



Fédération Française des Réseaux de Santé en
Périnatalité en collaboration avec l'ATIH

Fiches de codage PMSI en périnatalité

(Mise à jour **Mars 2026** avec l'ATIH)

FICHES DE CODAGE PMSI EN PÉRINATALITÉ

Fédération Française des Réseaux de Santé en périnatalité
en collaboration avec l'ATIH

Les données du PMSI sont de plus en plus utilisées pour le suivi des indicateurs en périnatalité, l'évaluation des pratiques et des prises en charge et la qualité des soins. La qualité de ces données, dans le respect des règles du « Guide méthodologique pour la production des données du PMSI » de l'ATIH, pour une valorisation correcte des séjours mais aussi pour une ré-utilisation à visée plus épidémiologique, est essentielle. Ces fiches de codage ont pour objectif de faciliter, d'homogénéiser et d'améliorer la qualité du codage en périnatalité.

Elles ont été élaborées par le groupe de travail « Indicateurs et codage » de la FFRSP avec l'aide de Départements d'information médicale (DIM) et la collaboration de l'ATIH que nous remercions tout particulièrement. Cette collaboration sur les outils de codage vient compléter la publication des « indicateurs de santé périnatale » sur la plateforme ScanSanté (<https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>).

N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques. Ces fiches publiées en 2022 sont mises à jour régulièrement, et sont publiées d'une part sur le site de la FFRSP : <https://ffrsp.fr/actions/indicateurs-de-sante-perinatale/fiches-de-codage-pmsi-en-perinatalite-2/> et dans la version officielle du guide méthodologique de production de l'activité médicale 2025 (page 70 chap 2.2.6). Veillez à utiliser toujours la dernière version disponible. Les mises à jour sont visibles dans le document par un code couleur : en jaune les éléments supprimés, modifiés ou ajoutés, en bleu les commentaires. Les titres surlignés en jaune dans le sommaire indiquent les chapitres où des modifications ajouts ou commentaires sont présents.

Dr Margaux CREUTZ-LEROY,
Présidente

Dr Jeanne FRESSON,
Référente indicateurs

Dr Claudie MENGUY
Référente codage

Groupe indicateurs et codage de la FFRSP

Ce travail a été réalisé pour la FFRSP par :

- **CHU de Tours**
 - Bruno Aesch (DIM)
 - Julie Blanchard (TIM)
 - Florence Fourquet (DIM)
 - Lucile Godillon (EpiDcliC)
 - Emeline Laurent (EpiDcliC – coordination du groupe)
 - Anne-Isabelle Lecuyer (EpiDcliC)
 - Julie Leroux (DIM)
- **Réseau Périnatal Centre Val de Loire**
 - Marie-Carole Baude (Sage-Femme)
 - Sandrine Ecomard (Sec.coordination)
- **Réseau Périnatal Lorrain**
 - Emilie Marrer (Médecin épidémiologiste)
- **CHU Brest**
 - Rémi Beloeil (DIM)
- **CHU de Nancy**
 - Virginie Cholvin (TIM)
 - Véronique Purson-Guervilly (TIM)
- **CHU de Lille**
 - Vincent COEVOET (DIM)
- **Présidente de l'AUDIPOG et du DRSP réseau Perinat 92**
 - Catherine Crenn-Hébert (Gynéco-obstétricienne)
- **CHI Poissy St Germain**
 - Laurence Quenneville (Sage-Femme)
- **Réseau Périnatal des 2 Savoie**
 - Laurence Abraham (Coordinatrice)
- **FHP**
 - Frédéric Chomon (DIM)
- **FFRSP**
 - Jeanne Fresson
 - Claudie Menguy

Table des matières

INTERRUPTIONS SPONTANÉES DE GROSSESSE <22 SA	4
Organigramme interruptions spontanées de grossesse <22 SA	7
GROSSESSE EXTRA UTERINE	8
SEJOUR FEMME : MORT FOETALE SPONTANÉE A PARTIR DE 22 SA	10
IVG	11
ÉCHEC D'IVG	13
COMPLICATION D'AVORTEMENT	15
Organigramme IVG	16
IMG	17
INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE (IMG) - AVANT 22 SA – GROSSESSE UNIQUE	17
Organigramme IMG avant 22 SA Grossesse unique	19
INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE (IMG) - A PARTIR DE 22 SA – GROSSESSE UNIQUE	20
INTERRUPTIONS MÉDICALES - GROSSESSES MULTIPLES	22
REDUCTION EMBRYONNAIRE	22
INTERRUPTION SELECTIVE DE GROSSESSE	24
SEJOUR FEMME	26
SEJOUR ANTENATAL EN HOSPITALISATION COMPLETE.....	26
SEJOUR ANTENATAL EN AMBULATOIRE.....	27
MENACE D'AVORTEMENT OU MENACE D'ACCOUCHEMENT	29
ACCOUCHEMENT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	31
SÉJOURS POST-PARTUM APRES ACCOUCHEMENT EN ou HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	35
SÉJOURS POST-PARTUM APRES ACCOUCHEMENT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	35
SEJOUR POST-PARTUM APRES ACCOUCHEMENT HORS ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	36
HEMORRAGIE DU POST PARTUM (HPP) 3 situations	37

SEJOUR POUR ACCOUCHEMENT COMPLIQUE D’HPP (au cours du même séjour).....	37
SEJOUR DE TRANSFERT POUR TRAITEMENT HPP.....	39
REHOSPITALISATION POUR HPP TARDIVE.....	40
SEJOUR NOUVEAU-NE NAISSANCE VIVANTE	41
SEJOUR NOUVEAU-NÉ TRANSFÉRÉ DEPUIS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT	43
SEJOUR MORT-NE – A PARTIR DE 22 SA ou ≥ 500 g.....	44
HOSPITALISATION EN NÉONATOLOGIE	46
INFECTIONS NEONATALES BACTERIENNES PRECOCES.....	48
INFECTION NEONATALE BACTERIENNE PRECOCE (INBP).....	48
INFECTION NEONATALE BACTERIENNE PRECOCE (INBP) NON CONFIRMEE.....	50
ORGANIGRAMME INBP	51
SEJOUR MERE COVID-19 ET FEMME ENCEINTE OU ACCOUCHEE.....	53
SEJOUR NOUVEAU-NE DE MERE COVID-19 (+).....	57
ANNEXES.....	58
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES AG ≥ 22 SA POUR LE CALCUL DE LA MORTINATALITE ET LA MORTALITE NEONATALE : codage PMSI, documents et actes pour l’état civil.....	58
ATYPIES ET ERREURS DE CODAGE A EVITER.....	62

Contexte

Les avortements spontanés (Fausse couche) représentent la majorité des cas (15% des grossesses confirmées dont 80% surviennent au 1er trimestre) et correspondent à l'expulsion spontanée partielle ou totale, objectivée par l'échographie, en cours ou en amont de l'hospitalisation, d'un fœtus, suivie ou non d'une intervention médicale dont l'évolution peut être simple ou compliquée.

La mole hydatiforme (grossesse molaire) ou maladie trophoblastique gestationnelle est rare (1/1000 grossesse) et restera bénigne dans 90% des cas. Elle est caractérisée par une anomalie de la fécondation, une prolifération du trophoblaste et une anomalie ou l'arrêt du développement embryonnaire. Elle peut être complète ou partielle et généralement découverte lors de l'analyse du produit d'aspiration d'une supposée fausse couche. Un certain nombre d'entre elles (10%) peuvent évoluer vers une forme maligne, c'est alors une tumeur trophoblastique gestationnelle codée D39.2 *Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue du placenta*.

L'œuf clair est une grossesse arrêtée avant le développement embryonnaire. L'ovule fécondé s'est implanté dans la paroi utérine mais le processus de division cellulaire ne s'est pas déclenché. Le diagnostic est échographique au 1^{er} trimestre de la grossesse (sac gestationnel vide). Dans 2/3 des cas une anomalie chromosomique est en cause.

La mort fœtale in utero est définie par l'arrêt spontané de l'activité cardiaque fœtale au-delà de 14 SA¹. L'absence d'expulsion fœtale par défaut de contraction utérine au-delà de 48h après l'arrêt cardiaque conduit au diagnostic de **rétenion de fœtus mort in utero**. L'expulsion spontanée ou induite de 14 à 21 SA conduit à un avortement codé O02.1 : *Rétention de fœtus mort in utero*

Rappel :

A partir de 22 SA il s'agit d'un accouchement d'enfant mort-né codé O36.4 : *Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus, voir fiche MORT FOETALE SPONTANÉE A PARTIR DE 22 SA*

En cas de grossesse multiple, la rétention d'un des jumeaux mort in-utero avant ou après 22 SA peut durer plusieurs semaines.

DP

Selon le contexte le DP sera :

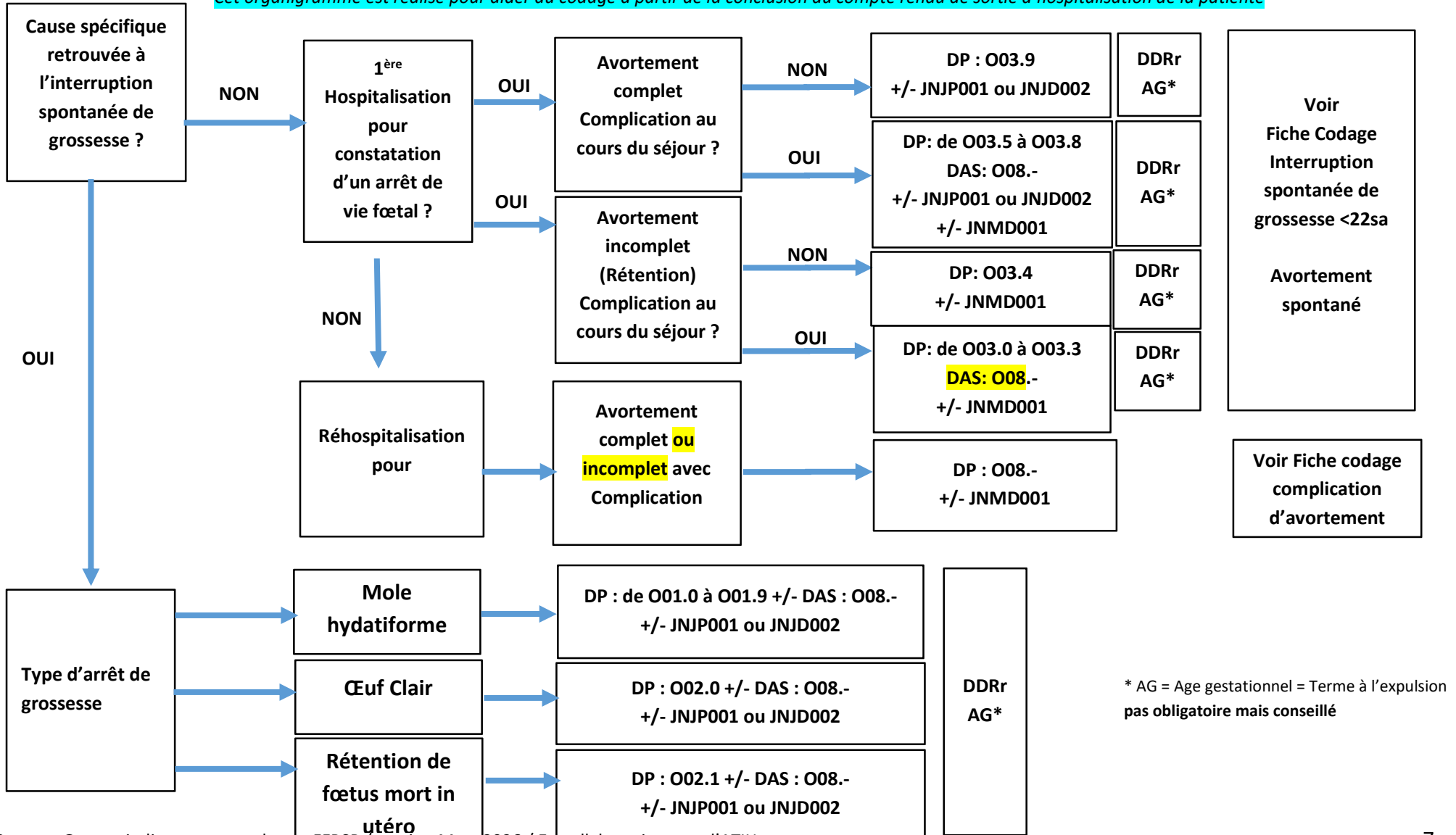
O03.- Avortement spontané (Fausse couche)		
Complet ou sans précision (Expulsion totale)	sans complication	O03.9
	complicé d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O03.5
	complicé d'une hémorragie retardée ou sévère	O03.6
	complicé d'une embolie	O03.7
	avec complications autres et non précisées	O03.8

¹ Delabaere A, Huchon C, Lavoue V, Lejeune V, Iraola E, Nedellec S, et al. Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du CNGOF. Pertes de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014;43(10):756-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.010>

	Incomplet (Expulsion partielle)	sans complication complicqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens complicqué d'une hémorragie retardée ou sévère complicqué d'une embolie avec complications autres et non précisées	O03.4 O03.0 O03.1 O03.2 O03.3											
Si une cause est identifiée le DP pourra être :														
O01.- Mole hydatiforme														
O01.0 Mole hydatiforme complète														
O01.1 Mole hydatiforme incomplète														
O01.9 Mole hydatiforme sans précision														
O02.0 Œuf clair														
O02.1 Rétention de fœtus mort in utero (<i>de 14 à 21 SA</i>)														
<i>En cas de poursuite d'une grossesse multiple après mort-intra utérine sans expulsion du jumeau mort-né ajouter en DAS les codes</i>														
O30.0 à O30.8 selon le nombre de fœtus														
O31.2 Poursuite de la grossesse après mort intra-utérine d'un ou plusieurs fœtus														
DAS obligatoire	Aucun													
Autres DAS	<ul style="list-style-type: none"> • Autres pathologies prises en charge au cours de l'hospitalisation • Notamment celles pouvant expliquer l'origine de l'arrêt de la grossesse (si pas déjà en DP) • Complications éventuelles : O08- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire : A rajouter uniquement s'ils apportent une précision non comprise dans le libellé du O03 ou dans les autres codes en DP <table border="0" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;">O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens</td> <td style="width: 50%;">O08.5 Troubles du métabolisme</td> </tr> <tr> <td>O08.1 Hémorragie retardée ou sévère</td> <td>O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens</td> </tr> <tr> <td>O08.2 Embolie</td> <td>O08.7 Autres complications veineuses</td> </tr> <tr> <td>O08.3 Choc</td> <td>O08.8 Autres complications</td> </tr> <tr> <td>O08.4 Insuffisance rénale</td> <td></td> </tr> </table>				O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O08.5 Troubles du métabolisme	O08.1 Hémorragie retardée ou sévère	O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens	O08.2 Embolie	O08.7 Autres complications veineuses	O08.3 Choc	O08.8 Autres complications	O08.4 Insuffisance rénale	
O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O08.5 Troubles du métabolisme													
O08.1 Hémorragie retardée ou sévère	O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens													
O08.2 Embolie	O08.7 Autres complications veineuses													
O08.3 Choc	O08.8 Autres complications													
O08.4 Insuffisance rénale														

Actes	<p>JNJP001 Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre Si intervention chirurgicale :</p> <p>JNJD002 Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre (+ activité 4 si anesthésie)</p> <p>JNJD001 Évacuation d'un utérus gravide, au 2ème trimestre avant la 22ème semaine d'aménorrhée(+ activité 4 si anesthésie) +/- si complication éventuelle au cours de cette hospitalisation :</p> <p>JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement (+ activité 4 si anesthésie)</p>
Autres éléments indispensables	<p><u>Obligatoire</u> : Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours)</p> <p><u>Conseillé</u> : Terme à l'expulsion, en SA révolues</p>
A noter : Codage du fœtus	<p>Pas de RUM - pas de codage</p> <p><i>Sauf pour le cas particulier d'une issue de grossesse d'AG <22 SA et de PN ≥500 g qui doit faire l'objet d'un RUM d'enfant mort-né, mais qui sur le séjour de la mère doit être codée comme une interruption spontanée de grossesse sans diagnostic et acte d'accouchement</i></p> <p>En cas d'autopsie : codage de l'acte sur le RUM de la mère</p> <p>JQXX005 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale</p> <p>JQXX003 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale</p> <p>JQXX109 Examen anatomopathologique de produit d'avortement avant la 14e semaine d'aménorrhée</p>

Cet organigramme est réalisé pour aider au codage à partir de la conclusion du compte rendu de sortie d'hospitalisation de la patiente



