstances du décès et de permettre le calcul des taux de mortinatalité et de mortalité périnatale.

Cette mise à jour est nécessaire pour tenir compte des difficultés signalées par les maternités et les DIM, des erreurs et des imprécisions de codage (en particulier sur les séjours des enfants) mises en évidence par les analyses de la DREES et tenir compte des évolutions du recueil et du codage dans le PMSI.

III. RECOMMANDATIONS POUR LE RECUEIL

Les définitions pour l'enregistrement des naissances dans le PMSI et le calcul du terme (ou âge gestationnel) font référence à celles de l'OMS, adaptées pour la France et reprises dans le guide méthodologique PMSI-MCO de l'ATIH¹⁴.

III.1 - Enregistrement des séjours de naissance (enfants vivants et mort-nés)

La production d'un RUM est obligatoire pour toutes les naissances à partir d'un âge gestationnel de 22 SA OU si le poids de naissance est d'au moins 500 g.

Le RUM comporte obligatoirement l'âge gestationnel et le poids à la naissance.

¹³ A contrario, ce seuil de 22 SA ne constitue pas une indication systématique de réanimation. Les seuils de prise en charge reposent sur les recommandations professionnelles des sociétés savantes de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et santé périnatale.

¹⁴ <https://www.atih.sante.fr/les-guides-methodologiques-mco>

Les naissances de moins de 22 SA et de 500 g ou plus sont très rares et doivent être vérifiées, en particulier si le terme est de moins de 21 SA. De même en cas de mortinatalité, les accouchements à partir de 22 SA, avec un poids de naissance très faible (par exemple moins de 200g) sont possibles mais doivent être vérifiés, surtout s'il s'agit d'une grossesse unique. Les vérifications aboutissent le plus souvent à des corrections du terme ou du poids.

Les limites de 22 SA ou de 500 g ne sont pas des seuils de viabilité clinique ou d'indication de réanimation, mais des seuils d'enregistrement.

En cas d'hospitalisation suite à un accouchement hors d'un établissement de santé et dès lors que les conditions de terme ou de poids de naissance sont remplies, un RUM est produit pour l'enfant, qu'il soit né vivant ou mort-né.

Age gestationnel

Dans un dossier médical, le terme (ou âge gestationnel) est toujours exprimé en semaines d'aménorrhée (SA) + x jours, par exemple 36 SA + 6 jours ou 36⁺⁶ SA. Pour le recueil PMSI, le terme est exprimé en SA révolues, soit dans cet exemple : 36 SA. Les SA révolues ne sont donc pas un « arrondi » et 36 SA révolues correspond aux termes compris entre 36⁺⁰ et 36⁺⁶ SA. Le calcul de l'âge gestationnel tient compte des corrections notamment échographiques qui ont pu être apportées.

En cas de mort fœtale spontanée, il peut y avoir un écart entre l'âge gestationnel au moment de la mort fœtale et l'âge gestationnel à l'expulsion. Dans le PMSI seul l'âge gestationnel à l'expulsion peut être enregistré actuellement.

Poids de naissance

Le poids correspond à la première pesée de l'enfant en salle de naissance ou lorsqu'elle n'a pas été possible à la première pesée dans le service de transfert. Dans ce cas le poids sera complété après appel du service de transfert pour avoir une information précise. En cas de décès (enfant mort-né ou décédé en salle de naissance), si une autopsie est prévue, le poids mentionné est toujours celui de la pesée en salle de naissance et non celui de la pesée au laboratoire. En fonction du délai de l'examen, la perte de poids peut en effet être importante.

Autres informations

- Le code postal de résidence est par convention celui de la mère, même si l'enfant ne sort pas à domicile (transfert, décès...). Ce code postal est utilisé dans les analyses à visée épidémiologique pour le calcul des taux domiciliés. Pour les enfants nés sous « X », ou plus généralement les situations où le code postal de la mère n'est pas connu, il est codé à « 99999 » (inconnu).
- Le lien mère-enfant est obligatoire pour toutes les naissances (enfant né vivant et mort-né).
- La date d'entrée du RUM qui enregistre la naissance est toujours égale à la date de naissance pour les enfants nés dans un établissement de santé.
- Le mode d'entrée est codé « N » (naissance) si l'enfant est né dans l'établissement ou « 8 » (domicile) si la naissance s'est produite hors de l'établissement de santé (trajet, domicile ou maison de naissance).

III.2 - Particularités de l'enregistrement du séjour des enfants nés sans vie (mort-nés)

Production du RUM

Le RUM est produit :

- quel que soit le contexte du décès, mort fœtale spontanée (MFS) ou interruption de la grossesse pour motif médical (IMG), quand les conditions de terme ou de poids sont remplies (≥ 22 SA ou ≥ 500 g) ;

- en cas de diagnostic de MFS avant 22 SA, si l'expulsion se produit à 22 SA ou au-delà et si le corps est formé et reconnaissable, le RUM de l'enfant est produit. En effet, c'est l'âge gestationnel à l'expulsion et non au décès qui est actuellement pris en compte dans les définitions de l'OMS. La différence entre le terme au décès et celui à l'expulsion est le plus souvent de 1 à 2 semaines en cas de grossesse unique, car l'accouchement est rapidement déclenché s'il ne se produit pas spontanément. En cas de grossesse multiple, le décalage entre le décès d'un des fœtus et la naissance peut être plus important quand la grossesse se poursuit pour les fœtus vivants ;
- indépendamment du choix des parents concernant la décision de déclarer ou non la naissance à l'état civil.

Aucun RUM n'est produit :

- en cas de naissance avant 22 SA et si le fœtus pèse moins de 500 g ;
- si le corps n'est ni formé ni reconnaissable : cas des masses tissulaires, fœtus acardiaque, fœtus papyracé, jumeau « évanescent » dont l'existence n'est connue que par une échographie anténatale précoce (cf. codage cas n°6.2).

Identification de l'enfant dans le système d'information hospitalier (SIH)

Les enfants mort-nés n'ont pas de personnalité juridique et n'ont pas de filiation établie, donc n'ont pas de « nom de famille » pour l'état civil. Cependant, il est nécessaire de pouvoir identifier ces enfants en tant que « patients hospitalisés » pour permettre la génération du RUM, des étiquettes pour les examens (prélèvements biologiques, imagerie, autopsie...), le classement et l'archivage des résultats et du dossier.

Les recommandations sont les suivantes :

Nom : le nom de naissance de la mère (anciennement nom de jeune fille). Ce nom n'a pas de valeur juridique pour l'enfant mais permet une identification fiable et pérenne des résultats des examens réalisés chez l'enfant.

Prénom : le ou les prénoms choisis par les parents. Si les parents n'ont pas souhaité donner un prénom, mentionner par exemple « XX » ou « FILLE » pour une fille et « XY » ou « GARÇON » pour un garçon.

Sexe : en cas de terme très précoce, ou pour certaines morts fœtales avec macération, il peut être difficile de préciser exactement le sexe à la naissance et dans ce cas, on attribue souvent à tort un sexe masculin. Si une autopsie et/ou un caryotype sont demandés, il faut en attendre les résultats. Si ces examens ne sont pas réalisés, il faut tenir compte des examens éventuellement réalisés au cours de la grossesse (caryotype fœtal, échographie anténatale). Si aucune de ces informations n'est disponible (ni histologie, ni génétique, ni échographie), le sexe sera déterminé par l'examen macroscopique à la naissance (réalisé par une personne expérimentée). Il est souvent possible en interne dans l'établissement de mentionner un sexe « indéterminé », mais, pour un groupage sans erreur des données PMSI, le sexe doit être codé « 1 » (masculin) ou « 2 » (féminin) dans le RUM.

Code postal de résidence : celui de la mère, même si l'enfant n'ira jamais au domicile. Ne pas mentionner le code postal de la maternité.

Étiquetage des prélèvements et examens de l'enfant : il peut être intéressant d'utiliser le double étiquetage « étiquette de la mère » + « étiquette de l'enfant » pour toutes les demandes et résultats d'examens de l'enfant après accord avec les laboratoires et services réalisant des examens complémentaires.

Dates du séjour : les dates d'entrée, de sortie, de naissance et de décès sont identiques ; la durée de séjour est donc toujours de 0 nuit, et l'âge à l'entrée, est de 0 jour.

Unité médicale (UM) : c'est le plus fréquemment l'UM de la salle de naissance. S'il n'existe pas d'UM spécifique pour la salle de naissance, il est recommandé que l'UM du séjour de l'enfant mort-né soit la même que celle utilisée pour les enfants restés auprès de leur mère en maternité. Lorsque la naissance d'un enfant mort-né survient dans l'établissement en dehors de la maternité, c'est l'UM du lieu de l'accouchement qui est mentionnée.

Mode de sortie : il est toujours codé « 9 » (décès).

Diagnostic principal (DP) : il est obligatoirement un code de la catégorie P95 *Mort fœtale (de cause non précisée* de la CIM10 FR à usage PMSI¹⁵, à l'exclusion de tout autre. À partir de 2019, pour la France, des extensions sur le 5^e caractère des codes de la catégorie P95 permettent de distinguer le contexte du décès (cf. exemples de codage en annexe II) :

P95.+0 *Mort fœtale in utero ou perpartum suite à une interruption médicale de grossesse*

P95.+1 *Mort fœtale in utero en dehors d'une interruption médicale de grossesse*

P95.+2 *Mort fœtale perpartum en dehors d'une interruption médicale de grossesse*

P95.+8 *Mort fœtale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse*

Diagnostics associés significatifs (DAS) : ils permettent de coder la cause du décès dans les MFS ou le motif de l'IMG et les circonstances associées au décès :

- Le code P96.4 *Interruption de grossesse affectant le fœtus et le nouveau-né* ne doit plus être indiqué comme marqueur d'une IMG puisque cette information fait désormais partie du codage du DP par les extensions des codes de la catégorie P95. Ce code est cependant conservé comme marqueur d'IMG si l'enfant naît vivant lorsqu'à la demande de la famille une IMG répondant à la définition de l'article L2213-1 du code de la santé publique est réalisée sans geste provoquant la mort fœtale in utero (ou « foeticide »), mais avec un déclenchement de l'accouchement. Il n'est pas possible d'utiliser le code P.95.+0 *Mort fœtale in utero ou perpartum suite à une interruption médicale de grossesse*. Ces situations sont à distinguer de celles où le choix des parents après diagnostic d'une anomalie fœtale grave est de laisser la grossesse évoluer spontanément. Les données de l'Agence de biomédecine montrent qu'il existe dans ces cas un tiers de MFS qui ne doivent pas être codées comme des IMG.
- Les codes de la catégorie P95 doivent être utilisés uniquement en DP. Les codes de la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* ne doivent jamais figurer sur un séjour d'enfant mort-né, même si la naissance a eu lieu à domicile et que l'on souhaiterait le mentionner. Cette information pourra être obtenue pour les enfants mort-nés par chaînage avec le séjour de la mère via le lien mère-enfant.
- En cas de grossesse multiple, il faut enregistrer le code P01.5 *Fœtus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple* en DAS.
- Seuls les DAS du séjour de l'enfant mort-né permettent le codage précis des malformations congénitales ou des anomalies fœtales. Ils sont donc indispensables pour connaître les circonstances exactes du décès utilisées notamment pour l'analyse de la mortinatalité et les comparaisons internationales. Si une autopsie est réalisée, le compte-rendu doit être utilisé pour le codage. Actuellement ces informations sont trop souvent manquantes ce qui pénalise la précision des analyses sur les circonstances de décès. Ainsi par exemple en 2019 46% des séjours IMG et 60% des séjours de MFS des enfants ne comportent aucun DAS (hors codes utilisés par convention).

Actes CCAM : lorsqu'un acte d'autopsie est réalisé sur un enfant né sans vie ou sur un fœtus, l'acte est codé :

- dans le RUM de l'enfant lorsqu'il est produit (âge gestationnel \geq 22 SA ou poids \geq 500g) ;
- dans le RUM de la mère s'il ne doit pas être produit de RUM de naissance, c'est-à-dire pour une issue de grossesse avant 22 SA et dont le poids est de moins de 500g.

¹⁵ <https://www.atih.sante.fr/cim-10-fr-2019-usage-pmsi>

Lien entre le séjour de l'enfant et celui de la mère : il est nécessaire que les SIH permettent l'accès à ce lien de façon simple pour les utilisateurs. Il permet de vérifier la cohérence du codage entre les séjours de la mère et de l'enfant. Il est indispensable pour l'analyse des données des bases en périnatalité. Dans les établissements ex-DGF, le lien est assuré par la présence du numéro de séjour administratif de la mère sur le séjour du bébé. Dans les établissements ex-OQN, il est assuré par la présence du numéro de facture de la mère sur la facture du bébé.