* AG = Age gestationnel = Terme à l'expulsion pas obligatoire mais conseillé

GROSSESSE EXTRA UTERINE											
Contexte	La grossesse extra-utérine (GEU) est définie par toute grossesse qui s'implante et se développe en dehors de l'endomètre utérin. L'œuf fécondé ne se fixe pas dans la cavité utérine et s'implante dans 98% des cas dans une trompe utérine, exceptionnellement sur un ovaire, dans la cavité abdominale ou dans le col de l'utérus. En dehors du non développement de l'œuf fécondé le principal risque est la rupture de la trompe utérine.										
DP	Selon la localisation le DP sera <u>par ordre de fréquence</u> : O00.1... Grossesse tubaire (<i>contient la situation de rupture de GEU</i>) O00.0... Grossesse abdominale O00.2... Grossesse ovarienne O00.8... Autres grossesses extra-utérines (angulaire, cervicale, interstitielle dont cornuale, intra-ligamentaire...) O00.9... Grossesse extra-utérine, sans précision										
DAS obligatoire	Aucun										
Autres DAS	<ul style="list-style-type: none"> • Autres pathologies prises en charge au cours de l'hospitalisation • Complications éventuelles : O08- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire : A rajouter uniquement s'ils apportent une précision non comprise dans le libellé du O03 ou dans les autres codes en DP <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens</td> <td>O08.5 Troubles du métabolisme</td> </tr> <tr> <td>O08.1 Hémorragie retardée ou sévère</td> <td>O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens</td> </tr> <tr> <td>O08.2 Embolie</td> <td>O08.7 Autres complications veineuses</td> </tr> <tr> <td>O08.3 Choc</td> <td>O08.8 Autres complications</td> </tr> <tr> <td>O08.4 Insuffisance rénale</td> <td></td> </tr> </table>	O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O08.5 Troubles du métabolisme	O08.1 Hémorragie retardée ou sévère	O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens	O08.2 Embolie	O08.7 Autres complications veineuses	O08.3 Choc	O08.8 Autres complications	O08.4 Insuffisance rénale	
O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O08.5 Troubles du métabolisme										
O08.1 Hémorragie retardée ou sévère	O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens										
O08.2 Embolie	O08.7 Autres complications veineuses										
O08.3 Choc	O08.8 Autres complications										
O08.4 Insuffisance rénale											
Actes	Si intervention chirurgicale JJPC001 Salpingotomie avec aspiration de grossesse extra-utérine, par coelioscopie (+ activité 4 si anesthésie) JJPA001 Salpingotomie avec aspiration de grossesse extra-utérine, par laparotomie (+ activité 4 si anesthésie) JJFC001 Salpingectomie partielle ou totale pour grossesse extra-utérine, par coelioscopie (+ activité 4 si anesthésie) JJFA001 Salpingectomie partielle ou totale pour grossesse extra-utérine, par laparotomie (+ activité 4 si anesthésie) JJJC002 Expression tubaire pour évacuation tuboabdominale de grossesse extra-utérine, par coelioscopie (+ activité 4 si anesthésie) JJJA002 Expression tubaire pour évacuation tuboabdominale de grossesse extra-utérine, par laparotomie (+ activité 4 si anesthésie) JQGA001 Extraction de grossesse extra-utérine abdominale au-delà de 13 semaines d'aménorrhée, par laparotomie (+ activité 4 si anesthésie) JJLJ001 Injection intraovulaire d'agent pharmacologique pour grossesse extra-utérine, par voie transvaginale avec guidage échographique										

	(+ZZLP025 si anesthésie)
Autres éléments indispensables	<u>Obligatoire</u> : Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours) <u>Conseillé</u> : Terme à l' expulsion , en SA révolues
A noter :	RAS

SEJOUR FEMME : MORT FOETALE SPONTANEE A PARTIR DE 22 SA

Réalisé en collaboration
avec l'ATIH

Contexte	Prise en charge d'une patiente en hospitalisation avec mort foetale spontanée A PARTIR DE 22 SA révolues, Suivie d'accouchement spontané ou provoqué.
DP	O36.4 Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus
DAS obligatoire	<p>Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical</p> <p>Z37.40 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical</p> <p>Z37.30 Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical</p> <p>Z37.60 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors interruption de la grossesse pour motif médical</p> <p>Z37.70 Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical</p>
Autres DAS	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'origine de l'arrêt de grossesse est connue, la coder → voir Fiche « IMG à partir de 22 SA » • Autres pathologies prises en charge
Actes	<p><u>Obligatoire</u> : coder les actes comme un accouchement par voie basse ou une césarienne</p> <p>En cas d'autopsie : codage de l'acte sur le RUM de l'enfant</p> <p>JQXX005 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale</p> <p>JQXX003 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale</p>
Autres éléments indispensables	<p><u>Obligatoires</u> :</p> <p>Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours)</p> <p>Terme à l'expulsion, en SA révolues</p>
A noter : Codage du fœtus	Voir fiche « séjour mort-né »

Contexte

Une patiente est hospitalisée pour la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse IVG.

Le délai légal maximal est inférieur à 16 SA (à partir de mars 2022), soit 15 SA+6 j.

Une hospitalisation est enregistrée, dans tous les cas :

Date entrée et date sortie = dates d'hospitalisation, ou à défaut, date de prise du médicament abortif

Remarque : En cas d'IVG médicamenteuse, enregistrer une seule hospitalisation (0 nuit), que la prise en charge ait été limitée à la consultation de prise du médicament abortif ou qu'elle ait compris l'ensemble des étapes (consultation de délivrance du médicament abortif, prise de prostaglandine et surveillance de l'expulsion, consultation de contrôle).

DP

a) Si les suites en cours d'hospitalisation sont simples (IVG complète, pas de complication) :

004.90 Interruption médicale volontaire de grossesse [IVG dans le cadre légal], complète ou sans précision, sans complication

b) Si les suites en cours d'hospitalisation ne sont pas simples (IVG incomplète ou complication), codage selon les situations :

Interruption médicale volontaire de grossesse [IVG dans le cadre légal]		
Incomplète	complicé d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens	004.00
	complicé d'une hémorragie retardée ou sévère	004.10
	complicé d'une embolie	004.20
	avec complications autres et non précisées	004.30
	sans complication	004.40
complète ou sans précision	complicé d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens	004.50
	complicé d'une hémorragie retardée ou sévère	004.60
	complicé d'une embolie	004.70
	avec complications autres et non précisées	004.80

DAS obligatoire

Aucun

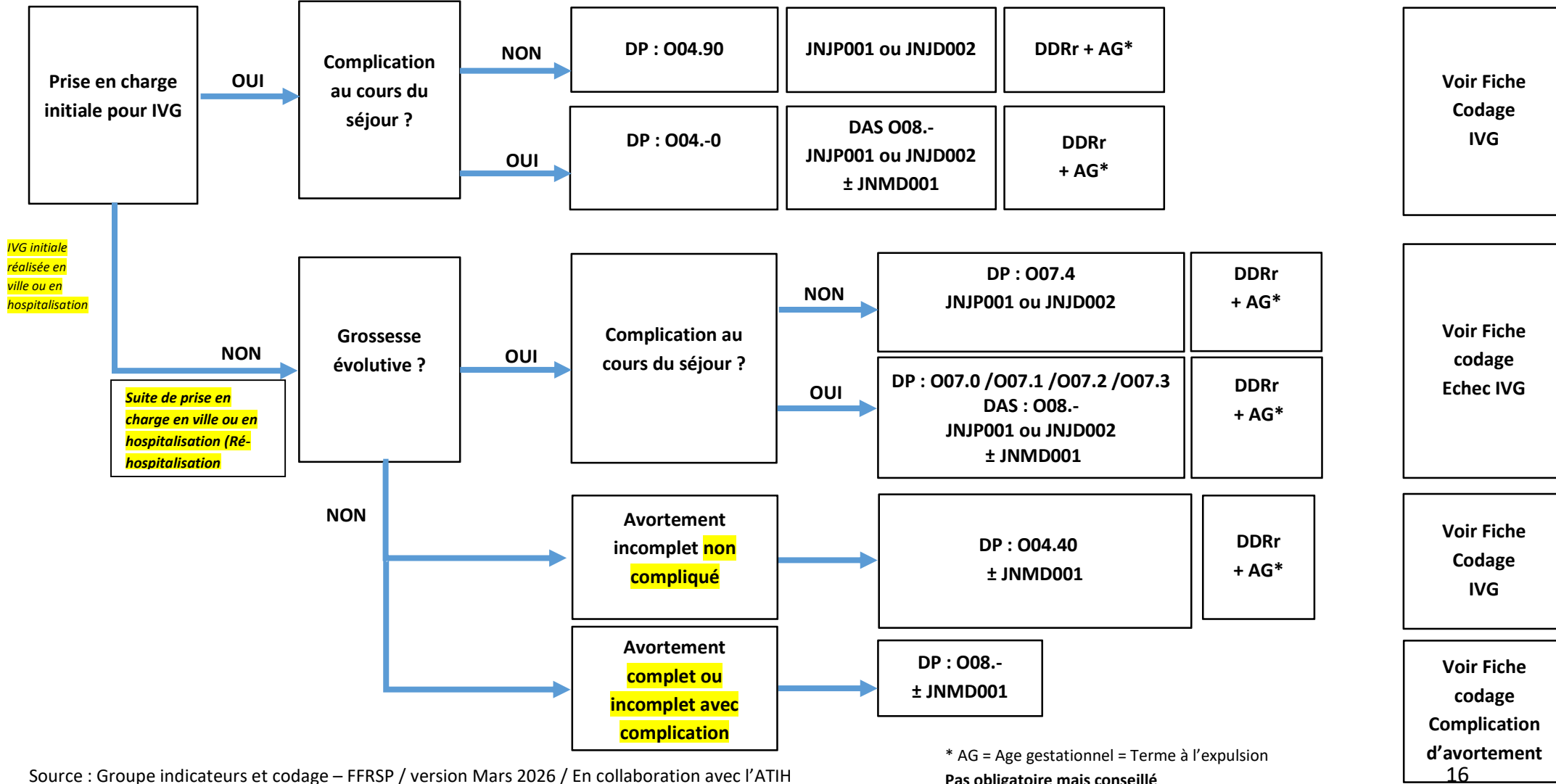
<p>Autres DAS</p>	<p>Autres pathologies prises en charge au cours de l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les suites en cours d'hospitalisation ne sont pas simples (IVG compliquée), préciser : <p>O08- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire : A rajouter uniquement s'ils apportent une précision non comprise dans le libellé du O04 ou dans les autres codes en DP</p> <table border="0"> <tr> <td>O08.0</td> <td>Infection de l'appareil génital et des organes pelviens</td> <td>O08.5</td> <td>Troubles du métabolisme</td> </tr> <tr> <td>O08.1</td> <td>Hémorragie retardée ou sévère</td> <td>O08.6</td> <td>Lésions des organes et tissus pelviens</td> </tr> <tr> <td>O08.2</td> <td>Embolie</td> <td>O08.7</td> <td>Autres complications veineuses</td> </tr> <tr> <td>O08.3</td> <td>Choc</td> <td>O08.8</td> <td>Autres complications</td> </tr> <tr> <td>O08.4</td> <td>Insuffisance rénale</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Le code Z64.0 : «<i>Difficultés liées à une grossesse non désirée</i> » n'est plus utile»</p>	O08.0	Infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O08.5	Troubles du métabolisme	O08.1	Hémorragie retardée ou sévère	O08.6	Lésions des organes et tissus pelviens	O08.2	Embolie	O08.7	Autres complications veineuses	O08.3	Choc	O08.8	Autres complications	O08.4	Insuffisance rénale		
O08.0	Infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O08.5	Troubles du métabolisme																		
O08.1	Hémorragie retardée ou sévère	O08.6	Lésions des organes et tissus pelviens																		
O08.2	Embolie	O08.7	Autres complications veineuses																		
O08.3	Choc	O08.8	Autres complications																		
O08.4	Insuffisance rénale																				
<p>Actes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Obligatoires</u> : <p>JNJD002 Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre (+ activité 4 si anesthésie) «<i>Même si le libellé de l'acte semble en restreindre l'utilisation au premier trimestre de la grossesse, l'acte JNJD002 doit continuer à être codé en cas de technique chirurgicale pour une grossesse de plus de 14SA et de moins de 16SA ...</i> »</p> <p>JNJP001 Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les suites en cours d'hospitalisation ne sont pas simples (IVG incomplète ou complication), selon les situations : <p>+/- JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement (+ activité 4 si anesthésie)</p>																				
<p>Autres éléments indispensables</p>	<p><u>Obligatoire</u> : Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours) <u>Conseillés</u> : Terme à l'expulsion, en SA révolues</p>																				
<p>A noter : codage du fœtus</p>	<p>Pas de RUM - pas de codage</p>																				

Contexte	Une patiente est hospitalisée pour la réalisation d'une reprise d'interruption volontaire de grossesse IVG, qui n'a pas abouti à une expulsion : la grossesse est encore évolutive. Une IVG a déjà été enregistrée.											
DP	<p>a) Si les suites en cours d'hospitalisation sont simples (reprise d'IVG complète, pas de complication) :</p> <p>007.4 Échec d'une tentative d'avortement médical, sans complication</p> <p>b) Si les suites en cours d'hospitalisation ne sont pas simples (IVG incomplète ou complication), codage selon les situations :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Échec d'une tentative d'avortement médical <i>Poursuite de la grossesse après avortement</i></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">complicé d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens</td> <td style="text-align: center; color: green;">007.0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">complicé d'une hémorragie retardée ou sévère</td> <td style="text-align: center; color: green;">007.1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">complicé d'une embolie</td> <td style="text-align: center; color: green;">007.2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">avec complications autres et non précisées</td> <td style="text-align: center; color: green;">007.3</td> </tr> </table>		Échec d'une tentative d'avortement médical <i>Poursuite de la grossesse après avortement</i>		complicé d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens	007.0	complicé d'une hémorragie retardée ou sévère	007.1	complicé d'une embolie	007.2	avec complications autres et non précisées	007.3
Échec d'une tentative d'avortement médical <i>Poursuite de la grossesse après avortement</i>												
complicé d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens	007.0											
complicé d'une hémorragie retardée ou sévère	007.1											
complicé d'une embolie	007.2											
avec complications autres et non précisées	007.3											
DAS obligatoire	Aucun											
Autres DAS	<ul style="list-style-type: none"> • Autres pathologies prises en charge au cours de l'hospitalisation • Si les suites en cours d'hospitalisation ne sont pas simples (Reprise d'IVG compliquée), préciser : <p>008- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire : A rajouter uniquement s'ils apportent une précision non comprise dans le libellé du 007 ou dans les autres codes en DP</p>											

	<p>008.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens</p> <p>008.1 Hémorragie retardée ou sévère</p> <p>008.2 Embolie</p> <p>008.3 Choc</p> <p>008.4 Insuffisance rénale</p> <p>008.5 Troubles du métabolisme</p> <p>008.6 Lésions des organes et tissus pelviens</p> <p>008.7 Autres complications veineuses</p> <p>008.8 Autres complications</p>
Actes	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Obligatoires</u> : <p>JNJD002 Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre (+ activité 4 si anesthésie)</p> <p>« Même si le libellé de l'acte semble en restreindre l'utilisation au premier trimestre de la grossesse, l'acte JNJD002 doit continuer à être codé en cas de technique chirurgicale pour une grossesse de plus de 14SA et de moins de 16SA ... »</p> <p>JNJP001 Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les suites en cours d'hospitalisation ne sont pas simples (IVG incomplète ou complication), selon les situations : <p>+/- JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement (+ activité 4 si anesthésie)</p>
Autres éléments indispensables	<p><u>Obligatoire</u> : Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours)</p> <p><u>Conseillé</u> : Terme à l'expulsion, en SA révolues</p>

<p>Contexte</p>	<p>Une patiente est hospitalisée pour une complication d'avortement (spontané, volontaire, ou médical) à distance de l'avortement. L'avortement (l'expulsion) a déjà eu lieu, à son domicile ou dans un établissement. La grossesse n'est plus évolutive suite à ce premier traitement. <i>Attention si l'avortement est compliqué d'emblée lors de l'hospitalisation initiale :</i> → cf. fiches codage IVG, ou échec d'IVG, ou IMG ou arrêt de grossesse spontané.</p>										
<p>DP</p>	<p>O08- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire :</p> <table border="0"> <tr> <td>O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens</td> <td>O08.5 Troubles du métabolisme</td> </tr> <tr> <td>O08.1 Hémorragie retardée ou sévère</td> <td>O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens</td> </tr> <tr> <td>O08.2 Embolie</td> <td>O08.7 Autres complications veineuses</td> </tr> <tr> <td>O08.3 Choc</td> <td>O08.8 Autres complications</td> </tr> <tr> <td>O08.4 Insuffisance rénale</td> <td></td> </tr> </table>	O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O08.5 Troubles du métabolisme	O08.1 Hémorragie retardée ou sévère	O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens	O08.2 Embolie	O08.7 Autres complications veineuses	O08.3 Choc	O08.8 Autres complications	O08.4 Insuffisance rénale	
O08.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens	O08.5 Troubles du métabolisme										
O08.1 Hémorragie retardée ou sévère	O08.6 Lésions des organes et tissus pelviens										
O08.2 Embolie	O08.7 Autres complications veineuses										
O08.3 Choc	O08.8 Autres complications										
O08.4 Insuffisance rénale											
<p>DAS obligatoire</p>	<p>Aucun Ne pas coder O0- Interruption de grossesse (peut être codé en Diagnostic Associé Documentaire DAD)</p>										
<p>Actes</p>	<p>Le cas échéant : JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement (+ activité 4 si anesthésie)</p>										
<p>Autres éléments indispensables</p>	<p>Aucun DDR NON DEMANDEE</p>										

Cet organigramme est réalisé pour aider au codage à partir de la conclusion du compte rendu de sortie d'hospitalisation de la patiente



INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE (IMG) - AVANT 22 SA – GROSSESSE UNIQUE

Contexte

Une patiente est hospitalisée pour la réalisation d'une interruption médicale de grossesse IMG

AVANT 22 SA révolues. L'acte d'IMG est un avortement.