III.3 - Enregistrement du séjour de la mère

III.3.1 À partir de 22 SA : séjour d'accouchement

Production du RUM

Le RUM doit comporter :

- pour les accouchements dans un établissement de santé :
 - o diagnostic principal (DP) : il répond aux règles de codage de la CIM10 pour l'accouchement ; en général il s'agit d'un code du chapitre XV *Grossesse, accouchement et puerpéralité* (code « O », à partir des codes O10.-, à l'exception des codes O81.0 à O84.9 qui sont interdits en DP).
 - o diagnostics associés significatifs (DAS) : obligatoirement un code de la catégorie Z37.- *Résultat de l'accouchement* (Z37.-0 en cas de MFS, Z37.-1 en cas d'IMG). Les DAS permettent par les codes du chapitre XV (codes « O ») le codage des causes maternelles du décès et/ou des causes fœtales par les catégories O35.- *Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales connues ou présumées*, O36.- *Soins maternels pour d'autres affections connues ou présumées du fœtus*. Les autres chapitres permettent de préciser les comorbidités maternelles associées à la grossesse.
 - o un acte d'accouchement si, et seulement si, l'accouchement a lieu dans l'établissement. Si l'accouchement a eu lieu à domicile ou sur le trajet entre le domicile et la maternité, et que la mère est hospitalisée dans les suites immédiates, aucun acte d'accouchement n'est enregistré. Lorsque l'acte d'accouchement est codé, la date de l'acte d'accouchement est obligatoire ; elle doit être égale à la date de naissance de l'enfant.
 - o la date des dernières règles recalculée (DDRr) : le dossier obstétrical mentionne plutôt la date de début de grossesse ou date de conception corrigée éventuellement par l'échographie du premier trimestre. Pour le PMSI, on recalcule la DDRr à partir de la date de conception corrigée en retirant treize jours révolus. En effet, d'après les définitions de l'OMS, le premier jour des dernières règles doit être compté comme J0. Par exemple, si la date de conception corrigée est le 14 juillet, la DDRr est le 1^{er} juillet (14 – 13 = 1). Il est rappelé que la DDRr est obligatoire pour tous les séjours des femmes enceintes ; elle permet de calculer le terme à l'entrée dans l'établissement (date d'entrée dans le séjour – DDRr).
 - o le terme à l'accouchement mentionné en SA révolues dans le séjour de la mère doit être égal à :
$$\text{partie entière } [(\text{date de l'acte d'accouchement} - \text{DDRr}) / 7].$$
- Pour les accouchements survenus en dehors d'un établissement de santé avec hospitalisation dans les suites immédiates, y compris si la délivrance a lieu dans l'établissement de santé :
 - o diagnostic principal (DP) : le code Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé* est utilisé, en l'absence de complication particulière.
 - o diagnostics associés significatifs (DAS) : obligatoirement un code de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* et le code Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé* s'il n'a pas été codé en DP.
 - o Actes CCAM : aucun acte d'accouchement ne doit être codé.
 - o Les autres DAS, le terme à l'accouchement, la DDRr répondent aux mêmes consignes que celles des accouchements en établissement de santé.

Remarques

- L'âge gestationnel indiqué dans le séjour de la mère est identique à celui mentionné sur le séjour de l'enfant. Dans certaines circonstances exceptionnelles de grossesse multiple avec accouchement différé de plusieurs semaines entre les jumeaux, il est possible d'avoir pour l'un des enfants un âge gestationnel différent de celui mentionné dans le séjour de la mère. Les différences d'âge gestationnel entre la mère ou son (ses) enfant(s) doivent être vérifiées car il s'agit, dans la majorité des cas d'erreurs de calcul, de codage ou de saisie.
- Dans le séjour de la mère, les DAS utilisent certains codes du chapitre XV *Grossesse, accouchement et puerpéralité* (codes « O ») pour indiquer une pathologie fœtale. Les codes des autres chapitres de la CIM indiquent toujours une pathologie maternelle. Une IMG pour trisomie 21 du fœtus doit être mentionnée dans le RUM de la mère par le code O35.1 *Soins maternels pour anomalie chromosomique (présumée) du fœtus*, et non par un code de la catégorie Q90 *Syndrome de Down*, code qui indiquerait que c'est la mère qui est porteuse d'une trisomie 21. Le code Q90 devra figurer dans le séjour de l'enfant.
- En cas de MFS, le fait de déclencher l'accouchement ne constitue pas une IMG.
- Si l'accouchement se produit en dehors d'un établissement de santé et qu'un acte de révision utérine est réalisé, il peut être codé.
- Si la mère accouche dans un établissement de santé et qu'elle est transférée en postpartum immédiat dans un autre établissement, c'est le code Z39.08 *Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision* et non le code Z39.00 *Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé* qui doit être codé par l'établissement où la mère est transférée.
- À la demande de certaines familles, des IMG répondant à la définition de l'article L2213-1 du code de la santé publique peuvent être réalisées sans geste provoquant la mort fœtale in utero (ou « foeticide ») mais avec un déclenchement de l'accouchement à un terme très précoce. Dans ce cas, l'enfant naît vivant et décède après la naissance avec un accompagnement de soins palliatifs. Dans ces situations, il n'est pas possible actuellement de conserver l'information de l'IMG dans le séjour de la mère, les extensions des codes de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* ne concernant que les IMG avec mort-nés. Le déclenchement du travail n'est pas non plus repérable dans cette situation (voir exemples de codage en annexe II).
- Dans les situations où un Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal a donné une attestation autorisant l'IMG mais où la famille préfère la poursuite de la grossesse, il n'y a pas lieu de coder une IMG. Si le fœtus décède spontanément in utero, le séjour de l'enfant sera codé comme une MFS.

III-3.2 Avant 22 SA : séjour d'avortement

Production du RUM

Pour une issue de grossesse avant 22 SA, quel que soit le poids du fœtus, il ne s'agit pas d'un accouchement. Le RUM de la mère doit comporter, lorsqu'il y a expulsion d'un fœtus :

- Un code de la catégorie O03 *Avortement spontané* ou O04 *Avortement médical* (plus exceptionnellement O05 *Autres formes d'avortement* en cas d'avortement illégal). Depuis 2019, pour la France, des extensions sur le 5^e caractère des codes de la catégorie O04 *Avortement médical* permettent de distinguer le contexte de l'avortement (voir exemples de codage en annexe II) :
 - O04.-0 *Interruption médicale volontaire de grossesse [IVG dans le cadre légal]*
 - O04.-1 *Interruption médicale de grossesse [IMG][ITG] pour cause embryonnaire ou fœtale*
 - O04.-2 *Interruption médicale de grossesse [IMG][ITG] pour cause maternelle*
 - O04.-3 *Interruption médicale de grossesse [IMG][ITG] pour association de cause fœtale et maternelle.*
- Diagnostics associés significatifs (DAS) : comme pour les accouchements, ils permettent de coder les causes et les circonstances maternelles associées au décès fœtal.
- Si aucun RUM n'est produit pour le fœtus (poids < 500g) et si une autopsie fœtale est réalisée, elle est codée sur le séjour de la mère.