En cas de grossesse multiple voir les fiches : Réduction embryonnaire et Interruption sélective de grossesse
DP

Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour		cause embryonnaire ou fœtale	cause maternelle	association de causes fœtale et maternelle
Avortement médical				
incomplet	compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens	004.01	004.02	004.03
	compliqué d'une hémorragie retardée ou sévère	004.11	004.12	004.13
	compliqué d'une embolie	004.21	004.22	004.23
	avec complications autres et non précisées	004.31	004.32	004.33
	sans complication	004.41	004.42	004.43
complet ou sans précision	compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens	004.51	004.52	004.53
	compliqué d'une hémorragie retardée ou sévère	004.61	004.62	004.63
	compliqué d'une embolie	004.71	004.72	004.73
	avec complications autres et non précisées	004.81	004.82	004.83
	sans complication	004.91	004.92	004.93

DAS obligatoire

Coder l'origine de l'IMG :

Si l'origine est une pathologie fœtale : codes **O35.-** « Soins maternels pour- » :

O35.0 -malformation (présumée) du syst. nerveux central du fœtus

O35.1 -anomalie chromosomique (présumée) du fœtus

O35.2 -maladie héréditaire (présumée) du fœtus

O35.3 - lésions fœtales (présumées) résultant d'une mal. virale de la mère

O35.4 -lésions fœtales (présumées) dues à l'alcoolisme maternel

O35.5 -lésions fœtales (présumées) médicamenteuses

O35.6 -lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation

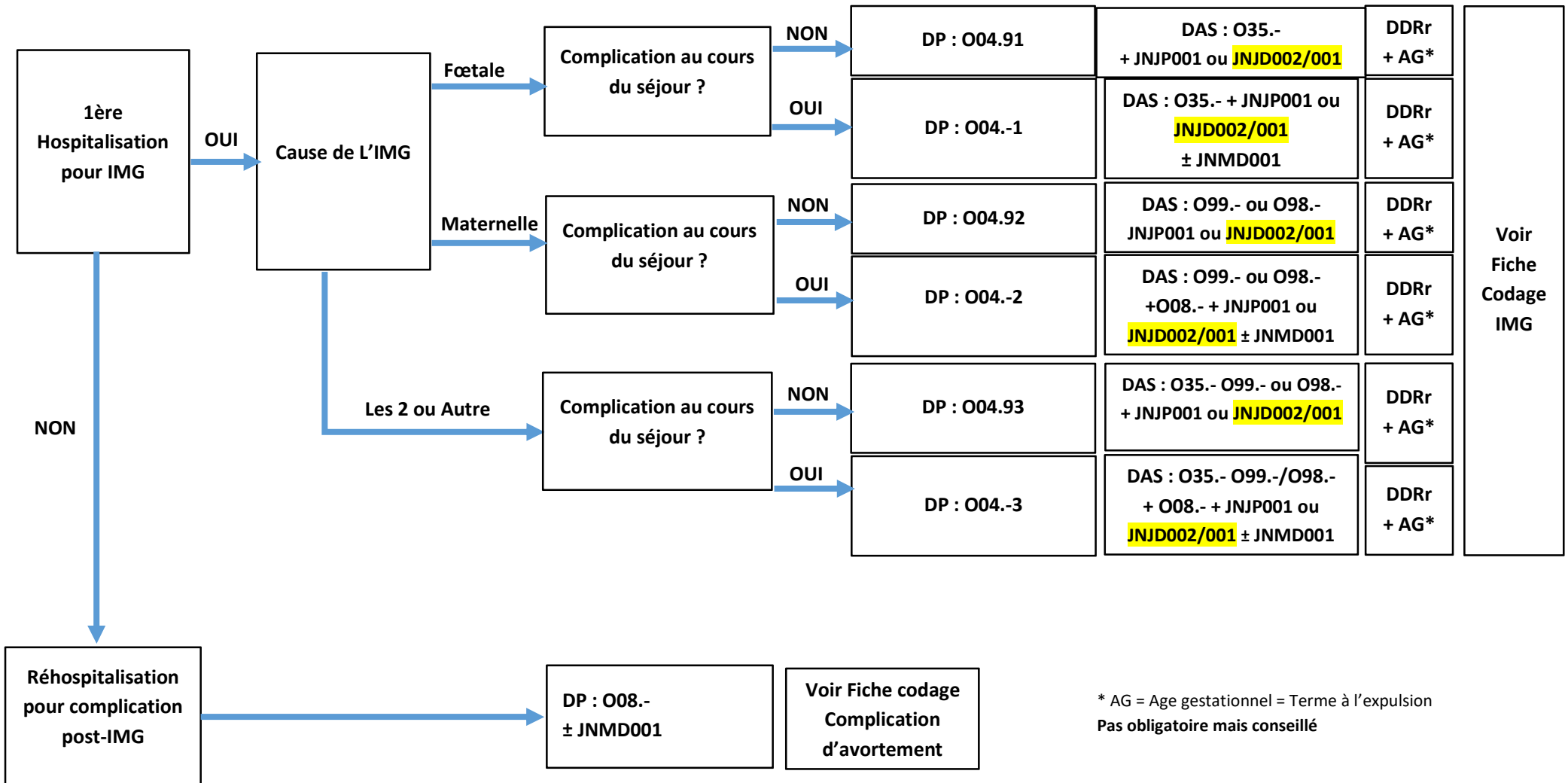
O35.7 -lésions fœtales (présumées) dues à d'autres actes à visée diagnostique et thérapeutique

O35.8 -autres anomalies et lésions fœtales (présumées)

O35.9 -anomalie et lésion fœtales (présumées), sans précision

	<p>Si l'origine est une pathologie <u>maternelle</u> :</p> <p>O98- Maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.</p> <p>O99- Autres maladies de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.</p> <p>+ Code éventuel autres chapitres CIM pour préciser l'affection spécifique :</p> <p><i>Ex : O98.5 Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i></p> <p><i>+ B258 Autres maladies à cytomégalovirus</i></p> <p><i>O994 Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i></p> <p><i>+ I5002 Insuffisance cardiaque congestive, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] inférieure à 40</i></p> <p>Si l'origine est une pathologie <u>maternelle</u> spécifique à la grossesse :</p> <p>Codes commençant par la lettre "O"</p>
Autres DAS	<p>Complications éventuelles :</p> <p>O08- Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire → voir Fiche « Complication d'avortement »</p>
Actes	<p>JNJD002 Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre (+ activité 4 si anesthésie)</p> <p>JNJD001 Évacuation d'un utérus gravide, au 2ème trimestre avant la 22ème semaine d'aménorrhée (+ activité 4 si anesthésie)</p> <p>JNJP001 Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre</p> <p>si complication éventuelle au cours de cette hospitalisation :</p> <p>JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement (+ activité 4 si anesthésie)</p>
Autres éléments indispensables	<p><u>Obligatoire</u> : Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours)</p> <p><u>Conseillé</u> : Terme à l'expulsion, en SA révolues</p>
A noter : Codage du fœtus	<p>Pas de RUM - pas de codage</p> <p>Sauf pour le cas particulier d'un fœtus de PN ≥500 g qui doit faire l'objet d'un RUM d'enfant mort-né, mais qui sur le séjour de la mère doit être codée comme un avortement sans diagnostic et acte d'accouchement</p> <p>En cas d'autopsie : codage de l'acte sur le RUM de la mère (sauf en cas de fœtus ≥ 500 g → codage sur le RUM du fœtus)</p> <p>JQX005 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale</p> <p>JQX003 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale</p>

Cet organigramme est réalisé pour aider au codage à partir de la conclusion du compte rendu de sortie d'hospitalisation de la patiente



INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE (IMG) - A PARTIR DE 22 SA – GROSSESSE UNIQUE													
Contexte	<p>Une patiente est hospitalisée pour la réalisation d'une interruption médicale de grossesse IMG A PARTIR DE 22 SA révolues. L'IMG est codée comme un accouchement. En cas de grossesse multiple voir les fiches : Réduction embryonnaire et Interruption sélective de grossesse</p>												
DP	<p>Coder l'origine de l'IMG :</p> <p>Si l'origine est une pathologie fœtale : codes O35.- « Soins maternels pour- » :</p> <table border="0"> <tr> <td>O35.0 -malformation (présumée) du syst. nerveux central du fœtus</td> <td>O35.6 -lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation</td> </tr> <tr> <td>O35.1 -anomalie chromosomique (présumée) du fœtus</td> <td>O35.7 -lésions fœtales (présumées) dues à d'autres actes à visée diagnostique et thérapeutique</td> </tr> <tr> <td>O35.2 -maladie héréditaire (présumée) du fœtus</td> <td>O35.8 -autres anomalies et lésions fœtales (présumées)</td> </tr> <tr> <td>O35.3 - lésions fœtales (présumées) résultant d'une mal. virale de la mère</td> <td>O35.9 -anomalie et lésion fœtales (présumées), sans précision</td> </tr> <tr> <td>O35.4 -lésions fœtales (présumées) dues à l'alcoolisme maternel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O35.5 -lésions fœtales (présumées) médicamenteuses</td> <td></td> </tr> </table> <p>Si l'origine est une pathologie maternelle non spécifique à la grossesse :</p> <p>O98- Maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</p> <p>O99- Autres maladies de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</p> <p>+ Code éventuel autres chapitres CIM pour préciser l'affection spécifique :</p> <p><i>Ex : O98.5 Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> + B25.8 Autres maladies à cytomégalovirus O994 Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité + I50.02 Insuffisance cardiaque congestive, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] inférieure à 40</p> <p>Si l'origine est une pathologie maternelle spécifique à la grossesse : Codes commençant par la lettre "O"</p>	O35.0 -malformation (présumée) du syst. nerveux central du fœtus	O35.6 -lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation	O35.1 -anomalie chromosomique (présumée) du fœtus	O35.7 -lésions fœtales (présumées) dues à d'autres actes à visée diagnostique et thérapeutique	O35.2 -maladie héréditaire (présumée) du fœtus	O35.8 -autres anomalies et lésions fœtales (présumées)	O35.3 - lésions fœtales (présumées) résultant d'une mal. virale de la mère	O35.9 -anomalie et lésion fœtales (présumées), sans précision	O35.4 -lésions fœtales (présumées) dues à l'alcoolisme maternel		O35.5 -lésions fœtales (présumées) médicamenteuses	
O35.0 -malformation (présumée) du syst. nerveux central du fœtus	O35.6 -lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation												
O35.1 -anomalie chromosomique (présumée) du fœtus	O35.7 -lésions fœtales (présumées) dues à d'autres actes à visée diagnostique et thérapeutique												
O35.2 -maladie héréditaire (présumée) du fœtus	O35.8 -autres anomalies et lésions fœtales (présumées)												
O35.3 - lésions fœtales (présumées) résultant d'une mal. virale de la mère	O35.9 -anomalie et lésion fœtales (présumées), sans précision												
O35.4 -lésions fœtales (présumées) dues à l'alcoolisme maternel													
O35.5 -lésions fœtales (présumées) médicamenteuses													
DAS obligatoire	Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical												

<p>Autres DAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie maternelle : code éventuel pour identifier l'affection spécifique présente en DP <i>Ex : B25.8 Autres maladies à cytomégalo virus</i> <i>150.02 Insuffisance cardiaque congestive, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] inférieure à 40</i> • Complications éventuelles de l'accouchement → voir Fiche « Complication d'avortement »
<p>Actes</p>	<p><u>Obligatoires :</u> Coder les actes d'accouchement par voie basse ou césarienne +/- selon les actes pratiqués : JQLF003 Injection d'agent pharmacologique chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical (Activité 1 = guidage échographique, activité 2 = injection, + si anesthésie : ZZLP025 anesthésie complémentaire) +/- Acte de CCAM descriptive (2025) JQLB851 Ponction fœtale intracardiaque, avec guidage échographique Attention les actes en CCAM descriptive ne sont pas tarifés et ne peuvent être utilisés seuls</p>
<p>Autres éléments indispensables</p>	<p><u>Obligatoires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours) • Terme à l'accouchement, en SA révolues, dans le RUM de l'acte d'accouchement seulement, conseillé dans les autres cas seulement
<p>A noter : Codage du fœtus</p>	<p>RUM d'enfant mort-né : Voir fiche de codage « séjour mort-né »</p>

INTERRUPTIONS MEDICALES - GROSSESSES MULTIPLES

Dans ce chapitre sont traitées :

- La réduction embryonnaire (RE) qui consiste à éliminer un embryon ou un fœtus dans le cadre d'une grossesse multiple avant 12 semaines de grossesse
- L'interruption sélective de grossesse (ISG) caractérisée par la présence d'une anomalie fœtale sur un des fœtus et la possibilité d'intervenir jusqu'au terme

REDUCTION EMBRYONNAIRE

Contexte	<p>La réduction embryonnaire (RE) est une pratique associée aux traitements de l'infertilité dans le but de diminuer les risques liés aux grossesses multiples de haut rang (prématurité, RCIU, décès du fœtus). Elle consiste à interrompre le développement d'un ou de plusieurs embryons afin de réduire les risques pour la mère et favoriser la naissance d'au moins un enfant vivant et viable. (CNGOF-2010)</p> <p>La RE correspond aux interruptions volontaires partielles de grossesses multiples telles que décrites dans l'article 28 de la loi de bioéthique du 2 août 2021 et ne peut être pratiquée que dans les 12 premières semaines de grossesse (14 Sa), contrairement à l'IMG classique qui peut intervenir à tout moment de la grossesse (Article L2213-1 du CSP). L'interruption volontaire partielle de grossesse répond aux conditions de réalisation des IMG (obligation de CPDPN)</p> <p>Cette fiche correspond au codage de la venue pour réduction embryonnaire qui est le plus souvent de type ambulatoire</p>
DP	<p>Séjour sans complication</p> <ul style="list-style-type: none">➤ O04.93 Avortement médical complet ou sans précision avec association de causes fœtale et maternelle sans complication <p>Si complications au cours du séjour</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Avortement médical complet avec association de causes fœtale et maternelle :- O04.53 compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens- O04.63 compliqué d'une hémorragie retardée ou sévère- O04.73 compliqué d'une embolie- O04.83 avec complications autres et non précisées
DAS	<p>Obligatoires</p> <p>O30.0 à O30.9 : Grossesse multiple (jumeaux, triplés, quadruplés...)</p> <p>O31.1 : Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou plusieurs fœtus</p> <p>Pathologie maternelle éventuelle</p> <p>O99- Autres maladies de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.</p> <p>+ Code éventuel autres chapitres CIM pour préciser l'affection spécifique</p> <p>+/- O08.- en DAS en cas de complication liée à l'acte</p>

Actes	<p>Nécessité en 2026 de réaliser un double codage</p> <p>JQGD014 Extraction sélective de fœtus au cours d'une grossesse multiple {Réduction embryonnaire, avec guidage échographique} (+ activité 4 si anesthésie) (racine chirurgicale).</p> <p><i>Il s'agit bien de l'acte correspondant à la réduction embryonnaire (comme le précise le libellé), bien qu'il n'y ait pas à proprement parler d'extraction du fœtus, acte classant et tarifé.</i></p> <p>Ajouter selon le cas les actes créés en CCAM descriptive (2025)</p> <p>JQGB810 Réduction d'1 embryon, par voie transcutanée, avec guidage échographique</p> <p>JQGB850 Réduction de plus d'1 embryon, par voie transcutanée, avec guidage échographique</p> <p><i>Attention les actes en CCAM descriptive ne sont pas tarifés et ne peuvent être utilisés seuls.</i></p> <p>Si fausse couche spontanée après l'acte de réduction embryonnaire au cours du même séjour coder la révision utérine</p> <p>JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement (+ activité 4 si anesthésie)</p>
Autres éléments indispensables	<p><u>Obligatoire</u> : Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours)</p> <p><u>Conseillé</u> : Terme à l'intervention, en SA révolues</p>
A noter : Codage du fœtus	<p>Après l'intervention le ou les embryons peuvent rester dans l'utérus maternel jusqu'à l'accouchement. La réduction embryonnaire est effectuée très tôt entraînant une résorption tissulaire quasi complète. Dans certains cas l'embryon ou les embryons dont on a arrêté le développement se "momifient" et seront évacués lors de l'accouchement</p> <p>Pas de RUM - pas de codage</p>
Commentaires	<p>Pour le suivi de la grossesse après une réduction embryonnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La grossesse gémellaire devient une grossesse unique, • Selon le nombre d'embryons restants la grossesse triple devient une grossesse gémellaire ou une grossesse unique, • La grossesse quadruple ... <p><i>A l'accouchement on doit observer une cohérence entre le code Z37 du RUM du séjour de la mère et le nombre de RUM réalisé(s) pour le séjour du ou des nouveau-nés</i></p>
A consulter	<ul style="list-style-type: none"> - CNGOF. Mises à jour en gynécologie et obstétrique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342. - Loi de bioéthique du 2 aout 2021 : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384/ - Article 28 loi de bioéthique du 2 aout 2021 : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000043884435 - 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. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.16.sante.pdf - NOTE D'INFORMATION N° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023 relative à la diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale... https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2023/2023.13.sante.pdf

INTERRUPTION SELECTIVE DE GROSSESSE

<p>Contexte</p>	<p>L'interruption sélective de grossesse (ISG) est l'interruption du développement d'un ou plusieurs fœtus au sein d'une grossesse multiple, devant une anomalie fœtale d'une particulière gravité. La grossesse n'est pas interrompue, il faut donc arrêter in utero la vie du jumeau porteur de l'anomalie grave et laisser la grossesse se poursuivre. A l'instar de l'IMG, l'ISG peut être réalisée tout au long de la grossesse après avis du CPDPN.</p> <p>Cette fiche correspond au codage de la venue pour ISG qui est le plus souvent de type ambulatoire</p>
<p>DP</p>	<p>Avant 22 SA le DP est un avortement : Avortement médical complet ou sans précision sans complication</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O04.91 de cause embryonnaire ou fœtale <p>Si complications au cours du séjour</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avortement médical complet de cause embryonnaire ou fœtale : <ul style="list-style-type: none"> - O04.51 compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens - O04.61 compliqué d'une hémorragie retardée ou sévère - O04.71 compliqué d'une embolie - O04.81 avec complications autres et non précisées <p>Après 22 SA c'est un accouchement et le DP est la pathologie fœtale codée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O35.- « Soins maternels pour... » <p>voir la fiche INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE (IMG) – APRES 22 SA- GROSSESSE UNIQUE</p>
<p>DAS</p>	<p>Obligatoires</p> <p>O30.0 à O30.9 : Grossesse multiple (jumeaux triplés quadruplés...)</p> <p>O31.1 : Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou plusieurs fœtus</p> <p>Avant 22 SA</p> <p>+/- O08.- en DAS en cas de complication liée à l'acte</p> <p>+/- O35.- en DAS à chaque fois que ce code apporte une information supplémentaire par rapport au code O04-</p>
<p>Actes</p>	<p>Nécessité en 2026 de réaliser un double codage</p> <p>JQLF003 Injection d'agent pharmacologique chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical (Activité 1 = échographie, activité 2 = cordocentèse, + si anesthésie : ZZLP025 anesthésie complémentaire)</p> <p>Acte CCAM créé en 2005 tarifé et classant</p> <p>Ajouter selon le cas les actes créés en CCAM descriptive (2025)</p> <p>JQGB825 Interruption sélective au cours d'une grossesse monochoriale, par voie transcutanée avec guidage échographique</p> <p>JQGB877 Interruption sélective au cours d'une grossesse bichoriale, par voie transcutanée avec guidage échographique</p> <p>Attention les actes en CCAM descriptive ne sont pas tarifés et ne peuvent être utilisés seuls</p> <p>+/- si réalisé</p>

	JQLB851 Ponction fœtale intracardiaque, avec guidage échographique
Autres éléments indispensables	Obligatoire : Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours) Conseillé : Terme à l'interruption de grossesse en SA révolues
A noter : Codage du fœtus	Pas RUM pas de codage
Commentaires	Après l'intervention le ou les embryons peuvent rester dans l'utérus maternel jusqu'à l'accouchement . Lorsque l'ISG est effectuée très tôt, il y a une résorption tissulaire quasi complète. Dans le cas d'une ISG plus tardive, l'embryon ou les embryons dont on a arrêté le développement se "momifient" et seront évacués lors de l'accouchement <ul style="list-style-type: none"> ➤ Suivi de la grossesse après une ISG dans le cadre d'une ISG précoce: <ul style="list-style-type: none"> • La grossesse gémellaire devient une grossesse unique, • Selon le nombre d'embryons restants la grossesse triple devient une grossesse gémellaire ou une grossesse unique, • La grossesse quadruple...) ➤ Dans le cadre d'une ISG tardive ou très tardive l'équipe obstétricale sera à même de déterminer à l'accouchement le type de grossesse à enregistrer. A l'accouchement on doit observer une cohérence entre le code Z37 du RUM du séjour de la mère et le nombre de RUM réalisé(s) pour le séjour du ou des nouveau-nés
A consulter	<ul style="list-style-type: none"> - Loi de bioéthique du 2 aout 2021 : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384/ - Article 28 loi de bioéthique du 2 aout 2021 : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000043884435 - INSTRUCTION N° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021 relative à la mise à jour des modalités d'enregistrement des mort-nés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la production des indicateurs de mortinatalité en France et leur transmission réglementaire ainsi que les modalités des contrôles de leur qualité. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.16.sante.pdf - En annexe Enregistrement des naissances AG ≥ 22 SA pour calculer la mortinatalité et la mortalité néonatale

**Contexte et
Principes du codage**

Hospitalisation anténatale :

- sans relation avec la grossesse : motif de venue en DP et notion de grossesse à indiquer selon la situation de la patiente
 - **Z33** Grossesse constatée fortuitement, **Z34-** Surveillance d'une grossesse normale, **Z35-** Surveillance d'une grossesse à haut risque
- en relation avec la grossesse → **objet de cette fiche**
 - En hospitalisation complète
 - En ambulatoire

SEJOUR ANTENATAL EN HOSPITALISATION COMPLETE

DP

- **Motif de venue : exemples**
 - O21.1** Hyperémèse gravidique avec troubles métaboliques
 - O23.0** Infections rénales au cours de la grossesse
 - O24.4** Diabète sucré survenant au cours de la grossesse
 - O35.1** Soins maternels pour anomalie chromosomique (présumée) du fœtus
 - O47.0** Faux travail avant 37 semaines entières de gestation
 - O60-** Travail et accouchement prématurés [avant terme]
- **O98- ou O99- :** à utiliser si un code précis n'est pas retrouvé dans le chapitre XV Grossesse, accouchement et puerpéralité (**O00-O99**)
 - O98-** Maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
+ compléter avec un des codes du chapitre I : Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)
 - O99-** Autres maladies de la mère classées ailleurs, mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité
 - comprend des états compliquant la grossesse ou aggravés par elle,
 - ou lorsqu'il s'agit de la raison principale de soins obstétricaux pour lesquels l'index alphabétique n'indique pas une rubrique spécifique au chapitre XV.

	+ Utiliser, au besoin en DAS, un code supplémentaire pour identifier une affection spécifique
DAS	<u>Obligatoire :</u> Z35- Surveillance d'une grossesse à haut risque + autres pathologies diagnostiquées ou prises en charge au cours du séjour : codes en O ou autres codes CIM-10
Actes	Coder les actes CCAM réalisés au cours du séjour
Autres éléments indispensables	<ul style="list-style-type: none"> • DDRr = Date des dernières règles recalculée = Date de début de grossesse – 13 jours • Le Diagnostic Relié (DR) n'est pas justifié pour le codage des séjours anténatals en hospitalisation complète

SEJOUR ANTENATAL EN AMBULATOIRE

Contexte et Principes du codage	<p>Concerne les séjours en hôpital de jour (hors IVG) que ce soit des venues pour traitement, surveillance ou dépistage de pathologies existantes</p> <p><u>Cadre réglementaire</u> Instruction N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.</p>
DP	<p>1. Séance : production d'un RUM pour chaque venue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, injection de fer (pour carence martiale) : Z51- : Autres soins médicaux <i>Exemples de situations :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>transfusion sanguine d'une patiente présentant une anémie chronique</i> : Z51.30 Séance de transfusion de produit sanguin labile • <i>injection intraveineuse de fer d'une patiente atteinte d'une carence martiale</i> : Z51.2 Autres formes de chimiothérapie <p>Si maladie chronique, ne pas oublier le DR.</p> <p>2. Situation de traitement Si traitement unique d'une pathologie : le DP est la pathologie <i>Exemple : diabète gestationnel avec mise sous insuline et mise en surveillance selon les conditions de l'instruction DGOS</i> O24.4 Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (diabète gestationnel)</p> <p>3. Situation de surveillance d'une grossesse à haut risque</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • sans élément nouveau (diagnostic négatif) : le DP est un code Z35- Surveillance d'une grossesse à haut risque • avec diagnostic positif : le DP est le diagnostic (<i>ex : découverte d'un diabète gestationnel : le DP est le diabète gestationnel</i>) <p>4. Situation de dépistage</p> <p>Ex : choriocentèse</p> <p>Le DP est la pathologie ou le motif d'hospitalisation. <i>Exemple :</i></p> <p>O28.3 Résultats échographiques anormaux au cours de l'examen prénatal systématique de la mère</p>
DAS	<p><u>Obligatoire si pas en DP :</u></p> <p>Z35- Surveillance d'une grossesse à haut risque</p> <p><u>Facultatif :</u></p> <p>Tous les codes de la CIM-10 (dont codes en O, O98-, O99- → voir fiche séjour anténatal en hospitalisation complète)</p>
Actes	<p>Si transfusion sanguine : Actes CCAM du chapitre 05.03.02.02. ex :</p> <ul style="list-style-type: none"> • FELF011 Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine <p>Si choriocentèse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • JPHB002 : biopsie du trophoblaste • JPHB001 : choriocentèse ou placentocentèse <p>+ tous les autres actes réalisés au cours du séjour</p>
Autres éléments indispensables	<ul style="list-style-type: none"> • DDRr = Date des dernières règles recalculée = Date de début de grossesse – 13 jours • Le DR n'est pas justifié pour le codage des séjours anténatals en hospitalisation ambulatoire

Contexte	Prise en charge en hospitalisation pour risque d'avortement = AVANT 22 SA révolues ou pour risque d'accouchement spontané avant terme = A PARTIR DE 22 SA révolues sans arrêt de grossesse ni issue de grossesse → En cas d'arrêt de grossesse, voir fiches « arrêt de grossesse avant 22 SA »/« accouchement ».	
DP	<p style="text-align: center;">AVANT 22 SA révolues : DP</p> <p>Toujours un code commençant par « O » en DP (préférer le code le plus précis)</p> <p><u>Exemples :</u> O20.0 Menace d'avortement Comprend : Hémorragie due à une menace d'avortement</p> <p><i>Ce code peut être utilisé en cas de menace d'avortement sans hémorragie (contractions utérines).</i></p> <p>O20.8 Autres hémorragies du début de la grossesse</p> <p>O20.9 Hémorragie du début de la grossesse, sans précision</p>	<p style="text-align: center;">A PARTIR DE 22 SA révolues : DP / DAS</p> <p>Toujours un code commençant par « O » en DP</p> <p><u>Exemples :</u> Si hémorragie, avec ou sans contraction : O44.1 Placenta prævia avec hémorragie O45.9 Décollement prématuré du placenta, sans précision O46.0 Hémorragie précédant l'accouchement avec anomalie de la coagulation Comprend : Hémorragie (importante) précédant l'accouchement associée à afibrinogénémie / coagulation intravasculaire disséminée / hyperfibrinolyse / hypofibrinogénémie O46.8 Autres hémorragies précédant l'accouchement O46.9 Hémorragie précédant l'accouchement, sans précision</p> <p>Si contractions sans modification du col = Faux travail O47.0 Faux travail avant 37 SA entières de gestation O47.1 Faux travail à ou après la 37ème SA entière</p> <p>Si contractions + le col se raccourcit [inférieur à 25-30 mm] ou s'ouvre = Menace d'accouchement prématuré (MAP) O60.0 Travail prématuré sans accouchement</p>
	Aucun	<u>Obligatoire :</u> Z35- Surveillance d'autres grossesses à haut risque

DAS	<u>Conseillés</u> : Tous les autres codes de pathologies
Autres DAS	Autres pathologies prises en charge au cours de l'hospitalisation Notamment celles pouvant expliquer l'origine de la menace d'avortement/d'accouchement
Actes	Actes réalisés au cours du séjour
Autres éléments indispensables	<u>Obligatoire</u> : Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours) <u>Conseillé</u> : Terme à l'expulsion/l'accouchement, en SA révolues

<p>Contexte et Principes du codage</p>	<p>Séjour pour accouchement au sein d'un établissement de santé Ce qui doit être codé selon le déroulement du séjour :</p> <p>1- Les phases du séjour pour accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ante partum Z35.- Surveillance d'une grossesse à haut risque • accouchement Z37.- Résultat de l'accouchement • post partum Z39.- Soins et examens du post-partum <p>2- Les données essentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le résultat de l'accouchement : code Z37.- Résultat de l'accouchement • le mode d'accouchement : code en O- • les complications / particularités de l'accouchement : codes en O- et/ou tous les autres codes CIM10 • les pathologies éventuelles de la femme : codes en O- et/ou tous les autres codes CIM10 • le post-partum code Z39.- Soins et examens du post-partum → <i>allaitement</i> • l'acte d'accouchement indispensable pour le groupage <p>3- Les autres éléments caractérisant l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date des dernières règles recalculée (= Date de début de grossesse – 13 jours) • Terme en SA révolues • Modes entrée et sortie (attention aux modes de sortie transferts et décès) <p>→ Voir fiche « nomenclatures et définition »</p>
<p>DP</p>	<p>Le DP doit être par convention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pathologie (ex : Diabète gestationnel) • OU les particularités (ex : grossesse gémellaire) • OU les complications de l'accouchement ou du post partum (ex : dystocie dynamique, accouchement prématuré, hémorragie de la délivrance)