- DDRr : elle est obligatoire. Même s'il n'est pas obligatoire, il est fortement recommandé de coder également l'âge gestationnel à l'expulsion (nombre de SA révolues) pour tous les codes des catégories O03 *Avortement spontané*, O04 *Avortement médical* et O05 *Autres formes d'avortement*.
- Si un RUM est produit pour le fœtus (poids de 500g ou plus) le lien entre le séjour de l'enfant et celui de la mère doit être établi selon les règles rappelées plus haut.

Remarques

- À partir de 2019, les extensions des codes de la catégorie O04 *Avortement médical* permettent désormais de distinguer les différents cas d'IMG avant 22 SA. En cas d'IMG pour anomalie fœtale, si le fœtus pèse moins de 500g, seul le séjour de la mère permettra de préciser la cause de l'IMG par un code de la catégorie O35 *Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales connues ou présumées*, le RUM « enfant » n'étant pas produit. Ces DAS sont également utilisés en cas de fausse couche spontanée lorsqu'une anomalie fœtale est mise en évidence.
- Les codes des autres chapitres de la CIM indiquent toujours une pathologie maternelle (et non fœtale).
- Le fait de rédiger un « certificat médical d'accouchement » pour une déclaration, à l'état civil, d'un enfant né sans vie avant 22 SA n'autorise pas à coder un acte et un séjour d'accouchement dans le PMSI : les règles d'enregistrement de l'état civil et du PMSI sont différentes.
- Les IMG peuvent être réalisées à n'importe quel terme de la grossesse ; le codage d'une IMG est toutefois conditionné par l'existence de l'avis d'un CPDPN. Toute interruption médicale de grossesse avant 15 SA qui est réalisée sans l'avis favorable d'un CPDPN doit être codée comme une IVG.

IV. CIRCUIT DES INFORMATIONS

De nombreux acteurs interviennent autour de la prise en charge, de la déclaration et de l'enregistrement administratif et médical des enfants mort-nés. Il est recommandé aux établissements de s'assurer de la bonne coordination des intervenants et de veiller au circuit d'information par des procédures adaptées et mises à jour régulièrement, afin de pouvoir accompagner au mieux les parents, de leur fournir des informations cohérentes mais aussi d'assurer l'exhaustivité et la qualité des enregistrements à visée statistique et épidémiologique qui permettent le suivi de la mortinatalité, de la mortalité périnatale et l'amélioration des pratiques professionnelles. Le dernier rapport publié par Europeristat¹⁶ montre que les taux de mortalité périnatale et infantile stagnent en France entre 2010 et 2015 alors qu'ils s'améliorent dans d'autres pays. Il est donc capital de disposer de données fiables permettant d'analyser et de comprendre ces évolutions.

Le lien entre la salle de naissance, le bureau des admissions et le DIM est essentiel pour assurer une information de qualité. Si le séjour d'une mère et d'un enfant sont codés comme des séjours « mortinatalité » pour le PMSI, il ne peut y avoir pour cet enfant une déclaration d'enfant né vivant et décédé pour l'état civil, avec rédaction d'un certificat de décès néonatal pour le CépîDC (et inversement).

Les autopsies : il est rappelé que quel que soit le terme, les autopsies à visée diagnostique sont toujours réalisées avec le consentement de la mère. Le compte rendu de l'autopsie est utile pour assurer un codage précis du séjour de l'enfant mais arrive souvent tardivement par rapport au codage initial du séjour. L'accès direct du DIM aux comptes-rendus du laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques peut éviter les pertes d'information.

Les Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) : ils délivrent les attestations d'IMG et peuvent aussi être une source d'information pour préciser le contexte du décès (IMG ou non, choix des parents de poursuivre la grossesse sans IMG, etc...).

¹⁶ Blondel B, Durox M, Zeitlin J. How perinatal health in France compared with other European countries in 2015 : some progress but also some concerns about newborn health. J Gynecol Obstet Hum Biol Reprod. 2019, 48(7) : 437-439.

*Les registres de salle de naissance et les chambres mortuaires*¹⁷ : ils peuvent permettre de vérifier l'exhaustivité du recueil.

Les services informatiques et les éditeurs de logiciels : ils peuvent faciliter le recueil des informations (mise en place du mode d'entrée N « Naissance » au niveau administratif et respect des règles concernant les enregistrements administratifs au sein des RSS et du fichier VIDHOSP), et faciliter les contrôles de cohérence entre le séjour de l'enfant et celui de sa mère par le lien mère –enfant.

Les tableaux OVALIDE : le tableau [1.Q.8.SMN] *Analyse des séjours de mort-nés* disponible à chaque transmission PMSI permet d'alerter les DIM sur des incohérences entre le nombre d'enfants mort-nés attendu d'après les codes Z37.- utilisés dans les séjours des mères et le nombre de séjours d'enfants mort-nés effectivement présents dans la base, sur les incohérences de poids et de terme dans les séjours enfants, etc...

Les réseaux de santé en périnatalité et la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) : ils proposent des formations pour l'accompagnement du deuil périnatal et le codage en périnatalité. Ils peuvent être sollicités pour recenser les difficultés rencontrées par les établissements de santé. Les revues de morbi-mortalité (RMM) organisées par les réseaux peuvent permettre de s'assurer de la qualité des informations transmises dans le Système national des données de santé (SNDS) par le PMSI.

¹⁷ Arrêté du 5 janvier 2007 relatif au registre prévu à l'article R.1112-76-1 du code de la santé publique et portant modification de l'arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé (*JORF* du 12 janvier 2007).

V. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES RÈGLES DE CODAGE

V.1 - SEJOUR DE LA MERE

	IMG	HORS IMG
	< 22 SA hors IVG → codage d'un séjour d'avortement	
DP	O04.- <i>Avortement médical</i> O04.-1 (*) cause embryonnaire ou fœtale O04.-2 (*) cause maternelle O04.-3 (*) association de causes fœtale et maternelle	Code de la catégorie O03 <i>Avortement spontané</i>
DAS	Si cause fœtale : O35 <i>Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées</i> et/ou cause maternelle : chapitre XV +/- autres chapitres	Code « O » indiquant la pathologie fœtale Cause ou pathologie maternelle associée : chapitre XV +/- autres chapitres
Acte	Il ne doit pas être codé d'acte d'accouchement mais un acte d'interruption de grossesse Acte d'autopsie du fœtus si réalisée	
Obligatoire	DDR recalculée	
Possible	Age gestationnel à l'expulsion (SA révolues)	
	≥ 22 SA → codage d'un séjour d'accouchement	
DP	Si cause fœtale: O35 <i>Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées</i> ou cause maternelle: chapitre XV +/- autres chapitres	O36.4 <i>Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus</i> ou autre code chapitre XV Cause ou pathologie maternelle : chapitre XV +/- autres chapitres
DAS obligatoire	Z37.-1 <i>Enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical</i>	Z37.-0 <i>Enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical</i>
Autres	Tout code permettant de décrire les circonstances maternelles associées à la mort fœtale en particulier si DP des catégories O98.- ou O99.- . Tout code permettant de préciser la description des anomalies fœtales si ce code ne sont pas déjà utilisés en DP : codes O35.- par exemple	
Acte	Accouchement (obligatoire)	
Obligatoire	DDR recalculée Age gestationnel à l'accouchement (SA)	