	<ul style="list-style-type: none"> OU <u>seulement par défaut</u> l'accouchement normal sans complication (O80.0 Accouchement spontané par présentation du sommet ; ou O80.1 Accouchement spontané par présentation du siège) <p>Les codes en O81 à O84 ne doivent pas être utilisés en DP.</p>																		
DAS	<p>1- Obligatoire : Z37.- Résultat de l'accouchement</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Naissance unique</th> <th>Naissance gémellaire</th> <th>Naissance multiple 3 enfants ou plus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Z37.0 1 enfant unique vivant</td> <td>Z37.2 2 vivants</td> <td>Z37.5 3 ou plus tous vivants</td> </tr> <tr> <td>Z37.10 1 enfant mort-né hors IMG</td> <td>Z37.30 1 enfant vivant, 1 mort-né hors IMG</td> <td>Z37.60 3 ou plus certains vivants hors IMG</td> </tr> <tr> <td>Z37.11 1 enfant mort-né suite à IMG</td> <td>Z37.31 1 enfant vivant, 1 mort-né suite à IMG</td> <td>Z37.61 3 ou plus certains vivants suite à IMG</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Z37.40 2 mort-nés hors IMG</td> <td>Z37.70 3 ou plus tous mort-nés hors IMG</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Z37.41 2 mort-nés suite à IMG</td> <td>Z37.71 3 ou plus tous mort-nés suite à IMG</td> </tr> </tbody> </table>	Naissance unique	Naissance gémellaire	Naissance multiple 3 enfants ou plus	Z37.0 1 enfant unique vivant	Z37.2 2 vivants	Z37.5 3 ou plus tous vivants	Z37.10 1 enfant mort-né hors IMG	Z37.30 1 enfant vivant, 1 mort-né hors IMG	Z37.60 3 ou plus certains vivants hors IMG	Z37.11 1 enfant mort-né suite à IMG	Z37.31 1 enfant vivant, 1 mort-né suite à IMG	Z37.61 3 ou plus certains vivants suite à IMG		Z37.40 2 mort-nés hors IMG	Z37.70 3 ou plus tous mort-nés hors IMG		Z37.41 2 mort-nés suite à IMG	Z37.71 3 ou plus tous mort-nés suite à IMG
	Naissance unique	Naissance gémellaire	Naissance multiple 3 enfants ou plus																
	Z37.0 1 enfant unique vivant	Z37.2 2 vivants	Z37.5 3 ou plus tous vivants																
Z37.10 1 enfant mort-né hors IMG	Z37.30 1 enfant vivant, 1 mort-né hors IMG	Z37.60 3 ou plus certains vivants hors IMG																	
Z37.11 1 enfant mort-né suite à IMG	Z37.31 1 enfant vivant, 1 mort-né suite à IMG	Z37.61 3 ou plus certains vivants suite à IMG																	
	Z37.40 2 mort-nés hors IMG	Z37.70 3 ou plus tous mort-nés hors IMG																	
	Z37.41 2 mort-nés suite à IMG	Z37.71 3 ou plus tous mort-nés suite à IMG																	
<p>2- Nécessaire pour préciser les modalités d'accouchement : ces codes ne peuvent être placés qu'en DAS (sauf O80- Accouchement unique et spontané)</p> <p><i>A noter que le codage des accouchements par forceps (O81.- O84.1 et O84.8) comprend également le codage des spatules de Thierry</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Accouchement unique</th> <th>Accouchements multiples</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O80.- spontané → <i>sans assistance ou minime +/- épisiotomie</i></td> <td>O84.0 tous spontanés</td> </tr> <tr> <td>O81.- par forceps et ventouse</td> <td>O84.1 tous avec forceps et ventouse</td> </tr> <tr> <td>O82.- par césarienne</td> <td>O84.2 tous par césarienne</td> </tr> <tr> <td>O83.- avec assistance → <i>autre mode d'assistance</i></td> <td>O84.8 autres → <i>avec association de méthodes</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>O84.9 sans précision</td> </tr> </tbody> </table>	Accouchement unique	Accouchements multiples	O80.- spontané → <i>sans assistance ou minime +/- épisiotomie</i>	O84.0 tous spontanés	O81.- par forceps et ventouse	O84.1 tous avec forceps et ventouse	O82.- par césarienne	O84.2 tous par césarienne	O83.- avec assistance → <i>autre mode d'assistance</i>	O84.8 autres → <i>avec association de méthodes</i>		O84.9 sans précision							
Accouchement unique	Accouchements multiples																		
O80.- spontané → <i>sans assistance ou minime +/- épisiotomie</i>	O84.0 tous spontanés																		
O81.- par forceps et ventouse	O84.1 tous avec forceps et ventouse																		
O82.- par césarienne	O84.2 tous par césarienne																		
O83.- avec assistance → <i>autre mode d'assistance</i>	O84.8 autres → <i>avec association de méthodes</i>																		
	O84.9 sans précision																		
<p>3- Autres pathologies liées à la grossesse ou la compliquant, diagnostiquées ou prises en charge au cours du séjour.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rechercher une complication de la grossesse ou de l'accouchement codée avec un code en O (sous réserve que ce ne soit pas le DP). <i>Ex : O67.- Hémorragie pendant l'accouchement</i> Si hémorragie de la délivrance → cf fiche « Hémorragie du Post-Partum » A compléter, éventuellement, par un code d'un autre chapitre si le code en O n'est pas précis <i>Ex1 pour le VIH : O98.7 Maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH], compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité + B20.6 Maladie par VIH à l'origine de pneumopathie à Pneumocystis</i> <i>Ex2 : O99.- Autres maladies de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> <i>+ code CIM-10 correspondant à la pathologie concernée</i> 																			

	<ul style="list-style-type: none"> + pathologie préexistante non liée à la grossesse nécessitant une prise en charge : addictions, comorbidités, ... <p>Ex :</p> <ul style="list-style-type: none"> F- Troubles mentaux et du comportement → tabac, alcool, toxicomanies E66.- Obésité et surpoids Z59.- Difficultés liées au logement et aux conditions économiques → Précarité <p>4- Allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> Z39.1 soins et examens de l'allaitement maternel (<i>initiation à l'allaitement, que l'allaitement maternel soit poursuivi ou non après la sortie</i>) O92.5 suppression de la lactation → <i>allaitement artificiel</i> 																																																		
Actes	<p>Accouchement par voie basse (AVB)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Primipare</th> <th>Multipare</th> <th>Accouchement par voie naturelle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JQGD010</td> <td>JQGD012</td> <td>céphalique unique</td> </tr> <tr> <td>JQGD004</td> <td>JQGD001</td> <td>unique par le siège</td> </tr> <tr> <td>JQGD003</td> <td>JQGD008</td> <td>unique par le siège, avec petite extraction</td> </tr> <tr> <td>JQGD013</td> <td>JQGD005</td> <td>unique par le siège, avec grande extraction</td> </tr> <tr> <td>JQGD002</td> <td>JQGD007</td> <td>multiple</td> </tr> </tbody> </table> <p>Accouchement par césarienne</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grossesse</th> <th>Primipare</th> <th>Multipare</th> <th>Césarienne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unique</td> <td>JQGA002-11</td> <td>JQGA002-12</td> <td rowspan="2">Programmée, par laparotomie</td> </tr> <tr> <td>Multiple</td> <td>JQGA002-21</td> <td>JQGA002-22</td> </tr> <tr> <td>Unique</td> <td>JQGA003-11</td> <td>JQGA003-12</td> <td rowspan="2">Au cours du travail, par laparotomie</td> </tr> <tr> <td>Multiple</td> <td>JQGA003-21</td> <td>JQGA003-22</td> </tr> <tr> <td>Unique</td> <td>JQGA004-11</td> <td>JQGA004-12</td> <td rowspan="2">En urgence en dehors du travail, par laparotomie</td> </tr> <tr> <td>Multiple</td> <td>JQGA004-21</td> <td>JQGA004-22</td> </tr> <tr> <td>Unique</td> <td>JQGA005-11</td> <td>JQGA005-12</td> <td rowspan="2">Par abord vaginal</td> </tr> <tr> <td>Multiple</td> <td>JQGA005-21</td> <td>JQGA005-22</td> </tr> </tbody> </table> <p>Anesthésie – Analgésie</p> <ul style="list-style-type: none"> Césarienne : les codes CCAM de césarienne comportent une activité d'anesthésie 4. L'extension documentaire obligatoire en précise le type : 1-anesthésie générale, 2-anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale, 3-anesthésie locorégionale subarachnoïdienne (rachianesthésie) 4-anesthésie locorégionale plexique ou tronculaire, 5-anesthésie locorégionale intraveineuse, 6-anesthésie générale avec anesthésie locorégionale 	Primipare	Multipare	Accouchement par voie naturelle	JQGD010	JQGD012	céphalique unique	JQGD004	JQGD001	unique par le siège	JQGD003	JQGD008	unique par le siège, avec petite extraction	JQGD013	JQGD005	unique par le siège, avec grande extraction	JQGD002	JQGD007	multiple	Grossesse	Primipare	Multipare	Césarienne	Unique	JQGA002-11	JQGA002-12	Programmée, par laparotomie	Multiple	JQGA002-21	JQGA002-22	Unique	JQGA003-11	JQGA003-12	Au cours du travail, par laparotomie	Multiple	JQGA003-21	JQGA003-22	Unique	JQGA004-11	JQGA004-12	En urgence en dehors du travail, par laparotomie	Multiple	JQGA004-21	JQGA004-22	Unique	JQGA005-11	JQGA005-12	Par abord vaginal	Multiple	JQGA005-21	JQGA005-22
Primipare	Multipare	Accouchement par voie naturelle																																																	
JQGD010	JQGD012	céphalique unique																																																	
JQGD004	JQGD001	unique par le siège																																																	
JQGD003	JQGD008	unique par le siège, avec petite extraction																																																	
JQGD013	JQGD005	unique par le siège, avec grande extraction																																																	
JQGD002	JQGD007	multiple																																																	
Grossesse	Primipare	Multipare	Césarienne																																																
Unique	JQGA002-11	JQGA002-12	Programmée, par laparotomie																																																
Multiple	JQGA002-21	JQGA002-22																																																	
Unique	JQGA003-11	JQGA003-12	Au cours du travail, par laparotomie																																																
Multiple	JQGA003-21	JQGA003-22																																																	
Unique	JQGA004-11	JQGA004-12	En urgence en dehors du travail, par laparotomie																																																
Multiple	JQGA004-21	JQGA004-22																																																	
Unique	JQGA005-11	JQGA005-12	Par abord vaginal																																																
Multiple	JQGA005-21	JQGA005-22																																																	

	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement Voie Basse (AVB) : AFLB010 Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse <p>Actes associés ou complémentaires</p> <p>CCAM chapitre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 09.03.04 Traitement des complications immédiates de l'accouchement • 18.02.09 Gestes complémentaires liés à la grossesse et à l'accouchement (Ex : JMPA006 Épisiotomie)
<p>Autres éléments indispensables</p>	<p><u>Obligatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • DDRr = Date des dernières règles recalculée = Date de début de grossesse – 13 jours • Terme à l'accouchement, en SA révolues <p style="text-align: right;">} Vérifier la concordance entre les deux</p> <p><u>Autres éléments :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Diagnostic Relié DR n'est pas justifié pour le codage des séjours d'accouchement • Suivi des transferts et en particulier les transferts in utero : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mode d'entrée : 7.1_² pour un séjour d'une femme venant d'un autre établissement, 7.R_ si elle vient d'un service de réanimation³ ou 7.4_ d'une unité de psychiatrie d'un autre établissement. L'entrée venant du domicile via les urgences obstétricales est indiquée par le mode d'entrée 8, le mode 8._5 désignant un passage par le SAU⁴ justifié par l'état de la patiente et non un passage systématique dû à l'organisation de l'établissement, les urgences obstétricales ne faisant pas partie du SAU. ○ Les modes de sortie « transfert » sont identiques aux modes d'entrée sauf pour le code 7.R qui n'existe pas. <p><u>A ne pas oublier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Données administratives « VID-HOSP » : le N° administratif de séjour de la mère est à renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement afin de créer le lien mère enfant. • Production d'un RUM pour l'enfant si ≥ 22 SA et/ou 500g (vivant ou mort-né) et vérifier la cohérence du codage entre le séjour de la mère et du /des nouveau-né(s) qui sont au mieux codés conjointement → voir la fiche de codage « séjour nouveau-né »

² _ indique une place vide pour le renseignement du passage par les urgences (PSU)

³ Ce code est nécessaire à la facturation du forfait soins intensif pour le service receveur.

⁴ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie provisoire 2025 page 16

SÉJOURS POST-PARTUM APRES ACCOUCHEMENT EN ETABLISSEMENT DE SANTE

Contexte	<p>Séjour post-accouchement dans un établissement de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complication (transfert ou ré-hospitalisation après retour à domicile), avec ou sans rapprochement mère-enfant (enfant en bonne santé) • Rapprochement mère-enfant avec transfert justifié par une pathologie du nouveau-né (la mère est en bonne santé)
DP	<ul style="list-style-type: none"> • Si complication : code de la complication • Si rapprochement mère-enfant : Z39.08 Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision
DAS	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de Z37.- « Résultat de l'accouchement » • Si séjour pour complication : Z39.08 Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision • + autres pathologies si besoin
Actes	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'acte d'accouchement. • Les autres actes peuvent être codés
Autres éléments indispensables	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'âge gestationnel ni de DDRr. • Mode d'entrée : → voir fiche « nomenclature » : <ul style="list-style-type: none"> ○ 8 si domicile ○ 7 si transfert (+ code de provenance = 1 établissement MCO) <p><u>Obligatoire si bébé accompagnant :</u> Création d'un RUM pour l'enfant en bonne santé : DP Z76.2 Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé</p>

SEJOUR POST-PARTUM APRES ACCOUCHEMENT <u>HORS</u> ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	
Contexte	Séjour après accouchement hors d'un établissement de santé (ex : domicile, voie publique, trajet, maison de naissance...) que l'accouchement ait eu lieu, ou pas, en présence du SMUR , ceci même si la délivrance a lieu dans l'établissement. <u>Ceci ne comprend pas les accouchements à domicile pour lesquels aucun RSS n'est produit.</u>
DP	Z39.00 Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé
DAS	<u>Obligatoire :</u> Z37.- Résultat de l'accouchement + codes de pathologies si besoin
Actes	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'acte d'accouchement. • Les actes de délivrance et/ou de révision utérine peuvent être codés sans acte d'accouchement dans le cadre du PMSI, <u>mais non facturables.</u> JNMD002 Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle JPGD001 Extraction manuelle du placenta complet
Autres éléments indispensables	<u>Obligatoire :</u> <ul style="list-style-type: none"> • DDRr = Date des dernières règles recalculée = Date de début de grossesse – 13 jours • Terme à l'accouchement, en SA révolues <u>Autres éléments :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mode d'entrée : 8 « du domicile » • Production d'un RUM pour l'enfant si ≥ 22 SA et/ou 500g (vivant ou mort-né) mode entrée 8 Domicile que la naissance ait lieu ou pas en présence du SMUR

Contexte et Principes du codage

L'hémorragie du post-partum immédiat [HPP] [hémorragie de la délivrance] se définit par une perte sanguine de plus de 500 ml dans les 24 heures qui suivent la naissance (HAS, recommandations pour la pratique clinique, novembre 2004).

L'hémorragie sévère du postpartum est définie par la perte d'au moins 1000mL de sang après un accouchement par voie basse ou après une césarienne (cf. Recommandations de la CNGOF). L'HPP sévère peut être : immédiate et survenir lors de la délivrance, immédiate et survenir avant 24h du postpartum, ou tardive et survenir au-delà des 24h jusqu'à 42 jours du postpartum.»⁵

Circonstances de survenue

- au cours du séjour d'accouchement.
- après la sortie de la patiente nécessitant une ré-hospitalisation

L'ensemble du traitement de l'HPP nécessite parfois un transfert vers un autre établissement :

- définitif
- en aller-retour de 0 à une nuit dans le cadre d'une prestation inter-établissement (PIE)

Autres éléments à coder au cours d'un séjour d'accouchement → voir fiche « accouchement en établissement de santé »

SEJOUR POUR ACCOUCHEMENT COMPLIQUE D'HPP (au cours du même séjour)

	Hémorragies de la délivrance	Sévères	autres et sans précision
DP	Hémorragie de la délivrance [troisième période] <i>Hémorragie associée à la rétention, l'incarcération ou l'adhérence du placenta (placenta pathologique)</i>	072.00	072.08
	Autres hémorragies immédiates du postpartum <i>dont atonie utérine</i>	072.10	072.18
	Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire <i>Hémorragie associée à la rétention partielle du placenta ou des membranes</i>	072.20	072.28

⁵ NOTE CIM-10 FR 2025 (page 631)

	<p>O72.3 Anomalie de la coagulation au cours du post-partum</p>
DAS	<p>Coder l'origine de l'HPP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atonie utérine : O62.1 inertie utérine secondaire • Anomalie de l'insertion placentaire : O43.2 Placenta adhérent pathologique (accreta, increta, percreta) Attention lors d'une réhospitalisation pour HPP tardive (O72.2-) ce code entraîne une erreur de groupage. <p>+/- O99.0 Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité + D62 anémie post-hémorragique aiguë en cas d'HPP mal tolérée → documentée et traitée (cf. guide méthodologique)</p> <p>Ne pas oublier</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Obligatoire</u> : Z37* « Résultat de l'accouchement » • Indispensables : Modalités d'accouchement • Coder aussi les autres pathologies diagnostiquées ou prises en charge au cours du séjour codes en O ou autres codes de la CIM 10
Actes	<p>Traitement des complications hémorragiques de l'accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligatures artérielles <ul style="list-style-type: none"> ELSA002 Ligature des pédicules vasculaires de l'utérus pour hémorragie du post-partum, par laparotomie EDSA002 Ligature des artères iliaques internes [hypogastriques] pour hémorragie du post-partum, par laparotomie • Embolisation <ul style="list-style-type: none"> EDSF011 Embolisation des artères iliaques internes [hypogastriques] et/ou de ses branches pour hémorragie du post-partum, par voie artérielle transcutanée • Hystérectomie <ul style="list-style-type: none"> JNFA001 Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie • Tamponnement et capitonnage <ul style="list-style-type: none"> JNBD002 Tamponnement intra-utérin ou intravaginal, pour hémorragie obstétricale. <i>(Dont ballon de Bakri)</i> • Suture utérine <ul style="list-style-type: none"> JNCA002 Suture du corps de l'utérus [Hystérorraphie] pour rupture obstétricale, par laparotomie • Transfusions <ul style="list-style-type: none"> FELF003 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 Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demi-masse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures FELF006 Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire

	<p>FELF011 Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demi-masse sanguine</p> <p>Ne pas oublier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actes d'accouchement par voie basse (AVB) ou par césarienne • Gestes complémentaires liés à la grossesse et à l'accouchement JNMD002 Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle • Actes d'anesthésie – analgésie 		
Autres éléments indispensables	<ul style="list-style-type: none"> • Voir fiche « accouchement en établissement de santé » 		
SEJOUR DE TRANSFERT POUR TRAITEMENT HPP			
	Hémorragies de la délivrance	Sévères	autres et sans précision
DP	Hémorragie de la délivrance [troisième période] <i>Hémorragie associée à la rétention, l'incarcération ou l'adhérence du placenta (placenta pathologique)</i>	072.00	072.08
	Autres hémorragies immédiates du postpartum <i>dont atonie utérine</i>	072.10	072.18
	Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire <i>Hémorragie associée à la rétention partielle du placenta ou des membranes</i>	072.20	072.28
	072.3 Anomalie de la coagulation au cours du post-partum		
DAS	<p><u>Obligatoire :</u></p> <p>Z39.08 Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision</p> <p>+</p> <p>Coder aussi les autres pathologies diagnostiquées ou prises en charge au cours du séjour codes en « O » ou autres codes de la CIM 10</p>		
Actes	<p>Traitement des complications immédiates de l'accouchement → l'acte de révision utérine peut être codé sans acte d'accouchement dans le cadre du PMSI, <u>mais non facturable :</u></p> <p>JNMD002 Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle</p>		

Cas particulier de la prestation inter-établissement (PIE)	<p>Conditions : Situation dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé, relevant du même champ d'activité, pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas effectuer lui-même : la durée du séjour du patient est de 0 ou 1 nuit avant son retour dans l'établissement adresseur.</p> <p>Codage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement receveur produit un RUM avec mode entrée / provenance 0.1 et mode de sortie/ destination 0.1 ainsi que les actes pratiqués. La facture de la prestation avec les codes des actes CCAM pratiqués est envoyée à l'établissement adresseur. • L'établissement adresseur ne produit qu'un seul RUM englobant la PIE et fait figurer dans son RUM : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le(s) code(s) de(s) l'acte(s) CCAM et des DAS pris en charge ○ et en DAS le code 275.80 pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement <p>Le séjour de la patiente n'est pas clos administrativement, il est suspendu.</p>
---	---

REHOSPITALISATION POUR HPP TARDIVE			
DP	Hémorragies de la délivrance	Sévères	autres et sans précision
	Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire <i>Hémorragie associée à la rétention partielle du placenta ou des membranes</i>	072.20	072.28
DAS	Z39.08 Soins et examens immédiatement après l'accouchement, autres et sans précision		
Actes	Traitement des complications immédiates de l'accouchement → l'acte de révision utérine peut être codé sans acte d'accouchement dans le cadre du PMSI, <u>mais non facturable</u> : JNMD002 Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle		

<p>Contexte et principe de codage</p>	<p>Pour tout nouveau-né, qu'il soit né dans l'établissement, ou hors établissement (domicile, voie publique, trajet) ou en présence de l'équipe du SMUR.</p> <p>Production d'un RUM si âge gestationnel (AG) ≥ 22 SA OU poids de naissance (PN) ≥ 500g</p> <p><i>NB : si transfert après naissance depuis un autre établissement de santé → cf. fiche de codage "nouveau-né transféré depuis un autre établissement"</i></p>
<p>DP</p>	<p><u>Obligatoire sur 1^{er} RUM</u> : en DP si enfant en bonne santé ; sinon en DAS + codage de la pathologie en DP (cf partie « DAS »)</p> <p>Z38.- Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital Z38.1 Enfant unique, né hors d'un hôpital Z38.3 Jumeaux, nés à l'hôpital Z38.4 Jumeaux, nés hors d'un hôpital Z38.6 Autres naissances multiples, enfants nés à l'hôpital Z38.7 Autres naissances multiples, enfants nés hors d'un hôpital <p><i>Attention, Z38.2, Z38.5 et Z38.8 sont des codes « lieu non précisé », à ne pas utiliser pour le codage.</i></p> <p><i>Si multi RUM coder le Z38.- en DP uniquement sur le 1^{er} RUM ; pour les RUM suivants → cf fiche néonatalogie.</i></p>
<p>DAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des codes P00-P04, à coder dès lors que la mère a présenté une des affections répertoriées dans l'une de ces rubriques P00 Fœtus et nouveau-né affectés par des affections maternelles, éventuellement sans rapport avec la grossesse actuelle P01 Fœtus et nouveau-né affectés par les complications de la grossesse chez la mère P02 Fœtus et nouveau-né affectés par des complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes P03 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres complications du travail et de l'accouchement P04 Fœtus et nouveau-né affectés par des effets nocifs transmis par voie transplacentaire ou par le lait maternel

	<p>Dans tous les cas où la mère a présenté une condition de ce groupe, l'emploi du code correspondant est autorisé pour le nouveau-né, que son dossier mentionne explicitement ou non qu'il a été « affecté » par le problème de la mère.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un problème de santé, ne nécessitant pas une hospitalisation en néonatalogie, est découvert pendant le séjour en maternité, il est un DAS du RUM du nouveau-né en maternité → Codage en « P » et /ou « Q » + éventuellement code d'un autre chapitre pour précision • Dépistage de la surdité congénitale : Z13.51 Examen spécial de dépistage des affections des oreilles
<p>Actes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la surdité congénitale : <ul style="list-style-type: none"> ○ CDQP009 Enregistrement des <u>otoémissions</u> ○ CDQP017 Enregistrement des <u>potentiels évoqués auditifs</u> précoces pour étude des temps de conduction et mesure des amplitudes <p>Attention : l'acte CDRP002 « Epreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans » n'est pas recommandé depuis mars 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coder tout acte réalisé en salle de naissance
<p>Autres éléments indispensables</p>	<p><u>Obligatoires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poids de naissance (en grammes) • L'Age gestationnel (AG) est celui de la naissance (=AG à l'accouchement), en semaines entières révolues d'aménorrhée, repris à l'identique dans les RUM successifs d'un même séjour, en règle identique au terme de l'accouchement sur le RUM de la mère. • Mode d'entrée : <ul style="list-style-type: none"> ○ N naissance dans l'établissement ○ 8 naissance hors établissement avec ou sans présence du SMUR ou en maison de naissance • Données administratives « VID-HOSP » : le n° administratif du séjour de la mère est à renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement afin de créer le lien mère-enfant (uniquement sur le séjour de naissance)

Contexte	<p>Transfert après naissance <u>depuis</u> un autre établissement de santé :</p> <p>1 - Prise en charge d'un nouveau-né <u>accompagnant</u> (auprès de sa mère) (séjour de complication d'accouchement) OU 2 - Prise en charge d'un nouveau-né pour problème de santé → <i>cf. fiche néonatalogie</i></p> <p>Production d'un RSS</p>
DP	<p>Attention Ne pas coder Z38.0 Enfants nés vivants</p> <p>1 - Z76.2 si nouveau-né en bonne santé accompagnant sa mère 2 - code en P si problème de santé → <i>cf. fiche néonatalogie</i></p>
Autres DAS	<p>Si pathologies mises en évidence lors du séjour : les coder → <i>cf. fiche séjour nouveau-né naissance vivante</i></p>
Actes	<p>Si acte pratiqué lors de l'hospitalisation : les coder → <i>cf. fiche séjour nouveau-né naissance vivante</i></p>
Autres éléments indispensables	<p><u>Obligatoire</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'Age gestationnel (AG) est celui de la naissance (=AG à l'accouchement), en semaines entières révolues d'aménorrhée, repris à l'identique dans les RUM successifs d'un même séjour, en règle identique au terme de l'accouchement sur le RUM de la mère. • Poids d'entrée dans l'UM : pour un enfant de moins de 29 jours, ou pesant moins de 2500 grammes quel que soit l'âge. <p><u>Mode d'entrée</u> : transfert (ou Prestation Inter-Établissement PIE)</p> <p>Pas de lien mère-enfant</p>

Contexte	<p>Si poids de naissance ≥ 500 grammes ou terme ≥ 22 SA révolues (produit d'IMG ou non), que la naissance ait eu lieu dans l'établissement ou bien à domicile ou bien pendant le trajet vers la maternité → coder un séjour mort-né</p> <p>Un mort-né est défini comme un corps humain reconnaissable et formé ; à l'exclusion de : masse tissulaire, fœtus acardiaque, fœtus papyracé, jumeau évanescent.</p>
DP	<p>Si mort-né hors IMG</p> <p>P95.+1 Mort fœtale in utéro en dehors d'une interruption médicale de grossesse</p> <p>P95.+2 Mort fœtale perpartum en dehors d'une interruption médicale de grossesse</p> <p>P95.+8 Mort fœtale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse</p> <p>Si mort-né issu d'une IMG :</p> <p>P95.+0 Mort fœtale in utéro ou perpartum suite à une interruption médicale de grossesse</p>
DAS	<p>Si l'origine (de l'IMG ou la mort fœtale in utero) est une pathologie maternelle :</p> <p>P00- à P04- Fœtus affecté par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement</p> <p>Si l'origine de l'IMG est une pathologie fœtale :</p> <p>Codes commençant par "P" (Affections périnatales) ou "Q" (Malformations congénitales)</p>
Actes	<p>Le cas échéant :</p> <p>JQQX005 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale</p> <p>JQQX003 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale</p>
Autres éléments indispensables	<p><u>Obligatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age gestationnel à la date de la naissance (en semaines révolues d'aménorrhée) = identique à celui de la mère • Poids de naissance (en grammes) • Mode d'entrée = Naissance (N) Mode de sortie = Décès (9) • Date d'entrée = date de naissance = date de sortie → Durée de séjour=0 j <p>+ si accouchement (≥ 22 SA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Données administratives « VID-HOSP » : le n° administratif du séjour de la mère est à renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement afin de créer le lien mère-enfant (uniquement sur le séjour de naissance)

<p>A consulter</p>	<p>ANNEXE : Tableau : Enregistrement des naissances AG ≥ 22 SA pour calculer la mortinatalité et la mortalité néonatale Sur le web : NOTE D'INFORMATION N° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023 relative à la diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale https://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/2023_Bulletin-officiel-n%C2%B0-2023_13-du-17-juillet-2023-note-information-perinatalite.pdf INSTRUCTION N° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021 relative à la mise à jour des modalités d'enregistrement des mort-nés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la production des indicateurs de mortinatalité en France et leur transmission réglementaire ainsi que les modalités des contrôles de leur qualité. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.16.sante.pdf</p>
<p>Commentaires</p>	<p>Cas où on ne peut déclarer à l'état civil un enfant mort-né à l'accouchement donc créer un RUM mort-né Un certificat médical d'accouchement « ne peut être rédigé par le médecin ou la sagefemme 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 (foetus acardiaque) ou d'interruption de grossesse avant 15 SA (statut de pièces anatomiques). »</p>

<p>Contexte</p>	<p>Concerne les séjours nouveau-né vivant d'âge gestationnel (AG) ≥ 22 SA ou de poids de naissance (PN) ≥ 500g</p> <p>Hospitalisé à la naissance venant : de la salle de naissance du même établissement (inborn), né à domicile ou transféré d'un autre établissement (outborn)</p> <p>OU hospitalisé secondairement et remplissant les conditions suivantes : âge inférieur à 8 jours OU transfert sans retour à domicile et poids à l'entrée dans l'Unité Médicale inférieur à 2500g OU transfert sans retour à domicile et âge inférieur à 29 jours</p>
<p>DP</p>	<p>Son choix <u>dépend du motif d'hospitalisation</u>, par exemple :</p> <p>P07.0 Poids extrêmement faible à la naissance $\rightarrow < 1\ 000$ g</p> <p>P07.1 Autres poids faibles à la naissance $\rightarrow 1\ 000$ à $2\ 499$ g</p> <p>P07.2 Immaturité extrême $\rightarrow < 28$ SA</p> <p>P07.3 Autres enfants nés avant terme $\rightarrow [28-36]$ SA</p> <p>P05.0 Faible poids pour l'âge gestationnel \rightarrow poids $< 10^{\text{ème}}$ percentile (taille $\geq 10^{\text{ème}}$ percentile)</p> <p>P05.1 Petite taille pour l'âge gestationnel \rightarrow taille $< 10^{\text{ème}}$ percentile \pm poids $< 10^{\text{ème}}$ percentile</p> <p>P05.9 Croissance lente du fœtus, sans précision \rightarrow autres cas de RCIU</p> <p>P08.0 Enfant exceptionnellement gros \rightarrow macrosomie = PN $\geq 4\ 500$g</p> <p>P08.1 Autres enfants gros pour l'âge gestationnel $\rightarrow 4\ 000$ g $< PN < 4\ 500$ g ou $> 90^{\text{ème}}$ percentile (exclu : nouveau-né de mère diabétique)</p> <p>P08.2 Enfant né après terme, qui n'est pas gros pour l'âge gestationnel $\rightarrow \geq 42$ SA</p> <p>Ou toute autre pathologie ayant motivé l'hospitalisation (détresse respiratoire, ...)</p> <p>Le choix du DP n'est pas déterminant pour la classification en GHM.</p>
<p>DAS</p>	<p>A ne pas oublier :</p> <ul style="list-style-type: none"> Z38- Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance \rightarrow uniquement si pas de RUM en salle de naissance (hospitalisation immédiate après la naissance à l'hôpital dans le même établissement, ou hors hôpital - domicile, ambulance).

	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la surdité congénitale : Z13.51 Examen spécial de dépistage des affections des oreilles • Si grossesse multiple : P01.5 Fœtus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple • Si naissance par césarienne : P03.4 Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne • Attention aux suspicions d'infection, infections bactériennes et sepsis (codage spécifique en néonatalogie) • Pathologies maternelles ou complications de la grossesse, <u>affectant</u> le nouveau-né + pathologies du nouveau-né
Actes	<ul style="list-style-type: none"> • Coder tous les actes réalisés dans l'unité et autant de fois que nécessaire (ex : si 3 journées de ventilation, coder 3 actes correspondants + dates) • Ne pas oublier les actes marqueurs de niveau 3 (NN3) • Dépistage de la surdité congénitale : <ul style="list-style-type: none"> ○ CDQP009 Enregistrement des <u>otoémissions</u> ○ CDQP017 Enregistrement des <u>potentiels évoqués auditifs précoces</u> pour étude des temps de conduction et mesure des amplitudes
Autres éléments indispensables	<p><u>Obligatoire :</u></p> <p>Poids et Age gestationnel (AG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AG est celui de la naissance (=AG à l'accouchement), en semaines complètes d'aménorrhée, repris à l'identique dans les RUM successifs d'un même séjour, en règle identique au terme de l'accouchement sur le RUM de la mère. • Le poids est celui à l'entrée dans l'UM. Il est obligatoire pour tous les nouveau-nés de moins de 29 jours. C'est le poids de naissance si hospitalisation à J0, repris à l'identique dans les RUM successifs d'un même séjour. <p><u>Autres éléments :</u></p> <p>Provenance et destination du RUM de néonatalogie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le mode d'entrée précise l'origine du nouveau-né et permet de comptabiliser les naissances dans l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Même établissement : N si 1^{er} RUM ou 6.1 si mutation depuis une autre unité ○ Autre établissement : 7.1 ○ Hors établissement (domicile, ambulance, maison de naissance) : 8 • Le mode de sortie précise la destination du nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> ○ Domicile : 8 ○ Même établissement : 6.1 ○ Autre établissement : 7.1 vers un établissement cours séjour (7.2 pour SSR, 7.6 pour HAD)

Fiche de codage et organigramme réalisés en collaboration avec le Professeur Laurence Foix-L'Hélias (Hôpital Trousseau APHP), et les Docteurs Pascal Bolot (CH Saint Denis) et Antoine Bedu (CHU Limoges) que nous remercions chaleureusement.

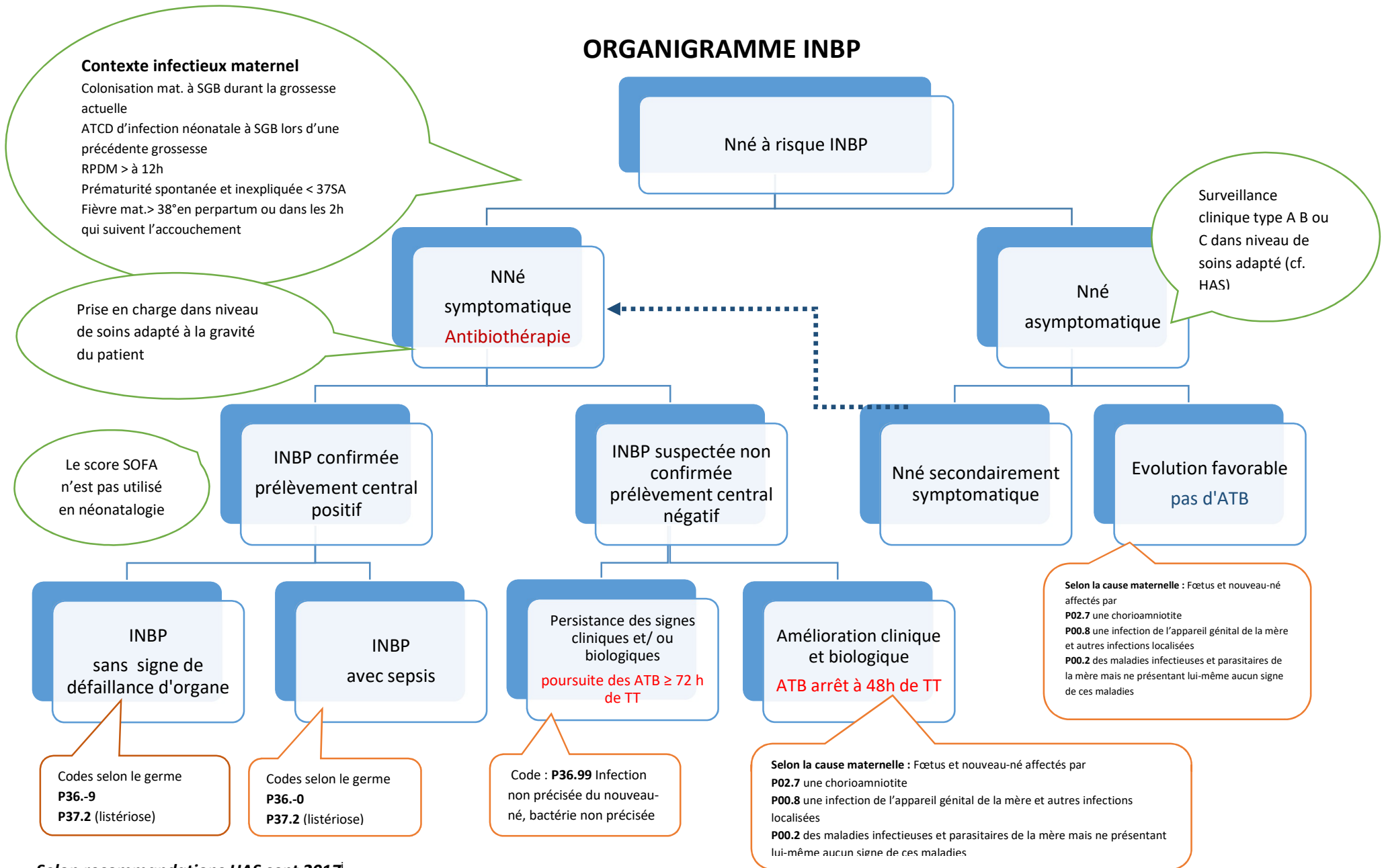
INFECTION NEONATALE BACTERIENNE PRECOCE (INBP)

Contexte :	<p>L'INBP est caractérisée par un prélèvement central (hémoculture ou ponction lombaire) positif à un germe pathogène dans les 48 h suivant la naissance à l'exclusion des contaminations</p> <p><i>A noter que les prélèvements bactériologiques liquide gastrique et périphériques à la naissance ne sont plus recommandés</i></p> <p><i>Le frottis placentaire et la culture du placenta sont recommandés</i></p> <p>Facteurs de risques des INBP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonisation maternelle à Streptocoque B durant la grossesse actuelle • Antécédent d'infection néonatale à Streptocoque B lors d'une précédente grossesse • Rupture prématurée des membranes > à 12h • Prématurité spontanée et inexplicite • Fièvre maternelle > 38° en perpartum ou dans les 2h qui suivent l'accouchement • Antibioprophylaxie ou antibiothérapie per partum inadéquate <p>Situation : INBP confirmée (prélèvement central positif) 2 situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sans signe de défaillance d'organe • Avec signe de défaillance d'organe : sepsis (<i>Conséquence d'une infection grave qui peut commencer localement entraînant une réponse dérégulée de l'hôte à l'infection, au cours de laquelle le syndrome infectieux est accompagné d'une dysfonction d'organe, avec un risque de mortalité à un mois évalué entre 10% et 15%</i>) <p>Le score SOFA pédiatrique n'est pas utilisé en néonatalogie</p>
DP	<ul style="list-style-type: none"> • Si RUM naissance : DP Z38.- Le diagnostic d'INBP devra être placé en DAS • Si mutation ou transfert coder l'INBP en DP <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans signe de défaillance d'organe : P36.-9 « Infection non précisée du nouveau-né » P36.09 : à streptocoques, groupe B P36.19 : à streptocoques, autres et sans précision

	<p>P36.29 : à staphylocoques dorés</p> <p>P36.39 : à staphylocoques, autres et sans précision</p> <p>P36.49 : à Escherichia coli</p> <p>P36.59 : à des anaérobies</p> <p>P36.89 : due à d'autres bactéries</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Avec signes de défaillance d'organe, P36.-0 « Sepsis du nouveau-né » <p>P36.00 : à streptocoques, groupe B</p> <p>P36.10 : à streptocoques, autres et sans précision</p> <p>P36.20 : à staphylocoques dorés</p> <p>P36.30 : à staphylocoques, autres et sans précision</p> <p>P36.40 : à Escherichia coli</p> <p>P36.50 : à des anaérobies</p> <p>P36.80 : dû à d'autres bactéries</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cas particulier de la listériose (avec ou sans défaillance d'organe) : P37.2 Listériose néonatale (disséminée)
DAS	<ul style="list-style-type: none"> • Si RUM naissance : ne pas oublier de coder le diagnostic d'INBP en DAS • Dans tous les cas coder les symptômes et autres pathologie (ex : méningite bactérienne G00.-) • Dans les formes sévères hors sepsis, le code R65.0 : syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance d'organe peut être utilisé. • L'ajout du germe (B95.- et B96.-) n'est indiqué que dans le cas où il n'est pas précisé dans le code diagnostic de l'infection bactérienne.
Actes	Si actes pratiqués lors de l'hospitalisation → les coder
Autres éléments indispensables	<p>Obligatoires :</p> <p>Poids d'entrée dans l'UM</p> <p>Age gestationnel y compris si transfert</p> <p><u>Mode d'entrée</u> : « N » pour le RUM naissance</p>

INFECTION NEONATALE BACTERIENNE PRECOCE (INBP) NON CONFIRMEE	
Contexte :	Facteurs de risques des INBP présents <ul style="list-style-type: none"> - Patient asymptomatique - Ou Patient symptomatique prélèvements centraux négatifs
DP	<ul style="list-style-type: none"> • Si RUM naissance : DP Z38.- <i>Le diagnostic de suspicion d'INBP sera placé en DAS</i> • Sinon (mutation / transfert) le DP est la situation d'INBP qui sera codée selon la symptomatologie et la prise en charge : INBP non confirmée : patient asymptomatique ou symptomatique avec traitement <= 48h : Fœtus et nouveau-né affectés par : P02.7 : une chorioamniotite P00.8 : une infection de l'appareil génital de la mère et autres infections localisées P00.2 : des maladies infectieuses et parasitaires de la mère (classées en A00-B99, et J09-J11), mais ne présentant lui-même aucun signe de ces maladies INBP non confirmée patient symptomatique et traitement ATB >72h Nouveau-né symptomatique pris en charge en néonatalogie, prélèvements centraux négatifs <u>surveillé et traité pendant au moins 3 jours</u> : P36.99 : Infection non précisée du nouveau-né, bactérie non précisée Si besoin, en cas de forme sévère ajouter le code R65.0 : syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance d'organe.
DAS	<ul style="list-style-type: none"> • Si RUM naissance : coder le diagnostic d'INBP non confirmée en DAS • Si patient symptomatique coder les symptômes et autres pathologies
Actes	Si actes pratiqués lors de l'hospitalisation → les coder
Autres éléments indispensables	Obligatoires : Poids d'entrée dans l'UM Age gestationnel y compris si transfert Mode d'entrée : « N » pour le RUM naissance

ORGANIGRAMME INBP



Selon recommandations HAS sept 2017¹

Abréviations

INBP : Infections Néonatales bactériennes précoces

Mat. : maternelle

SGB : Streptococoque Groupe B

ATCD : Antécédents

Nné : nouveau-né

SOFA : score Sepsis-related Organ Failure Assessment

HAS : Haute Autorité de Santé :

Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA). Recommandations- Version septembre 2017

INBP confirmée sans signe de défaillance d'organe

P3609 Infection non précisée du nouveau-né à streptocoques, groupe B

P3619 Infection non précisée du nouveau-né à streptocoques, autres ou sans précision

P3629 Infection non précisée du nouveau-né à staphylocoques dorés

P3639 Infection non précisée du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision

P3649 Infection non précisée du nouveau-né à Escherichia coli

P3659 Infection non précisée du nouveau-né due à des anaérobies

P3689 Infection non précisée du nouveau-né due à d'autres bactéries

P372 Listériose néonatale

INBP avec sepsis

P3600 Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B

P3610 Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision

P3620 Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés

P3630 Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision

P3640 Sepsis du nouveau-né à Escherichia coli

P3650 Sepsis du nouveau-né à anaérobies

P3680 Sepsis du nouveau-né à autres bactéries

P3690 Sepsis du nouveau-né, bactérie non précisée

P372 Listériose néonatale

Codes CIM 10 : P36-9 et P36-0

Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA). Recommandations HAS- Version septembre 2017

https://www.sfpediatrie.com/files/documents/label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf

Sikias P et al. : Early-onset sepsis in the Paris area : a population-based surveillance study from 2019 to 2021. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2023 ; 108 : F114-F120. Doi : 10.1136/archdischild-2022-324080

<https://fn.bmj.com/content/fetalneonatal/early/2022/07/28/archdischild-2022-324080.full.pdf>

FASCICULE DE CODAGE POUR LE PMSI. Maladies infectieuses. Mise à jour 2021 https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_atih_codage_maladies_infectieuses_v2023.pdf

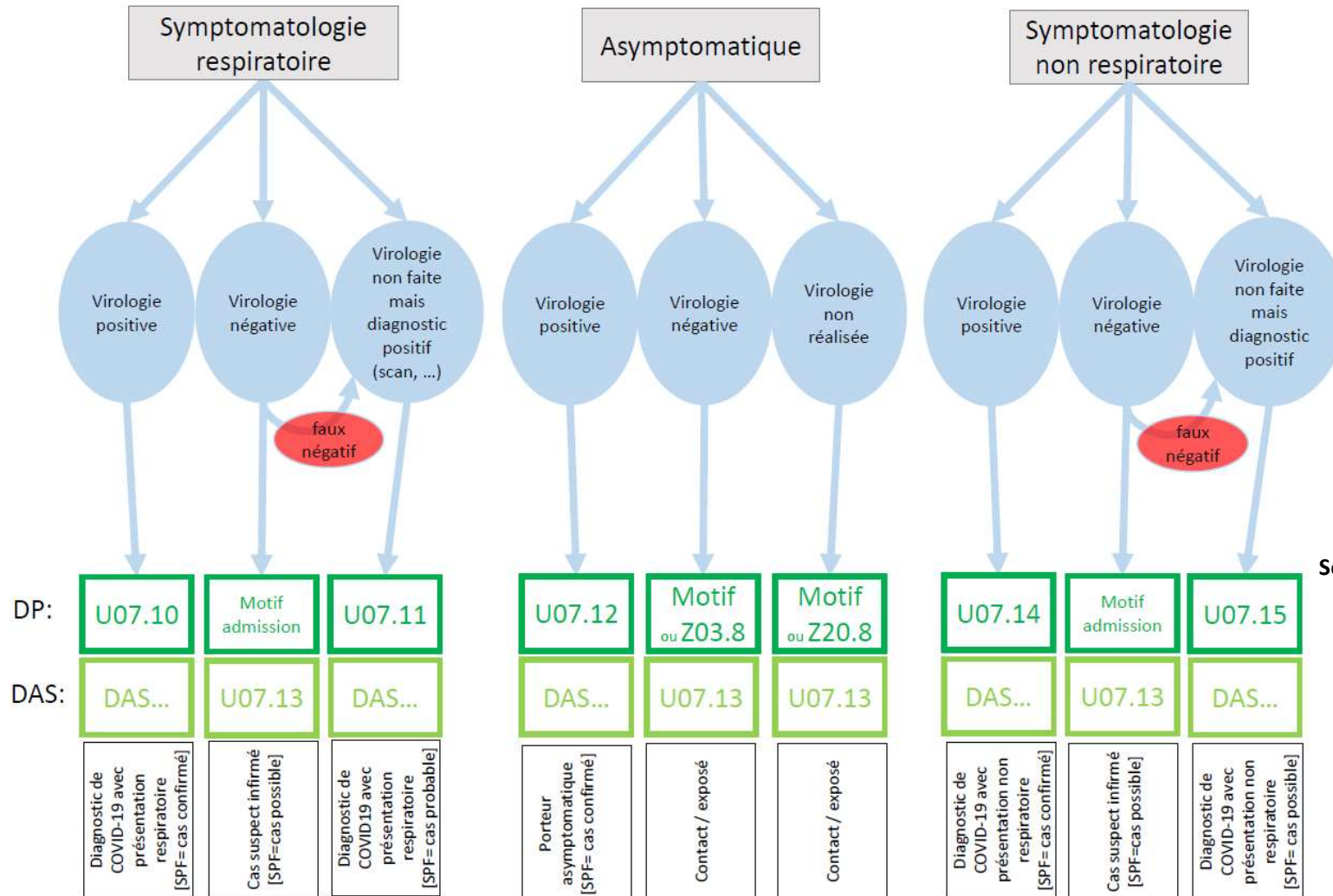
Score SOFA pédiatrique : <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2646857>

Contexte	<p>Codage du séjour d'une femme enceinte ou accouchée dans le cadre de la pandémie à SARS-CoV2.</p> <p>Le codage du DP dépend de la situation clinique au moment de l'admission selon que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le motif d'admission est en lien avec l'infection COVID-19 2. Le motif d'admission n'est pas en lien avec l'infection COVID-19 <p>Le codage du DAS dépend des situations ci-dessous :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Vaccination contre la COVID-19 4. Cas contact ou co-exposée 5. Episode antérieur de COVID-19, confirmé ou probable, qui influence son état de santé, la personne ne souffrant plus de COVID-19. 6. Episode antérieur de COVID-19 confirmé ou probable avec symptôme résiduel de COVID-19 7. Syndrome inflammatoire multi systémique associé de façon temporelle à la COVID-19
DP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le motif d'admission est en lien avec l'infection COVID-19, selon situation (+ voir ci-dessous algorithme COVID) : <ul style="list-style-type: none"> U07.10 COVID-19, forme respiratoire, virus identifié U07.11 COVID-19, forme respiratoire, virus non identifié U07.12 COVID-19, porteur de SARS-CoV-2 asymptomatique, virus identifié U07.14 COVID-19, autres formes cliniques, virus identifié U07.15 COVID-19, autres formes cliniques, virus non identifié <p><i>Exemple : Une femme enceinte de 34 SA est hospitalisée en soins intensifs pour prise en charge d'une détresse respiratoire liée à la COVID-19, virologie positive, et accouche au cours du séjour.</i></p> <p>⇒ À noter qu'en raison de la pandémie COVID et y compris chez les femmes enceintes, le DP dans cette situation clinique est le code en U de l'atteinte COVID, et non le code O98.5 Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.</p> 2. Le motif d'admission n'est pas en lien avec l'infection COVID-19 <p>Que ce soit pour un séjour ante partum, d'accouchement ou post partum, le DP est déterminé en fonction de la situation clinique. Tous les codes « COVID-19 » peuvent être utilisés en position de diagnostic associé.</p>

	<p><i>Exemple : une femme enceinte de 34 SA est hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré, elle présente une pathologie respiratoire liée à la COVID-19, virologie positive, et accouche à 35 SA au cours du séjour.</i></p> <p>⇒ DP : Accouchement prématuré</p> <p>DAS : U07.10 COVID-19, forme respiratoire, virus identifié</p>
<p style="text-align: center;">DAS</p>	<p>Identification de la phase de la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante partum : Z33 Grossesse constatée fortuitement, Z34- Surveillance d'une grossesse normale ou Z35- d'une grossesse à haut risque • Accouchement : Z37- Résultat de l'accouchement • Post partum : Z39- Soins et examens du post-partum <p><u>ET</u></p> <p>Selon les situations :</p> <p>3. Vaccination contre la COVID-19 : deux situations :</p> <p>a. Nécessité d'une vaccination contre la COVID-19 au cours du séjour</p> <p style="padding-left: 20px;">U11.9 Nécessité d'une vaccination contre la COVID-19, sans précision</p> <p>b. Complication après vaccination</p> <p style="padding-left: 20px;">U12.9 Vaccins contre la COVID-19 ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique, sans précision</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Exemple : Femme enceinte vaccinée contre la COVID-19 qui présente, quelques heures après son injection, un œdème étendu autour du site d'injection et une fièvre, nécessitant son hospitalisation.</i></p> <p style="padding-left: 20px;">DP : R60.0 Œdème localisé</p> <p style="padding-left: 20px;">DA : R50.9 Fièvre, sans précision</p> <p style="padding-left: 40px;">+ U12.9 Vaccins contre la COVID-19 ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique, sans précision</p> <p style="padding-left: 40px;">+ T88.1 Autres complications consécutives à vaccination, non classées ailleurs</p> <p>4. Cas contact ou co-exposée :</p> <p style="padding-left: 20px;">U07.13 Autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie COVID-19</p> <p>5. Episode antérieur de COVID-19, confirmé ou probable, qui influence son état de santé, la personne ne souffrant plus de COVID-19.</p> <p style="padding-left: 20px;">U08.9 Antécédents personnels de COVID-19, sans précision ; ne doit pas être utilisé dans les cas qui présentent encore la COVID-19</p>