Remarques

- (*) cf libellés complets ci-dessus
- Catégorie O35 : les nouvelles extensions de la catégorie O04 permettent désormais de distinguer plus facilement la raison de l'IMG (cause fœtale, maternelle ou mixte). Les codes de la catégorie O35 apportent des précisions supplémentaires sur le type d'anomalies fœtales, il est donc demandé de continuer à les utiliser en DAS avec les codes O04.-1 ou O04.-3 en DP.
- Il est rappelé que le codage précis des malformations congénitales ou des anomalies fœtales n'est pas possible dans le séjour de la mère. La présence d'un code du chapitre XVII (« Q ») mentionne une anomalie ou une malformation présente chez la mère et non chez le fœtus.
- Catégorie O36 : sauf cas particulier les codes de cette catégorie ne répondent pas à la définition des anomalies fœtales « d'une particulière gravité incurables au moment du diagnostic » autorisant l'IMG. Ils peuvent cependant expliquer une MFS.
- L'âge gestationnel à l'expulsion avant 22 SA n'est pas obligatoire mais il est recommandé de le mentionner car il permet les contrôles de cohérence avec la DDRr et figure toujours dans le dossier médical.

V.2 - SEJOUR DE L'ENFANT MORT-NÉ

	IMG	HORS IMG
	< 22 SA ET POIDS < 500 g → PAS DE RUM	
	[≥ 22 SA OU POIDS ≥ 500g] → RUM	
DP	P95.+0 <i>Mort fœtale in utero ou per partum suite à une IMG</i>	P95.+1 <i>Mort fœtale in utero en dehors d'une IMG</i> P95.+2 <i>Mort per partum en dehors d'une IMG</i> P95.+8 <i>Mort fœtale sans précision en dehors d'une IMG</i>
DAS	Causes du décès et tout code permettant de décrire les circonstances associées au décès	
Acte	Autopsie si réalisée	
Mode d'entrée	N : naissance	N : naissance 8 : domicile si naissance hors établissement de santé
Mode de sortie	9 : décès	
Obligatoire	Poids (pesée en salle de naissance) Age gestationnel (SA révolues) à la naissance Lien mère- enfant Code postal de résidence = celui de la mère	

Remarques

- Le type de mortalité est toujours connu : IMG ou MFS. Le code P95.+8 *Mort fœtale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse* n'est utilisable que dans les cas de MFS pour lesquels la temporalité du décès (ante ou per partum) est inconnue.
- Les DAS du séjour de l'enfant sont indispensables pour préciser la cause ou les circonstances associées à son décès. La cause de l'IMG est toujours connue dans le dossier médical puisqu'elle permet la délivrance de l'attestation par le CPDPN. La cause d'une MFS reste inconnue dans environ 1/3 des cas.
- Le codage des causes ou circonstances maternelles associées au décès utilisent les codes des catégories :
 - o P00 *Fœtus et nouveau-né affectés par des affections maternelles éventuellement sans rapport avec la grossesse actuelle*
 - o P04 *Fœtus et nouveau-né affecté par des effets nocifs transmis par voie transplacentaire ou par le lait maternel*
- Le codage des causes et circonstances liées à la grossesse et l'accouchement utilise les codes des catégories :
 - o P01 *Fœtus et nouveau-né affectés par les complications de la grossesse chez la mère*
 - o P02 *Fœtus et nouveau-né affectés par des complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes*
 - o P03 : *Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres complications du travail et de l'accouchement*

Annexe II

EXEMPLES DE CODAGE

Ces exemples détaillés ont pour but de faciliter et d'harmoniser le codage dans les établissements. Pour cette raison, toutes les situations, mêmes les plus rares ont été envisagées.

Pour éviter toute confusion, le terme de mort fœtale spontanée (MFS) a été utilisé plutôt que celui de mort fœtale in utero (MFIU) pour distinguer les situations hors IMG et IMG. En effet, les arrêts de vie in utero le plus souvent pratiqués pour les IMG à partir de 22 SA ont pour conséquence une « mort fœtale in utero ». Il est également rappelé que le déclenchement de l'accouchement en cas de mort fœtale spontanée n'est pas une IMG.

La date des dernières règles mentionnée sur le RUM de la mère est toujours la date des dernières règles recalculée (DDRr) à partir de la date de conception tenant compte des corrections échographiques (cf annexe I).

Depuis mars 2019, le mode d'entrée des RUM des enfants nés dans un établissement de santé (nés vivants ou mort-nés est « N » : *Naissance*.

Les tableaux Ovalide concernant l'enregistrement des séjours des mort-nés à consulter sont les tableaux 1.Q.8.SMN *Analyse des séjours de mort-nés A, B et C*.

Dans les exemples proposés ci-dessous, certains codes ne sont pas indispensables pour la connaissance du type de mortalité ou des circonstances de décès mais sont utilisés par beaucoup de maternités pour décrire la prise en charge (code concernant l'arrêt de l'allaitement par exemple).

Exemple 1 : IMG avant 22 SA et poids fœtal < 500 g

IMG à 16 SA + 3 jours (prise d'un médicament tératogène en début de grossesse). Fœtus de 240 g, pas d'autopsie.

EXEMPLE 1	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel < 22 SA</i>	<i>Age gestationnel < 22 SA et poids < 500 g</i>
DP	O04.91 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause embryonnaire ou fœtale, complète ou sans précision, sans complication	Pas de RUM
DA	O35.5 Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) médicamenteuses	
Actes	JNJD001 Évacuation d'un utérus gravide, au 2e trimestre de la grossesse avant la 22e semaine d'aménorrhée	
Obligatoire	DDRr	
Possible	Age gestationnel : 16 SA	

Remarques

- En l'absence de RUM pour le fœtus, si une autopsie est réalisée, elle est mentionnée à titre exceptionnel dans le RUM de la mère.
- Le médicament est connu comme tératogène mais ne met pas en jeu la vie de la mère. Il s'agit donc d'une IMG pour cause embryonnaire ou fœtale

Exemple 2 : mort fœtale spontanée (MFS), âge gestationnel < 22 SA, poids fœtal > 500g

MFS à 21 SA + 4 jours, anasarque, expulsion par voie basse. Fœtus de 530g reconnaissable. Les examens complémentaires (biologie, autopsie avec examen de l'encéphale) ne permettent pas le diagnostic étiologique précis. Pas de complication maternelle

EXEMPLE 2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel < 22 SA, hors IMG</i>	<i>Age gestationnel < 22 SA, poids ≥ 500 g</i>
DP	O03.9 Avortement spontané, complet ou sans précision, sans complication	P95.+1 Mort fœtale in utero en dehors d'une interruption médicale de grossesse
DAS	O36.2 Soins maternels pour anasarque fœtoplacentaire	P83.2 Anasarque fœtoplacentaire non due à une maladie hémolytique
Acte	JNJD001 Évacuation d'un utérus gravide, au 2e trimestre de la grossesse avant la 22e SA	JQQX003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDRr	Age gestationnel : 21 SA - Poids : 530 g Mode d'entrée : N / Mode de sortie : 9 Lien mère - enfant
Possible	Age gestationnel : 21 SA	

Remarques

- Les actes JQQX003 *Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours, avec examen de l'encéphale*, et JQQX005 *Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours, sans examen de l'encéphale*, comprennent les éventuels examens radiographiques associés.
- Avant 22 SA, il ne s'agit pas pour la mère d'un séjour d'accouchement (pas d'acte d'accouchement, pas de code de la catégorie Z37.-), mais le RUM de l'enfant est produit (séjour « naissance ») dès lors que le poids est ≥ 500g. Ces situations sont rares, le plus souvent en lien avec des pathologies particulières.
- Les séjours de naissance avec un poids de 500g ou plus et un âge gestationnel < 22 SA doivent être vérifiés, et le chaînage entre les séjours de la mère et de l'enfant doit être réalisé.

Exemple 3 : Contexte d'IMG/MFS pour cause fœtale à partir de 22 SA

Exemple 3.1 : IMG pour agénésie du corps calleux avec retard de croissance important associé à 28 SA + 1 jour chez une multipare. Arrêt de vie *in utero* et accouchement par voie basse sous péridurale en présentation du siège d'un fœtus de sexe masculin de 650 g. Suppression de la lactation en *postpartum*. Autopsie fœtale avec examen de l'encéphale.

EXEMPLE 3.1	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, IMG</i>	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, IMG</i>
DP	O35.0 Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus	P95.+0 Mort fœtale in utero ou perpartum suite à une interruption médicale de grossesse
DAS	O36.5 Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical O60.3 Accouchement prématuré sans travail spontané O80.1 Accouchement spontané par présentation du siège (a) O92.5 Suppression de la lactation	Q04.0 Malformations congénitales du corps calleux P05.0 Faible poids pour l'âge gestationnel
Actes	JQLF003 Injection d'agent pharmacologique chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical	JQQX003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale

	JQGD001 Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une multipare AFLB010 Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement voie basse	
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 28 SA	Age gestationnel : 28 SA - Poids : 650 g Mode d'entrée : N / Mode de sortie : 9 Lien mère - enfant

(a) La notion de « spontané » est associée à l'accouchement et non au début du travail.

Remarques

- Le code P03.0 *Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement et une extraction par le siège* n'a pas été codé en DAS car la présentation du siège n'a pas eu d'effet sur le décès, l'extraction ou la prise en charge de l'enfant. Le lien entre le séjour de l'enfant et de la mère permettra d'enregistrer cette information au niveau des bases nationales du PMSI via le séjour de la mère.
- Le code P07.3 *Autre enfant né avant terme*, n'est plus indispensable dans la plupart des cas dans la mesure où l'on dispose de l'âge gestationnel précis dans le RSS.

Les anomalies fœtales sont les causes majoritaires des interruptions médicales de grossesse en France. Dans 10% des cas environ, le motif est maternel, c'est-à-dire qu'il existe une pathologie maternelle mettant la vie de la mère en danger

Codage des IMG pour raison maternelle

Codage du RUM de la mère :

DP : un code du chapitre XV « O » de la CIM-10.

DAS : un code Z37.-1. Si le DP est un code des catégories O98. – ou O99. –, un code d'un chapitre autre que le XV précise le DP¹.

Codage du RUM de l'enfant :

DP : P95.+0

DAS : un code de la catégorie P00.- *Fœtus et nouveau-né affectés par des affections maternelles, éventuellement sans rapport avec la grossesse actuelle.*

Exemple 3.2 : Diagnostic d'une agénésie du corps calleux avec retard de croissance associé à 23 SA, chez une multipare.

Demande d'avis auprès du CPDPN qui conclut « à une anomalie fœtale d'une particulière gravité » autorisant une IMG mais les parents choisissent de poursuivre la grossesse. MFS à 28 SA, travail spontané, accouchement voie basse, siège, fœtus de sexe masculin mort-né de 650g. L'autopsie ne permet pas de retrouver d'autres anomalies.

EXEMPLE 3.2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, MFS</i>	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, MFS</i>
DP	O36.5 Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus	P95.+1 Mort fœtale in utero hors interruption médicale de grossesse
DAS	O35.0 Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus O60.1 Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical O92.5 Suppression de la lactation.	Q04.0 Malformations congénitales du corps calleux P05.0 Faible poids pour l'âge gestationnel
Actes	JQGD001 Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une multipare	JQQX003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 28 SA	Age gestationnel : 28 SA - Poids : 650 g Mode d'entrée : N / Mode de sortie : 9 Lien mère-enfant

¹ Voir dans le volume 1 de la CIM-10 les notes figurant en tête des catégories O98. et O99

Remarques

L'agénésie du corps calleux isolée n'est pas une malformation létale. Elle est associée ici à un retard de croissance sévère et précoce, elle n'est donc pas « isolée », même si le bilan ne permet pas d'avoir plus de précision sur un syndrome connu. Le codage décrit les anomalies constatées, et on privilégie, pour le DP du RUM de la mère, l'insuffisance de croissance du fœtus pour expliquer la MFS. Le DP du RUM de l'enfant mort-né est toujours un code de la catégorie P95.

Exemple 3.3 : Diagnostic d'une agénésie du corps calleux associé à un retard de croissance associé à 22 SA chez une multipare. Le CPDPN atteste « d'une anomalie fœtale d'une particulière gravité incurable au moment du diagnostic ». Les parents ne souhaitent pas d'arrêt de vie in utero. IMG par déclenchement de l'accouchement à 23 SA + 1 jour, siège, naissance d'un garçon vivant de 410g, accompagnement et soins palliatifs en salle de naissance, décès à 2 heures de vie.

EXEMPLE 3.3	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, IMG enfant vivant</i>	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, IMG enfant vivant</i>
DP	O35.0 Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus	Z38.0 Enfant unique né à l'hôpital
DAS	O60.3 Accouchement prématuré sans travail spontané O80.1 Accouchement spontané par présentation du siège Z37.0 Naissance unique enfant vivant O92.5 Suppression de la lactation	P96.4 Interruption de la grossesse affectant le fœtus et le nouveau-né P07.2 Immaturité extrême Q04.0 Malformations congénitales du corps calleux P05.0 Faible poids pour l'âge gestationnel Z51.5 Soins palliatifs
Actes	JQGD001 Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une multipare	
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 23 SA	Age gestationnel : 23 SA - Poids : 410 g Mode d'entrée : N / Mode de sortie : 9 Lien mère enfant

Remarques

- Il n'est pas possible de repérer actuellement une IMG par les extensions de codage si l'enfant naît vivant. Le code P96.4 n'est plus utilisé chez l'enfant pour coder une IMG en raison des extensions de la catégorie P95.-. Il peut être maintenu dans cette situation particulière.
- Il n'existe pas de code pour le déclenchement. Le codage O60.3 *Accouchement prématuré sans travail spontané*, associé à un code d'accouchement voie basse permet indirectement de le signaler.
- Pour un enfant né vivant, le DP du RUM de la salle de naissance ou du premier RUM est toujours un code de la catégorie Z38.- *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*. Les codes de la catégorie Z38.- ne doivent plus être employés dans les autres RUM du séjour de naissance en cas de séjour multi-unités, ou dans les séjours autres que le séjour de naissance.
- Le code P07.2 *immaturité extrême* est mentionné en DAS, même si l'âge gestationnel précis est présent dans le RSS car dans cette situation particulière, l'immaturité extrême est une cause de décès. Le code Z51.5 *Soins palliatifs* ne peut être codé que si la prise en charge a nécessité l'intervention coordonnée d'une équipe pluridisciplinaire d'au moins 3 intervenants. En dehors du personnel médical et soignant présent habituellement en salle de naissance, le dossier médical doit mentionner l'intervention d'un psychologue, et/ou d'un psychiatre, et/ou des services sociaux et/ou d'une unité mobile de soins palliatifs pour accompagner l'enfant et sa famille.
- Les codes de la catégorie P95.- *Mort fœtale de cause non précisée* ne doivent pas être utilisés en DAS pour indiquer le décès d'un enfant né vivant. Le décès est codé par le mode de sortie.

Exemple 4 : décès *perpartum* à terme

Exemple 4.1 : Césarienne en urgence chez une primipare pour procidence du cordon à terme. Enfant de 3 800 g, né sans vie. L'autopsie montre des signes d'encéphalopathie anoxo-ischémique. Arrêt de la lactation en *post-partum*.

EXEMPLE 4.1	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, MFS</i>	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, MFS</i>
DP	O69.0 Travail et accouchement compliqués d'un prolapsus du cordon	P95.+2 Mort fœtale perpartum en dehors d'une interruption médicale de grossesse
DAS	Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical O92.5 Suppression de la lactation	P91.6 Encéphalopathie anoxo-ischémique [hypoxique ischémique] du nouveau-né P02.5 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres formes de compression du cordon ombilical P20.1 Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois pendant le travail et l'accouchement P03.4 Fœtus et nouveau-né affecté par un accouchement par césarienne
Actes	JQGA003-11 (activité 1 et 4) Accouchement unique par césarienne au cours du travail, par laparotomie chez une primipare	JQQX003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 40 SA	Age gestationnel : 40 SA - Poids : 3800 g Mode d'entrée : N / Mode de sortie : 9 Lien mère-enfant

Remarques

Depuis mars 2019, les extensions à visée descriptive des codes de césarienne sont obligatoires pour préciser, comme dans les accouchements voie basse le type de grossesse (unique = 1, multiple = 2) et la parité (primipare = 1, multipare = 2).

Exemple 4.2 : Même cas, mais à la naissance on constate une activité cardiaque faible (< 100/mn) et une réanimation néonatale est tentée (intubation, massage cardiaque, pose d'un cathéter veineux ombilical, perfusion de drogues vasoactives), sans succès. Arrêt de la réanimation à 20 minutes de vie.

EXEMPLE 4.2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA</i>	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, enfant né vivant</i>
DP	O69.0 Travail et accouchement compliqués d'un prolapsus du cordon	Z38.0 Enfant unique né à l'hôpital
DAS	Z37.0 Naissance unique, enfant vivant O92.5 Suppression de la lactation	P02.5 Fœtus et nouveau-né affecté par d'autres formes de compression du cordon ombilical P91.6 Encéphalopathie anoxo-ischémique [hypoxique ischémique] du nouveau-né P20.1 Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois pendant le travail et l'accouchement P03.4 Fœtus et nouveau-né affecté par un accouchement par césarienne
Actes	JQGA003-11 (activités 1 et 4) Accouchement unique par césarienne au cours du travail, par laparotomie chez une primipare	DKMD002 Ressuscitation cardiorespiratoire avec intubation trachéale, dans un bloc medicotechnique EGLF001 Pose d'un cathéter veineux ombilical
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 40 SA	Age gestationnel : 40 SA - Poids : 3800 g Mode d'entrée : N / Mode de sortie : 9 Lien mère-enfant

Exemple 5 : accouchement à domicile

Exemple 5.1 Patiente amenée par le SMUR. Accouchement à domicile à 26 SA. Enfant décédé à l'arrivée du SMUR. Réalisation de la délivrance à l'hôpital, doute sur l'intégrité du placenta et révision utérine sous péridurale, qui ne montre pas d'anomalie. Fœtus de sexe féminin, poids 800 g. L'autopsie montre que l'enfant n'a pas respiré, il n'y a pas de lésion traumatique.

EXEMPLE 5.1	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, MFS</i>	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, MFS</i>
DP	Z39.00 Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé	P95.+8 Mort fœtale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse
DAS	Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical	P07.2 Immaturité extrême
Actes	JNMD002 Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1	JQXX003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 26 SA	Age gestationnel : 26 SA - Poids : 800 g Mode entrée 8 <i>Domicile</i> / Mode de sortie : 9 Lien mère-enfant

Remarques

Lorsque la délivrance (naturelle) se produit à l'hôpital, elle ne permet pas à elle seule de coder l'acte d'accouchement.

- Le code JNMD002 *Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle* est un geste complémentaire qui peut être utilisé comme acte isolé, sans erreur de groupage dans le cas des accouchements hors établissement. Si une anesthésie y est associée, on doit utiliser le code d'anesthésie complémentaire ZZLP025 *Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1*. L'extension documentaire permet de coder le type d'anesthésie (dans l'exemple : 2 Anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale).
- Dans la mesure où aucun professionnel n'a pu s'assurer de signe de vie et que l'autopsie montre que l'enfant n'a pas respiré, il est considéré comme mort-né. Comme on ne connaît pas le moment de la mort fœtale (in utero ou perpartum), on code P95.+8 *Mort fœtale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse*. Le mode d'entrée de l'enfant ne peut pas être codé N *Naissance* puisque l'enfant n'est pas né dans un établissement de santé.

Exemple 5.2 : Même cas mais l'autopsie montre que l'enfant a respiré.

EXEMPLE 5.2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA</i>	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, enfant né vivant</i>
DP	Z39.00 Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé	Z38.1 Enfant unique, né hors d'un hôpital
DAS	Z37.0 Naissance unique, enfant vivant	P07.2 Immaturité extrême P07.0 Poids extrêmement faible à la naissance
Actes	JNMD002 Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1	JQQX003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 26 SA	Age gestationnel : 26 SA - Poids : 800 g Mode entrée 8 <i>Domicile</i> / Mode de sortie : 9 Lien mère-enfant

Exemple 6 : grossesse multiple ou initialement multiple

Exemple 6.1 : Grossesse gémellaire bichoriale, biamniotique. Diagnostic de trisomie 21 sur JB à 19 SA. Décision de différer l'IMG sélective pour permettre la croissance de JA. Apparition à 27 SA d'une pré éclampsie sévère avec HELLP syndrome. Mort *in utero* de JA après poussée hypertensive et IMG sur JB ; déclenchement de l'accouchement. Nombreux infarctus placentaires.

EXEMPLE 6.1	RUM DE LA MÈRE	RUM DU JUMENT A	RUM DU JUMENT B
	<i>Grossesse multiple, IMG sélective, Age gestationnel ≥ 22 SA</i>	<i>MFS, Age gestationnel ≥ 22 SA</i>	<i>IMG, Age gestationnel ≥ 22 SA</i>
DP	O14.2 HELLP syndrome	P95.+1 Mort fœtale in utero en dehors d'une interruption médicale de grossesse	P95.+0 Mort fœtale in utero ou perpartum suite à une interruption médicale de grossesse
DAS	O35.1 Soins maternels pour anomalie chromosomique (présumée) du fœtus O36.4 Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus O60.3 Accouchement prématuré sans travail spontané O30.0 Jumeaux Z37.41 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical	P00.0 Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles hypertensifs de la mère P02.2 Fœtus et nouveau-né affectés par des anomalies morphologiques et fonctionnelles du placenta, autres et sans précision P01.5 Fœtus et nouveau-nés affecté par une grossesse multiple P05.0 Faible poids pour l'âge gestationnel P07.2 Immaturité extrême	Q90.0 Trisomie 21, non-disjonction méiotique P07.2 Immaturité extrême P07.0 Poids extrêmement faible à la naissance P01.5 Fœtus et nouveau-nés affecté par une grossesse multiple
Actes	JQLF003 Injection d'agent pharmacologique chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical JQGD007 Accouchement multiple par voie naturelle, chez une multipare		
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 27 SA	Age gestationnel : 27 SA Poids: 600 g Mode entrée : N Mode de sortie : 9 Lien mère-enfant	Age gestationnel : 27 SA Poids : 900 g Mode entrée : N Mode de sortie : 9 Lien mère-enfant

Remarques

- Le codage du DP sur les RUM des enfants permet de distinguer les différentes causes de décès.
- Lorsqu'il existe à la fois une MFS et une IMG, le codage de l'extension du code Z37.- doit privilégier l'IMG. L'association IMG et MFS sera connue uniquement par le codage des RUM des enfants et le lien entre les séjours des enfants et de la mère.

Exemple 6.2 : Grossesse multiple diagnostiquée à l'échographie du 1^{er} trimestre à 10 SA, décès très précoce d'un des jumeaux et poursuite de la grossesse. Accouchement à 39 SA et 6 jours, naissance d'un enfant vivant de 3 500g et présence d'un fœtus papyracé (corps non formé) retrouvé dans les membranes à l'examen du placenta. Le fœtus papyracé ne doit pas faire l'objet de la création d'un RUM. Allaitement maternel

EXEMPLE 6.2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA</i>	<i>Age gestationnel ≥ 22 SA, enfant né vivant</i>
DP	O80.0 Accouchement spontané par présentation du sommet	Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital
DAS	O31.0 Fœtus papyracé O31.2 Poursuite de la grossesse après mort intra-utérine d'un ou plusieurs fœtus Z39.1 Soins et examen de l'allaitement maternel Z37.0 Naissance unique, enfant vivant	
Actes	JQGD010 Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare	
Obligatoire	DDRr Age gestationnel : 39 SA	Age gestationnel : 39 SA - Poids : 3 500 g Mode entrée : N Lien mère-enfant

Vérifications et contrôles

Les vérifications sont faites à différents niveaux, mais le DIM est plus particulièrement chargé de la validation de l'ensemble des séjours avant l'envoi des données. De nombreux contrôles ont été mis en place par l'ATIH pour faciliter ce travail de vérification.

▪ Salle de naissance et maternité

En fonction de l'organisation interne, les vérifications d'exhaustivité peuvent être effectuées à partir du registre des naissances, du nombre de séjours avec mode d'entrée N « naissance », du nombre d'accouchements. Pour le codage, il est conseillé de ne pas séparer les RUM de la mère et de l'enfant, afin d'assurer la cohérence des informations entre de ces RUM.

Par exemple :

- cohérence des dates, en particulier en cas de séjour anténatal de la mère : DDR recalculée, date d'accouchement et terme à l'accouchement
- cohérence entre le terme sur le RUM de la mère, et le terme sur le RUM de l'enfant ;
- type de mortinatalité, causes et circonstances de décès chez la mère et l'enfant.

▪ DIM

En plus des vérifications effectuées en lien avec la maternité, le DIM doit contrôler la qualité des données. À titre d'exemple, il peut vérifier les éléments suivants :

- le nombre d'enfants mort-nés estimés par les codes Z37. – chez la mère et le nombre de RSS classés dans le GHM 15Z10E. Des différences peuvent exister en cas de RSS produits pour des fœtus de plus de 500 g nés avant 22 SA ; ce cas est rare et mérite d'être vérifié ;
- comparer le nombre d'IMG enregistrées dans les RSS des mères et des enfants ;
- les codes d'erreurs générés lors du groupage des séjours : ils permettent d'effectuer certaines corrections, en particulier pour le terme et la DDRr pour la mère, le poids de naissance et l'âge gestationnel pour les enfants, ainsi que les modes d'entrée et de sortie, l'absence du code d'accouchement ou d'un code de la catégorie Z37 sur les séjours d'accouchement dans l'établissement.
- les informations retournées par le logiciel DATIM (détection des atypies de l'information médicale) permettent aussi d'effectuer certaines corrections.

Ces éléments peuvent être consultés par le DIM dans la partie Périnatalité des tableaux Qualité Ovalide MCO (partie 1.Q.8). Ils sont également accessibles via le logiciel VisualQualité qui permet de repérer les séjours de manière individuelle.