	<p><i>Exemple : séjour d'accouchement d'une femme ayant présenté un épisode COVID19 au cours de la grossesse, confirmé biologiquement ou probable, guérie au moment de l'accouchement et ne présentant plus de symptômes liés à la COVID-19</i></p> <p>6. Episode antérieur de COVID-19 confirmé ou probable avec symptôme résiduel de COVID-19 U09.9 Affection post COVID-19, sans précision <i>Exemple : séjour d'accouchement d'une femme ayant présenté un épisode COVID-19 au cours de la grossesse, fatigue et anosmie résiduelle</i></p> <p>7. Syndrome inflammatoire multi systémique associé de façon temporelle à la COVID-19 U10.9 Syndrome inflammatoire multi systémique associé à la COVID-19, sans précision</p> <p><i>Si des mesures spécifiques d'isolement et de protection ont été prises et sont <u>clairement mentionnées dans le dossier médical</u> :</i> Z29.0 Isolement prophylactique</p>
Actes	Actes CCAM pratiqués au cours du séjour
Autres éléments indispensables	<ul style="list-style-type: none"> • DDRr = Date des dernières règles recalculée = Date de début de grossesse – 13 jours • En cas d'accouchement : Production d'un RUM pour l'enfant si ≥ 22 SA et/ou 500g (vivant ou mort-né) Terme à l'accouchement, en SA révolues

Codage d'un séjour MCO pour suspicion, diagnostic et traitement de COVID-19



Source : ATIH

SÉJOURS NOUVEAU-NE

Contexte	Codage des séjours des nouveau-nés à la naissance ou en postnatal de mère COVID-19 (+) infectée au moment de l'accouchement ou pendant la grossesse.
DP	Si RUM de Naissance : code Z38 - Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance Si RUM de néonatalogie : code en P
DAS	<ul style="list-style-type: none"> • Chez un nouveau-né asymptomatique : U07.13 : Autres examens et mises en observations en lien avec l'épidémie COVID-19 À noter que ce codage s'applique également aux nouveau-nés morts nés et aux nouveau-nés décédés en salle de naissance • Chez un nouveau-né symptomatique U07.10 COVID-19, forme respiratoire, virus identifié U07.11 COVID-19, forme respiratoire, virus non identifié U07.12 COVID-19, porteur de SARS-CoV-2 asymptomatique, virus identifié U07.14 COVID-19, autres formes cliniques, virus identifié U07.15 COVID-19, autres formes cliniques, virus non identifié <p><i>Dans les deux cas si des mesures spécifiques d'isolement et de protection ont été prises et sont <u>clairement mentionnées dans le dossier médical</u> :</i> Z29.0 Isolement prophylactique</p>
Actes	Actes CCAM réalisés
Autres éléments indispensables	Voir fiche codage → SEJOUR <u>NOUVEAU-NE</u>

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES AG ≥ 22 SA POUR LE CALCUL DE LA MORTINATALITE ET LA MORTALITE NEONATALE : codage PMSI, documents et actes pour l'état civil

En résumé :

Un séjour de nouveau-né né vivant doit comporter dans le dossier médical un certificat médical d'accouchement de nouveau-né né vivant, un RUM pour la mère et l'enfant avec la notion de naissance vivante (Z37.0/ Z38), et un acte de naissance établi à l'état civil.

Un séjour de nouveau-né né mort-né ou non viable doit comporter dans le dossier médical un certificat médical d'accouchement de nouveau-né sans vie, un RUM pour la mère et l'enfant avec la notion de naissance mort-née (Z37.1-/ P95), et pas d'acte de naissance établi à l'état civil

A LIRE

Ces tableaux sont destinés à présenter la concordance que l'on doit retrouver entre les codes CIM 10 présents dans les résumés de sortie (RUM) des mères, des nouveau-nés, et les documents réalisés à la maternité (Mat) et à l'Etat civil (EC) lors d'une naissance en établissement de santé. il ne s'agit pas d'une fiche exhaustive de codage des séjours d'accouchement et de naissance .

La déclaration des naissances à l'état civil est réalisable à partir d'un âge gestationnel (AG) ≥ 22 SA ou d'un poids de naissance (PN) ≥ 500g (critères définissant la **viabilité** en France). Pour la CNAM seule la notion d'un AG ≥ 22 SA permet la facturation d'un accouchement, donc le codage PMSI d'un diagnostic (Z37) et d'un acte CCAM d'accouchement sur le séjour de la mère. Une issue de grossesse d'AG < 22 SA avec un enfant de PN ≥ 500 g doit être actuellement codée comme une fausse couche ou une IMG sur le séjour de la mère sans diagnostic et acte d'accouchement. Le séjour de l'enfant doit être réalisé. Ce cas particulier fera l'objet d'une fiche de codage spécifique.

Catégories CIM10 :

Les codes Z38.- correspondent aux enfants nés vivants et viables, les codes P95.- aux enfants mort-nés. Ces deux catégories de codes sont exclusives l'une de l'autre. Ces codes sont placés en diagnostic principal (DP) sur le RUM de naissance. Les codes Z37.- sont toujours placés en diagnostic associé (DAS) sur le RUM de la mère et classent le séjour dans un GHM d'accouchement. Sur un même séjour accouchement ou naissance on ne doit retrouver qu'un seul de ces codes.

Documents de la maternité et actes d'état civil (1 document et 1 acte par enfant)

Pour chaque accouchement on doit retrouver dans le dossier médical :

- un certificat médical d'accouchement d'enfant vivant et viable (AG ≥ 22 SA ou PN ≥ 500g présentant des signes de vie) permettant d'établir à l'état civil un acte de naissance.
- ou un certificat médical d'accouchement d'enfant sans vie donnant la possibilité aux parents d'obtenir à l'état civil un acte d'enfant sans vie

Dans le cas d'un enfant né vivant puis décédé on doit établir un certificat de décès soit de façon électronique soit sous format papier. Au 1er janvier 2025 parution du nouveau modèle de certificat de décès infantile (Décès de 0 à 364 jours) .

Validation Groupe codage FFRSP - Réunion du 28/01/2025

	Accouchement >=22 SA	Codage PMSI		Documents Maternité (M) / Actes Etat Civil (EC)		Indicateurs
		RUM Mère	RUM Nouveau-né	Naissance	Décès	
Accouchement unique	enfant vivant	Z37.0	Z38.0 ou 1	Mat: Certificat médical accouchement EC : Acte de naissance	Mat: certificat médical décès EC : Acte de Décès	Mortalité néonatale
	enfant né vivant puis décédé		Mode de sortie 9			
	enfant mort-né suite IMG	Z37.11	P95+0 ET mode sortie 9 ET durée de séjour = 0	Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie	Mortinatalité suite à IMG	
	enfant mort-né hors IMG	Z37.10	P95+1 ou +2 ou +8 ET mode sortie 9 ET durée de séjour = 0	Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie	Mortinatalité spontanée	

Codes PMSI utilisés

Z37.0 : Naissance unique, enfant vivant

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

Z38.0 : Enfant unique, né à l'hôpital

Z38.1 : Enfant unique, né hors d'un l'hôpital

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

Mode de sortie 9 : Décès

	Accouchement >=22 SA	Codage PMSI			Documents Maternité (M)/Actes Etat Civil (EC)		Indicateurs
	Tous vivants	RUM Mère	RUM J1	RUM J2	Naissance	Décès	
Accouchement gémellaire	vivants	Z37.2	Z38.3 ou 4	Z38.3 ou 4	Mat: Certificat médical accouchement EC : Acte de naissance		
	- décès secondaire d'un ou des 2 des jumeaux		Mode de sortie 9 sur le ou les RUM du ou des jumeaux décédés			Mat: certificat médical décès EC : Acte de Décès	Mortalité néonatale
	dont 1 jumeau mort- né	RUM Mère	RUM Jumeau vivant	RUM Jumeau mort né	Naissance	Décès	
	jumeau vivant suite à IMG sélective	Z37.30	Z38.3 ou 4		Mat: Certificat médical accouchement EC : Acte de naissance		
	jumeau mort-né suite IMG			P95+0 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0	Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie		Mortinatalité suite à IMG
	jumeau vivant hors IMG	Z37.31	Z38.3 ou 4		Mat: Certificat médical accouchement EC : Acte de naissance		
	jumeau mort-né hors IMG			P95+1 ou +2 ou +8 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0	Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie		Mortinatalité spontanée
	Tous morts nés	RUM Mère	RUM Jumeau mort né	RUM Jumeau mort né	Naissance	Décès	
	jumeaux mort-nés suite IMG	Z37.40	P95+0 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0	P95+0 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0	Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie		Mortinatalité suite à IMG
	jumeaux mort-nés hors IMG	Z37.41	P95+1 ou +2 ou +8 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0	P95+1 ou +2 ou +8 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0	Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie		Mortinatalité spontanée

Codes PMSI utilisés

Z37.2 : Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

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 morts-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.41: Naissance gémellaire, jumeaux morts-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

Z38.3 : Jumeaux, nés à l'hôpital

Z38.4 : Jumeaux, nés hors d'un hôpital

P01.5 : Foetus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple

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

Mode de sortie 9 : Décès

	Accouchement >=22 SA	Codage PMSI		Documents Maternité (M)/Actes Etat Civil (EC)		Indicateurs	
	Tous vivants	RUM Mère	RUM pour chaque enfant		Naissance		Décès
Accouchement Multiple	vivants	Z37.5	Z38.6 ou 7		Mat: Certificat médical accouchement EC : Acte de naissance		
	- décès secondaire d'un ou plusieurs enfants		Mode de sortie 9 sur le ou les RUM des enfants décédés			Mat: certificat médical décès EC : Acte de Décès	Mortalité néonatale
	Certains vivants et certains mort-nés	RUM Mère	RUM pour chaque enfant vivant	RUM pour chaque enfant mort-né	Naissance	Décès	
	vivant dans le cadre d'une IMG selective	Z37.60	Z38.6 ou 7		Mat: Certificat médical accouchement EC : Acte de naissance		
	mort-né-suite à IMG			P95+0 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0	Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie		Mortinatalité suite à IMG
	vivant hors IMG	Z37.61	Z38.6 ou 7		Mat: Certificat médical accouchement EC : Acte de naissance		
	morts nés hors IMG			P95+1 ou +2 ou +8 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0	Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie		Mortinatalité spontanée
	Tous mort-nés	RUM Mère	RUM pour chaque enfant mort-né		Naissance	Décès	
	morts nés suite à IMG	Z37.70	P95+0 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0		Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie		Mortinatalité suite à IMG
	morts nés hors IMG	Z37.71	P95+1 ou +2 ou +8 ET P01.5 ET mode sortie 9 ET durée de séjour= 0		Mat: Certificat médical accouchement enfant sans vie EC: Possibilité d'acte enfant sans vie		Mortinatalité spontanée

Codes PMSI utilisés

Z37.5 : Autres naissances multiples, tous nés vivants

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 morts-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical

Z37.71 : Autres naissances multiples, tous morts-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical

Z38.6 : Autres naissances multiples, enfants nés à l'hôpital

Z38.7 : Autres naissances multiples, enfants nés hors d'un hôpital

P01.5 : Foetus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple

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

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

P95.+2 : Mort foetale perpartum en dehors d'une interruption médicale de grossesse

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

Mode de sortie 9 : Décès

❖ Naissances vivantes et Naissances mort-nées

La catégorie Z38 correspond aux **Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance**

L'intitulé des codes CIM 10 de la catégorie ne reprend pas la notion d'enfant nés vivants mais leur caractéristique d'enfant unique ou de naissance multiple.

- Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital
- Z38.1 Enfant unique, né hors d'un hôpital
- Z38.2 Enfant unique, lieu de naissance non précisé
- Z38.3 Jumeaux, nés à l'hôpital
- Z38.4 Jumeaux, nés hors d'un hôpital
- Z38.5 Jumeaux, lieu de naissance non précisé
- Z38.6 Autres naissances multiples, enfants nés à l'hôpital
- Z38.7 Autres naissances multiples, enfants nés hors d'un hôpital
- Z38.8 Autre naissances multiples, lieu de naissance non précisé

La catégorie P95 Mort foetale (de cause non précisée) correspond aux **enfants morts-nés. Des extensions créées en 2019 sont venues préciser le mode et la datation du décès**

- P95.+0 Mort foetale in utero ou per-partum suite à une interruption médicale de grossesse
- P95.+1 Mort foetale in utero en dehors d'une interruption médicale de grossesse
- P95.+2 Mort foetale per-partum en dehors d'une interruption médicale de grossesse. Fœtus vivant au début du travail mais dont le décès est constaté au cours du travail ou à l'accouchement.
- P95.+8 Mort foetale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse

Important : Les codes Z38.- et P95.- sont antinomiques et ne peuvent être enregistrés dans le même RUM. Pour indiquer la notion de gémellité sur le RUM des enfants morts nés, ajouter le code **P01.5** : Fœtus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple

❖ Faible poids de naissance et âge gestationnel

Il existe parfois une confusion dans l'emploi respectif des codes

- P05.0 Faible poids pour l'âge gestationnel
- P07.0 Poids extrêmement faible à la naissance
- P07.1 Autres poids faibles à la naissance.

CODE P05.-

Le libellé des codes P05.0 ou 1 induit de manière explicite que l'âge gestationnel est connu, alors que la catégorie P07.- n'y fait pas référence.

P05.0 est donc employé pour les enfants dont on connaît l'âge gestationnel et dont le poids est insuffisant pour cet âge. Ainsi un enfant de 1 500 g présente un poids trop faible s'il est à terme, alors que ce même poids peut être correct si l'enfant est prématuré. On emploie alors P05.0 dans le 1er cas et P07.1 dans le 2ème.

- P05.0 = retard de croissance par rapport à un âge gestationnel connu = poids inférieur au 10^{ème} percentile, mais taille supérieure au 10^{ème} percentile pour l'âge gestationnel.
- P05.1 = retard de croissance par rapport à un âge gestationnel connu = poids et taille inférieurs au 10^{ème} percentile pour l'âge gestationnel.

CODE P07.-

P07.0 et P07.1 codent le faible poids de naissance des enfants dont l'âge gestationnel n'est pas connu (situation assez rare en France mais qui peut exister) **ainsi que celui des prématurés dont le poids est adapté à l'âge gestationnel.**

P07.0 = Poids extrêmement faible à la naissance = <1000g

P07.1 = Autres poids faibles à la naissance >= 1000 et <2500

Exemple : P07.0 doit être codé sur le RUM de naissance d'un nouveau-né prématuré dont le poids de naissance est de 800g (code CIM 10 et poids du 1^{er} RUM doivent correspondre) mais également au cours de son évolution par exemple lors d'une prise en charge secondaire même si son poids d'entrée dans l'unité médicale est supérieur à 1000g.

Il en est de même pour le code P07.1

Les codes P07.2 Immaturité extrême (AG < 28 SA) et P07.3 Autres enfants nés avant terme (AG >=28SA et <37SA) obéissent à la même règle.

- ATIH – Consignes de codage – Fascicule 06 Néonatalogie 2009 - MAJ 2011 – p.2 - Créé le 15 février 2009

❖ Dystocie de l'épaule et Dystocie des épaules

On observe des erreurs fréquentes de codage entre les codes CIM10 : **O64.4 Dystocie de l'épaule et O66.0 Dystocies des épaules**

La dystocie de l'épaule O64.4 appartient à la catégorie des présentations anormales. C'est une **présentation oblique rare** où l'épaule est engagée avec parfois procidence du bras conduisant le plus souvent à une extraction par césarienne.

La dystocie des épaules O66.0 est une présentation céphalique où l'épaule ou les épaules sont bloquées dans la filière génitale, qui nécessite ou pas une césarienne.

On observe dans certains établissements une fréquence anormalement élevée du code **O64.4** associé à un accouchement par voie basse qui évoque une confusion avec le code **O66.0**.

❖ Présentation du siège et mode d'accouchement, séjour du nouveau-né.

Le codage du séjour d'un nouveau-né né en présentation du siège est différent selon le mode d'accouchement :

- Par voie basse utiliser le code : **P03.0** Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement et une extraction par le siège

-
- Par césarienne utiliser :
 - Le code **P01.7** Fœtus et nouveau-né affectés par une présentation anormale avant le travail (*comprend Position instable avant le travail, Présentation (de) face avant le travail, siège avant le travail, transverse avant le travail, Version externe avant le travail*)
 - Associé au code **P03.4** Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne.