

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction promotion de la santé
et prévention des maladies chroniques

Bureau « santé des populations »

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau « plateaux techniques
et prises en charge hospitalière aiguë »

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

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

Bureau « état de santé de la population »

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

NOR : ETSP1129331J

Validée par le CNP le 21 octobre 2011. – Visa CNP 2011-265.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : modalités d'enregistrement et de codage des enfants mort-nés dans le PMSI permettant la production d'un indicateur de mortalité ; contexte, enjeux et notice technique destinée à l'information des personnels des services de maternité, des services des urgences, des services des admissions, des départements d'information médicale, des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, des laboratoires de fœtopathologie et d'anatomo-cytopathologie et des chambres mortuaires, ainsi que des réseaux de santé en périnatalité.

Mots clés : mort-nés – mortalité périnatale – enregistrement PMSI.

Références :

Règlement (UE) n° 328/2011 de la Commission du 5 avril 2011 portant application du règlement (CE) n° 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, en ce qui concerne les statistiques sur les causes de décès (1) (paru au *JOUE* du 6 avril 2011) ;

(1) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:090:0022:0024:FR:PDF>

Décision de la Commission du 5 avril 2011 accordant à certains États membres, conformément au règlement (CE) n° 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, des dérogations en ce qui concerne la transmission de statistiques sur les causes de décès (1) (parue au *JOUE* du 7 avril 2011) ;

Article 79-1 du code civil (second alinéa) ;

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif 45 du rapport annexé ;

Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil ;

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

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

Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. *Bulletin officiel* n° 2011/6 bis. Fascicule spécial.

Annexes :

Annexe I. – Définitions et éléments de contexte.

Annexe II. – Note technique relative à l'enregistrement de la mortalité par le PMSI.

Annexe III. – Composition du groupe de travail et de rédaction de la note technique.

La secrétaire d'État à la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

La France n'est plus en mesure de produire son indicateur de mortalité (cf. annexe I). Or, la production de cet indicateur est obligatoire pour les États membres de l'Union européenne depuis le 1^{er} janvier 2011. La France a demandé une dérogation pour 2011 et 2012 et s'est engagée à le produire de nouveau, dans le cadre des remontées statistiques sur les causes médicales de décès, pour les données disponibles à partir de 2013.

Au niveau national, le Haut Conseil de la santé publique a conclu, dans son évaluation de la loi de santé publique (2), que « l'absence de données statistiques annuelles fiables concernant le nombre de mort-nés de 22 SA et plus constitue une lacune qui doit être résolue rapidement ».

Des travaux d'analyse de la qualité du codage ont été menés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur les données recueillies en 2009 et 2010. Ils ont conduit à établir un bilan réservé de la montée en charge de ce dispositif car ils montrent un taux de couverture de l'ordre de 60 % par rapport au nombre de mort-nés attendu.

Il y a donc urgence et nécessité à mobiliser les professionnels impliqués dans ce recueil pour produire au plus vite un indicateur fiable.

La note technique annexée à la présente instruction (cf. annexe II), élaborée dans le cadre d'un groupe de travail associant institutions et professionnels de terrain (cf. annexe III), précise les différents services pouvant être concernés par le recueil d'informations permettant de repérer de manière exhaustive les enfants mort-nés et le calcul de la mortalité. Elle propose différents exemples de situations cliniques auxquelles les professionnels chargés d'effectuer le codage peuvent être confrontés. Elle clarifie enfin les modalités d'enregistrement et de codage des informations, ainsi que celles concernant la vérification et le contrôle de l'exhaustivité et de la qualité du recueil d'information.

Rôle des ARS

Afin d'être en capacité de produire dès cette année un indicateur de mortalité consolidé et fiable reposant sur un recueil exhaustif et de qualité des données et permettre à la France d'honorer, pour les données 2013, l'engagement pris auprès des autorités européennes, il convient dès à présent de :

- rappeler chaque établissement de santé à ses obligations en matière de production de données exhaustives et de qualité ;
- diffuser la note technique jointe aux établissements de santé, afin que les professionnels des différents services concernés se mobilisent sur cette question ;

(1) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:093:0026:0027:FR:PDF>

(2) <http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20100317ObjectifsSP.pdf>

- procéder à un contrôle accru des remontées du PMSI concernant la mortalité, avant transmission à l'ATIH. À partir de mars 2012, les données concernant les mort-nés seront rendues apparentes dans le tableau de synthèse retraçant l'activité mensuelle de l'établissement, permettant ainsi un contrôle du remplissage par l'agent valideur de l'ARS. L'ATIH, pour sa part, exercera les contrôles d'exhaustivité et de qualité nécessaires sur cet item et demandera, le cas échéant, la révision des données fournies par l'établissement ;
- s'assurer dès cette année que chaque établissement fera remonter les données concernant l'ensemble de l'année 2011 (du 1^{er} janvier au 31 décembre) en suivant les consignes de codage décrites dans les consignes du guide méthodologique de l'ATIH de mars 2011 (*cf. supra*).

Au niveau national

L'ATIH et la DREES procéderont, à intervalles réguliers, à des contrôles d'exhaustivité et de qualité du codage à partir des bases nationales du PMSI (qui pourront donner lieu à des actions rectificatives), afin de s'assurer que la DREES soit en mesure de produire au plus tôt un indicateur national de mortalité fiable.

Une information et une mobilisation des professionnels (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres...) seront réalisées au niveau national, notamment dans le cadre des travaux de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant et en direction des sociétés savantes.

Des modifications complémentaires sont à l'étude afin d'améliorer encore le recueil d'information concernant la mortalité. Elles devraient notamment concerner :

- la valorisation du résumé d'unité médicale (RUM) « mort-né » ;
- le verrouillage du codage afin de limiter les erreurs et s'assurer du bon remplissage des items concernant l'âge gestationnel et le poids de naissance ;
- la création d'un RUM en salle de naissance pour les nouveau-nés directement transférés.

Le guide méthodologique de l'ATIH sera modifié en conséquence et publié au *Journal officiel* selon la procédure habituelle.

Nous vous remercions de nous faire connaître les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette instruction. Les difficultés de codage qui ne trouveraient pas de réponse dans la note technique jointe pourront être signalées, pour appui technique, sur le forum Agora de l'ATIH (1).

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur général de la santé,
J.-Y. GRALL

La directrice générale de l'offre de soins,
A. PODEUR

Pour la directrice de la recherche,
des études, de l'évaluation et des statistiques :
Le chef de service,
B. SEYS

(1) <http://sap.atih.sante.fr/agora/>

ANNEXE I

DÉFINITIONS ET ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Disposer régulièrement au niveau national de données fiables et actualisées est un impératif en santé publique. La connaissance des principaux indicateurs de santé est en effet indispensable pour suivre l'évolution de la santé, orienter les politiques de prévention et évaluer les pratiques médicales.

I. – DÉFINITIONS

Le taux de mortinatalité correspond au nombre de mort-nés observés une année donnée rapporté à l'ensemble des naissances la même année. C'est un des dix indicateurs essentiels de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale sélectionnés dans le programme européen Euro-Péristat (1).

Cet indicateur est analysé soit seul, sous forme de taux de mortinatalité, soit en association avec la mortalité des sept premiers jours de vie du nouveau-né, pour constituer alors le taux de mortalité périnatale. Celui-ci doit être calculé chaque année pour évaluer la politique française de santé publique (2).

En 2007, le taux de mortinatalité s'élevait en France à 9,3 pour 1000 naissances, ce qui en faisait l'un des plus élevés des pays de l'Union européenne. Une surveillance particulière de cet indicateur est nécessaire pour suivre son évolution et comprendre les raisons de ce niveau.

II. – CONTEXTE

Jusqu'en 2008, le recensement du nombre d'enfants nés sans vie était adossé à l'état civil et la production du taux de mortinatalité relevait de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Le code civil (art. 79-1 alinéa 2) ne définissant pas la notion de viabilité, la circulaire interministérielle (3) du 30 novembre 2001 précisait qu'un acte d'enfant sans vie était établi lorsque l'enfant était mort-né à partir d'un terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée (SA) ou s'il pesait au moins 500 grammes (seuils d'enregistrement recommandés par l'OMS (4)).

Or, l'article 79-1 du code civil ne précisant pas que l'établissement d'un acte d'enfant sans vie est réservé aux seuls fœtus mort-nés ou nés vivants mais non viables après vingt-deux semaines d'aménorrhée ou ayant un poids minimum de 500 grammes, la Cour de cassation a considéré, dans trois arrêts rendus le 6 février 2008, qu'une simple circulaire ne pouvait limiter les droits des parents et ajouter des conditions que le code civil ne prévoyait pas.

Tirant les conséquences de ces arrêts, le pouvoir réglementaire a publié le décret n° 2008-800 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil et l'arrêté relatif au modèle de certificat d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

L'acte d'enfant sans vie ne peut désormais être établi que sur la production d'un certificat d'accouchement. Le modèle de certificat est annexé à l'arrêté du 20 août 2008, qui précise en outre que les interruptions spontanées précoces de grossesse (fausses couches précoces) et les interruptions volontaires de grossesse (IVG) ne donnent pas lieu à délivrance d'un certificat d'accouchement (5).

Les modalités d'application de ces textes ont été précisées par la circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. Elle prévoit que le recueil des informations médicales nécessaires à la production de l'indicateur de mortinatalité repose désormais sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et charge la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de sa production.

Les modalités de recueil des données nécessaires à la production de cet indicateur sont fixées depuis 2009 et actualisées chaque année. Dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odonto-

(1) <http://www.europeristat.com/>

(2) Objectif 45 du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004.

(3) Circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL/2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance.

(4) L'OMS recommande dans la CIM 9 (1977) d'enregistrer les mort-nés à partir de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou s'ils pèsent au moins 500 grammes).

(5) Alors que les interruptions médicales de grossesse (IMG) sont incluses.

logie de l'année 2011 de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), il est indiqué :

« 12. Enfants nés sans vie

Les enfants nés sans vie (« mort-nés ») donnent lieu à la production d'un résumé d'unité médicale (RUM). Sont concernés :

- les enfants nés sans vie à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou pesant au moins cinq cents grammes ;
- les produits d'interruption de grossesse pour motif médical (IMG) à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou pesant au moins cinq cents grammes.

L'enregistrement du diagnostic principal doit employer le code P95 de la CIM-10, à l'exclusion de tout autre. Le RUM-RSS contient l'âge gestationnel (se reporter au chapitre I^{er}), la cause de la mort, et, en cas d'IMG, P96.4 Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né enregistrés comme diagnostic associé conventionnel (se reporter au point 3 du chapitre IV). »

L'ensemble des modifications intervenues a perturbé le recueil de cet indicateur et la France n'est actuellement pas en mesure de produire un indicateur fiable de mortalité.

ANNEXE II

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

1. Contexte et objectifs

En France, la quasi-totalité des accouchements sont réalisés en milieu hospitalier, ce qui permet d'utiliser le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), même si ce n'est pas sa finalité, comme outil d'enregistrement des naissances des enfants vivants et nés sans vie.

Le dénombrement des enfants nés sans vie (ou mort-nés) est indispensable pour le calcul de deux indicateurs largement utilisés en périnatalité pour le suivi des pratiques médicales de chaque service, pour l'évaluation des politiques de santé et pour les comparaisons internationales : le taux de mortalité et le taux de mortalité périnatale. Pour les États membres de l'Union européenne, la production de ces indicateurs est obligatoire et devra être effective pour la France en 2013.

Depuis 2011, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a publié de nouvelles consignes, conformes aux recommandations de l'OMS, pour le recueil et le codage des informations concernant les enfants nés sans vie dans le PMSI :

« 12. Enfants nés sans vie

Les enfants nés sans vie (« mort-nés ») donnent lieu à la production d'un résumé d'unité médicale (RUM). Sont concernés :

- les enfants nés sans vie à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou pesant au moins cinq cents grammes ;
- les produits d'interruption de grossesse pour motif médical (IMG) à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou pesant au moins cinq cents grammes.

L'enregistrement du diagnostic principal doit employer le code P95 de la CIM-10, à l'exclusion de tout autre. Le RUM-RSS contient l'âge gestationnel (se reporter au chapitre I^{er}), la cause de la mort, et, en cas d'IMG, P96.4 Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né enregistrés comme diagnostic associé conventionnel (se reporter au point 3 du chapitre IV) (1). »

Le présent document a pour objectif d'apporter une aide aux établissements pour le recueil d'une information exhaustive et fiable sur les enfants mort-nés et leurs caractéristiques et de permettre le calcul de la mortinatalité.

2. Consignes de recueil

Les définitions de référence sont celles de l'OMS, reprises dans le Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie publié au *Bulletin officiel*.

2.1. Terme et date des dernières règles

Le terme est exprimé en semaines d'aménorrhée (SA) révolues, en tenant compte de l'ensemble des corrections, notamment échographiques, qui ont pu être apportées. Dans un dossier médical et pour la prise en charge des mères et des nouveau-nés, le terme est toujours exprimé en [SA + jours].

Pour les SA révolues, on retient la durée en SA sans faire d'arrondi en fonction du nombre de jours. Par exemple : 36 SA révolues comprend tous les termes entre 36 SA + 0 jour et 36 SA + 6 jours.

Date des dernières règles (DDR) : il est aujourd'hui plus fréquent dans les dossiers obstétricaux de disposer de la date de début de grossesse ou date de conception corrigée, en particulier s'il y a eu une échographie au premier trimestre. Dans ce cas, on calcule la DDR à partir de cette date en retirant treize jours révolus. En effet, d'après les définitions de l'OMS, le premier jour des dernières règles doit être compté comme J0. Par exemple, si la date de conception corrigée est le 14 juillet, la DDR est le 1^{er} juillet (14 – 13 = 1).

Actuellement, dans le résumé d'unité médicale (RUM) du PMSI, pour tous les séjours des femmes enceintes, dès le début de la grossesse, sont enregistrés :

- la DDR en tenant compte des corrections échographiques éventuelles ; c'est la Commission nationale de la naissance, qui en référence à la définition de l'OMS, a fait le choix de la DDR ;
- le terme en SA révolues à l'accouchement.

(1) « Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de l'année 2011 ». – *Bulletin officiel* 2011/6 bis. Fascicule spécial.

2.2. Accouchement

Pour le codage d'un séjour d'accouchement, les codes de diagnostics et actes d'accouchement sont utilisés à partir de 22 SA. L'accouchement est composé de trois périodes (dilatation, expulsion et délivrance naturelle). Les actes d'accouchement inscrits dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) comprennent ces trois périodes (*cf.* notion d'acte global).

Issue de grossesse avant 22 SA : il ne s'agit pas d'un accouchement, il faut utiliser les codes d'avortement, quel que soit le poids du fœtus. Attention : dans ces situations, le fait de rédiger à la demande des parents un certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie (1) ne modifie pas la règle.

Interruptions de la grossesse pour motif médical (IMG) : elles sont effectuées à n'importe quel terme de la grossesse et sont définies par l'article L. 2213-1 du code de la santé publique. À partir de 22 SA, on utilise les codes de diagnostics et actes d'accouchement, en plus des codes spécifiques des IMG (voir ci-dessous). En cas de mort fœtale *in utero* (MFIU) spontanée, le fait de déclencher l'accouchement ne constitue pas une IMG.

Accouchement survenu en dehors d'un établissement de santé : ce phénomène est rare en France. En cas d'hospitalisation dans les suites immédiates d'un accouchement à domicile ou en chemin pour la maternité, le séjour de la mère est un séjour de *post-partum*.

Il ne doit pas être mentionné d'acte d'accouchement dans le résumé d'unité médicale (RUM) de la mère, même si la délivrance a été réalisée dans l'établissement. Un acte de révision utérine, lorsqu'il a été réalisé, peut être codé en l'absence d'acte d'accouchement. Le RUM de la mère enregistre un séjour de *post-partum* et un accouchement en dehors d'un établissement de santé (voir ci-dessous les exemples de codage). Un RUM est produit pour l'enfant, qu'il soit né vivant ou mort-né, qu'il arrive en vie ou décédé.

2.3. Naissance

La production d'un RUM est obligatoire pour toutes les naissances, d'enfants nés vivants ou sans vie à partir de 22 SA OU d'un poids de naissance d'au moins 500 g. La limite de 500 g a été conservée pour permettre les comparaisons internationales, à la fois à partir du terme et du poids de naissance. Les naissances de moins de 22 SA et de 500 g ou plus sont très rares. On insiste sur deux points :

- pour les enfants nés sans vie, la production du RUM est indépendante du choix des parents de déclarer ou non la naissance à l'état civil ;
- aucun RUM ne doit être produit en cas de naissance avant 22 SA, si le fœtus pèse moins de 500 g.

L'enfant né sans vie ne présente aucun signe de vie après extraction du corps de la mère (ni battement cardiaque, ni *gasps*, ni de mouvements respiratoires, etc.). Dans certaines circonstances particulières (voir ci-dessous les exemples de codage), seule l'autopsie peut permettre de déterminer si l'enfant a présenté ou non des mouvements respiratoires et de guider les modalités de déclaration et de codage du RUM. On insiste sur deux points :

- en cohérence avec la circulaire interministérielle du 19 juin 2009 (2), la production d'un RUM pour un enfant sans vie n'est possible que s'il existe un corps reconnaissable ; cela exclut les cas de masse tissulaire, ou de jumeau « évanescent » connu par la réalisation d'une échographie anténatale précoce au premier trimestre, et non retrouvé par la suite ;
- si une mort fœtale *in utero* est diagnostiquée avant 22 SA, mais que l'expulsion se produit à 22 SA ou au-delà et que le corps est reconnaissable, le RUM de l'enfant est produit.

Les limites de 22 SA et 500 g ne sont pas des seuils de « viabilité » ou de réanimation, mais les limites recommandées par l'OMS pour l'enregistrement des naissances.

2.4. Mortinatalité et calcul des taux

La mortinatalité concerne tous les enfants nés sans vie pendant une période et dans une zone géographique données.

Le taux de mortinatalité est défini comme le nombre d'enfants mort-nés au terme de 22 SA et plus, ou d'un poids de 500 g, rapporté au nombre total des naissances (enfants nés vivants et mort-nés).

Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants mort-nés au terme de 22 SA et plus, ou d'un poids de 500 g et plus, ou décédés entre la naissance et sept jours de vie révolus, rapporté au nombre total des naissances.

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

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

3. Enfants mort-nés : circuit de recueil des informations dans les établissements de santé

3.1. Sources d'information

Salle de naissance des maternités : c'est la principale source d'information. L'enregistrement de la naissance se fait sous la responsabilité de celui ou celle qui réalise l'accouchement. Le registre des naissances est la référence pour les contrôles d'exhaustivité.

Service des admissions : en lien avec la salle de naissance, ce service joue un rôle important pour l'enregistrement et la vérification des données administratives qui permettent dans les systèmes d'information hospitaliers de déclencher la production des RUM pour le PMSI. Il est nécessaire d'assurer la cohérence entre les données administratives et les données médicales pour garantir un recueil de qualité.

Service d'anatomie et de cytologie pathologiques : l'existence d'une autopsie de l'enfant (toujours réalisée avec l'accord des parents pour les autopsies à visée scientifique) est une information importante, qui doit être codée (voir ci-dessous les exemples de codage). L'autopsie permettant d'établir ou de confirmer la cause du décès, le résultat de l'autopsie est indispensable pour le codage précis du RUM de l'enfant.

Département ou service d'information médicale (DIM ou SIM) : quelle que soit l'organisation de l'établissement pour le recueil d'informations du PMSI, le DIM a toujours une fonction d'information des services cliniques pour le recueil, l'exhaustivité et le contrôle de la qualité des données. Des contrôles de qualité et de cohérence sont effectués au moment du groupage des résumés de sortie standardisés (RSS) et au moment de l'envoi des données sur la plate-forme e-pmsi (voir le détail ci-dessous). Le DIM est chargé des corrections et de la validation définitive des données avant envoi.

Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) : toutes les demandes d'IMG sont examinées par un CPDPN ; les CPDPN peuvent être une source d'informations utile pour les établissements (confirmation d'un diagnostic anténatal, notion d'IMG ou non) ; ils doivent être tenus informés des issues de grossesse pour tous les dossiers qui leurs sont soumis ; ces dossiers concernent le plus souvent plusieurs établissements.

Chambres mortuaires : les chambres mortuaires des établissements de santé ont l'obligation de tenir un registre (1). Ce registre est une source d'information pour le contrôle de l'exhaustivité des données recueillies pour le PMSI.

Services informatiques et éditeurs de logiciels : les logiciels utilisés par les systèmes d'information hospitaliers (SIH) pour l'enregistrement des données administratives et du PMSI doivent permettre de répondre aux exigences du recueil des enfants mort-nés, en particulier faciliter les contrôles de cohérence des données (date et heure de naissance = date et heure d'entrée = date et heure de sortie, lien entre le séjour de la mère et celui de l'enfant, etc.).

Réseaux de santé en périnatalité : ils ont un rôle de formation des professionnels, de diffusion des informations et de suivi régional ou territorial des indicateurs en périnatalité. Dans ce cadre, de nombreux réseaux ont mis en place une harmonisation régionale du recueil et du codage des informations du PMSI pour les mères et les nouveau-nés.

La Fédération française de réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) coordonne ces travaux à l'échelon national.

3.2. Organisation du circuit de recueil

Le bon fonctionnement du circuit de recueil des informations nécessaires à l'enregistrement de la mortalité pour le PMSI dépend de plusieurs facteurs :

- le nombre attendu d'enfants nés sans vie ;
- l'organisation préexistante du recueil pour les données de la maternité ;
- l'organisation du codage, centralisé ou décentralisé ;
- le SIH de l'établissement et l'existence ou non d'un dossier patient informatisé.

Il est recommandé aux établissements de vérifier que le circuit de recueil des données prend en compte les spécificités de la mortalité, notamment s'il y a eu autopsie. Pour cela, il est utile de s'assurer :

- de la présence à la maternité ou en salle de naissance d'un « référent PMSI » pour le suivi du recueil et les contrôles d'exhaustivité avec le DIM ;
- de la présence au DIM d'un « référent maternité » chargé de vérifier l'ensemble des sources de données disponibles ;
- de tenir compte du délai entre la naissance de l'enfant et la réception en maternité du compte rendu d'autopsie ; il existe un risque d'oubli de renvoi du RUM au DIM, ou, au contraire, de transmission du RUM avant le retour du compte rendu de l'autopsie, avec pour conséquence un

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

manque de précision du codage de la cause du décès. Il peut être plus simple pour le DIM d'avoir accès directement au compte rendu d'autopsie et de proposer aux cliniciens les ajustements de codage à réaliser en fonction de celui-ci.

4. Enregistrement et codage des informations

4.1. Recueil des données administratives pour l'enfant

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

En tenant compte des organisations préexistantes pour l'identification et le recueil des données administratives des enfants nés sans vie, les règles de recueil sont les suivantes.

Nom : le nom de famille de la mère (anciennement nom de jeune fille ou nom de naissance). Ce nom n'a pas de valeur juridique pour l'enfant. Pour la mère, ce nom est pérenne dans le temps et ne dépend pas de la situation matrimoniale. Il sera donc toujours possible, en cas de demande ultérieure, d'avoir une identification fiable des résultats des examens réalisés chez l'enfant.

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

Sexe : en cas de terme très précoce, ou pour certaines morts fœtales *in utero* avec macération, il peut être difficile de préciser exactement le sexe à la naissance (dans ce cas, on attribue souvent à tort un sexe masculin). Si une autopsie est demandée, il faut en attendre les résultats. Si cet examen n'est pas réalisé, tenir compte du sexe mentionné par l'échographie anténatale. Si aucune de ces informations n'est disponible (ni histologie ni échographie), tenir compte de l'examen macroscopique à la naissance (réalisé par une personne expérimentée). Il est souvent possible en interne dans l'établissement de mentionner un sexe « indéterminé », mais, pour un groupage sans erreur des données, le sexe doit être codé « 1 » (masculin) ou « 2 » (féminin) dans le RUM.

Date de naissance : c'est la date de l'accouchement.

Date d'entrée dans l'établissement : c'est la date de naissance (et non la date d'entrée de la mère).

Mode d'entrée : mode d'entrée du domicile, code « 8 », comme pour toutes les naissances.

Date de sortie de l'établissement : identique à la date de naissance.

Mode de sortie : décès, code « 9 ».

Unité médicale : elle dépend du fichier de structure existant pour les unités fonctionnelles (UF) et leur regroupement en unités médicales (UM). Il est recommandé que le séjour de l'enfant mort-né soit inscrit dans la même UM que celle utilisée pour les enfants restés près de leur mère en maternité. Lorsque la naissance d'un enfant mort-né survient dans l'établissement en dehors de la maternité, c'est l'UM du lieu de la naissance qui est mentionnée.

Code postal du lieu de résidence : celui de la mère.

Étiquetage des prélèvements et examens de l'enfant : après accord des différents laboratoires et services susceptibles de recevoir ces examens, il peut être intéressant d'utiliser le double étiquetage « étiquette ou identification de la mère » + « étiquette ou identification de l'enfant » pour toutes les demandes et résultats d'examens de l'enfant.

En tenant compte de ces règles :

- l'âge en jours à l'entrée et la durée de séjour sont toujours de zéro jour ;
- il peut être nécessaire d'adapter certains logiciels pour permettre ce recueil. Il est déconseillé d'avoir à modifier manuellement les dates de naissance, d'entrée ou de sortie, en raison des risques d'erreurs qui peuvent entraîner des incohérences (ex. : enfant mort-né avec un séjour de un jour ou plus).

4.2. Codage de la mortinatalité dans le RUM de la mère

Les consignes de codage sont celles publiées dans le Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie :

- les codes Z37. – Résultat de l'accouchement de la CIM-10 en position de diagnostic associé significatif (DAS) sont les marqueurs de l'accouchement ; ils ne sont utilisables qu'à partir d'un terme de 22 SA, comme les codes d'actes d'accouchement de la CCAM ;
- depuis 2011, une extension par un 5^e caractère des codes Z37. – permet de distinguer la naissance d'un enfant mort-né du fait d'une IMG et hors IMG (1). La catégorie Z37. – de la CIM-10, telle qu'elle existe depuis 2011, est reproduite ci-dessous ;
- lorsque l'accouchement a eu lieu avant l'admission (y compris lorsque la délivrance a lieu dans l'établissement), un code Z39.00 Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé est enregistré.

(1) Les extensions des codes Z37. – relatives à la mortinatalité résultant d'une interruption de la grossesse pour motif médical ont remplacé les codes O28. – Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère utilisés jusqu'en 2010.

Z37 Résultat de l'accouchement

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.

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 mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical.

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

Z37.5 Autres naissances multiples, tous nés vivants.

Z37.60 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, d'autres mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical.

Z37.61 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, d'autres mort-nés à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical.

Z37.70 Autres naissances multiples, tous mort-nés, hors interruption de la grossesse pour motif médical.

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

Le codage du RUM de la mère dépend du terme (< 22 SA ou 22 SA) et des circonstances de l'interruption de la grossesse, pour motif médical (IMG) ou non (hors IMG).

Abréviations utilisées :

DP = diagnostic principal.

DAS = diagnostic associé significatif.

DAD = donnée à visée documentaire.

TERME	IMG	HORS IMG
< 22 SA	<i>Avortement</i>	<i>Avortement</i>
DP	004. - Avortement médical	003. - Avortement spontané
DAS	Cause fœtale : O35. - Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées	Pathologie fœtale
	Cause maternelle	Pathologie maternelle
Acte	Il ne doit pas être codé d'acte d'accouchement Acte d'autopsie du fœtus si réalisé (voir ci-dessous l'exemple 1)	
Obligatoire	DDR	DDR
≥ 22 SA	<i>Accouchement</i>	<i>Accouchement</i>
DP	Cause fœtale : O35. - Cause maternelle : chapitre XV	O36.4 Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus ou autre code du chapitre XV
DAS	Z37. - 1 enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical Si DP O98. - ou O99. - : précision par un code d'un chapitre autre que le XV	Z37. - 0 enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical
Acte	Accouchement	Accouchement
Obligatoire	DDR Terme (SA)	DDR Terme (SA)

4.3. Codage du RUM de l'enfant mort-né

Le RUM est produit à partir de 22 SA ou d'un poids de naissance de 500 g.

Par convention, le code du DP est toujours codé P95 Mort fœtale de cause non précisée, même si la cause du décès est connue. Ce code classe le séjour dans le groupe homogène de malades 15Z10E Enfants mort-nés.

En cas d'IMG, par convention, on enregistre le code P96.4 Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né en position de DAS.

Les autres DAS servent à coder des problèmes de santé associés et la cause du décès, si elle est connue. Le codage tient compte des résultats de l'autopsie, si elle a été réalisée. Il est recommandé de veiller au codage précis des malformations et anomalies congénitales.

L'acte d'autopsie est codé dans le RUM de l'enfant.

En cas de grossesse multiple, il faut enregistrer le code P01.5 fœtus et nouveau-né affecté par une grossesse multiple comme DAS si le décès ou la pathologie sont liés à la grossesse multiple, ou comme DAD dans les autres cas.

4.4. Lien mère-enfant

Le fichier VID-HOSP produit par les établissements visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) (1) doit mentionner de façon obligatoire depuis le 1^{er} mars 2011, pour tous les séjours des nouveau-nés, le numéro administratif du séjour de la mère (2). Pour les établissements visés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS (3), cette information, indispensable à la facturation, était déjà recueillie. Il est nécessaire que les SIH permettent l'accès à ce lien de façon simple pour les utilisateurs. Il permet de vérifier la cohérence du codage entre les séjours de la mère et de l'enfant. Il sera accessible pour l'analyse des données des bases régionales et nationales.

5. Exemples

5.1. Cas simples, les plus fréquents

Ces exemples détaillés ont pour but de faciliter et d'harmoniser le codage dans les établissements. Pour cette raison, toutes les situations, mêmes les plus rares (qui prennent souvent le plus de temps), ont été envisagées dans ce paragraphe et le suivant.

Exemple 1 : IMG avant 22 SA

IMG à 16 SA (prise de Roaccutane® en début de grossesse). Fœtus de 240 g, pas d'autopsie.

EXEMPLE 1	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>IMG < 22 SA</i>	<i>Terme < 22 SA et poids < 500 g</i>
DP	O04.9 Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication	Pas de RUM
DA	O35.5 Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) médicamenteuses	
Actes	JNJD001 Évacuation d'un utérus gravide, au 2 ^e trimestre de la grossesse avant la 22 ^e semaine d'aménorrhée	
Obligatoire	DDR	

Remarque : en l'absence de RUM pour le fœtus, si une autopsie est réalisée, elle est mentionnée à titre exceptionnel dans le RUM de la mère.

Exemple 2 : mort fœtale *in utero* (MFIU) avant 22 SA, fœtus 530 g

MFIU à 21 SA, anasarque, expulsion par voie basse. Fœtus de 530 g. Les examens complémentaires (biologie, autopsie) ne permettent pas le diagnostic étiologique précis.

EXEMPLE 2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Terme < 22 SA, hors IMG</i>	<i>Terme < 22 SA, poids ≥ 500 g, hors IMG</i>
DP	O03.9 Avortement spontané, complet ou sans précision, sans complication	P95 Mort fœtale de cause non précisée, par convention

(1) Établissements publics et privés auparavant financés par dotation globale de financement.

(2) Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

(3) Établissements privés auparavant financés par l'objectif quantifié national.

EXEMPLE 2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
DA	O36.2 Soins maternels pour anasarque fœtoplacentaire	P83.2 Anasarque fœtoplacentaire non due à une maladie hémolytique
Actes	JNJD001 Évacuation d'un utérus gravide, au 2 ^e trimestre de la grossesse avant la 22 ^e semaine d'aménorrhée	JQQP003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDR	Terme : 21 SA Poids : 530 g

Remarque :

Les actes JQQP003 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours, avec examen de l'encéphale, et JQQP005 Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours, sans examen de l'encéphale, comprennent les éventuels examens radiographiques associés.

Conformément aux consignes du « Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », on produit dans ce cas un RUM d'enfant mort-né (le poids étant de 530 g). Il n'est pas codé d'acte d'accouchement dans le RUM de la mère. Le lien entre les séjours de la mère et de l'enfant doit être assuré.

Exemple 3 : IMG pour cause fœtale après 22 SA

IMG pour agénésie du corps calleux à 28 SA chez une multipare. Arrêt de vie *in utero* et accouchement par voie basse en présentation du siège. Enfant de 1 000 g. Arrêt de la lactation en *post-partum*.

EXEMPLE 3	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Terme ≥ 22 SA, IMG</i>	<i>Terme ≥ 22 SA, IMG</i>
DP	O35.0 Soins maternels pour malformation (présumée) du système nerveux central du fœtus	P95 Mort fœtale de cause non précisée par convention
DAS	Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical O92.5 Arrêt de la lactation	P96.4 Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né, par convention Q04.0 Agénésie du corps calleux
DAD	O80.1 Accouchement spontané par présentation du siège	P03.0 Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement et une extraction par le siège
Actes	JQLF003 Injection d'agent pharmacologique chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical JQGD001 Accouchement unique par le siège par voie naturelle, chez une multipare	
Obligatoire	DDR Terme 28 SA	Terme : 28 SA Poids : 1 000 g

Codage du RUM de la mère pour les IMG à partir de 22 SA révolues :

Si la cause est une anomalie fœtale :

DP : un code de la catégorie O35.

DAS : un code étendu de la catégorie Z37 Résultat de l'accouchement (en général Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical).

Si la cause de l'interruption est maternelle :

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

DAS : un code de la catégorie Z37 (en général Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical) ; si DP O98. – ou O99. –, un code d'un chapitre autre que le XV précise le DP (1).

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

Dans l'exemple 3, on ne peut pas considérer que le fœtus est « affecté » par l'accouchement par le siège. Le code P03.0 est mentionné comme donnée à visée documentaire (DAD) pour permettre de repérer chez l'enfant le mode d'accouchement.

Si l'accouchement par le siège était à l'origine de la pathologie fœtale, ou l'avait aggravée, ou avait nécessité une prise en charge particulière, ou avait entraîné le décès, le code P03.0 aurait été enregistré comme DAS.

Exemple 4 : décès *per-partum* à terme

Césarienne en urgence pour procidence du cordon à terme. Enfant de 3 800 g, né sans vie. Autopsie : encéphalopathie anoxo-ischémique. Arrêt de la lactation en *post-partum*.

EXEMPLE 4.1	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Terme ≥ 22 SA, hors IMG</i>	<i>Terme ≥ 22 SA, hors IMG</i>
DP	O69.0 Travail et accouchement compliqué d'un prolapsus du cordon	P95 Mort fœtale de cause non précisée, par convention
DAS	Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical O92.5 Arrêt de la lactation	P91.6 Encéphalopathie anoxo-ischémique [hypoxique ischémique] du nouveau-né P02.5 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres formes de compression du cordon ombilical P20.1 Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois pendant le travail et l'accouchement
DAD		P03.4 Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne
Actes	JQGA003 Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie	JQQP003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDR Terme 40 SA	Terme : 40 SA Poids : 3 800 g

Remarque : les codes O81 à O84 ne peuvent pas être employés comme DP.

Exemple 4 bis

Même cas, mais à la naissance on constate une activité cardiaque faible (< 100/mn) et une réanimation néonatale est tentée, sans succès. Arrêt de la réanimation à 20 minutes de vie.

EXEMPLE 4.2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Terme ≥ 22 SA, enfant né vivant</i>	<i>Terme ≥ 22 SA, enfant né vivant puis décédé</i>
DP	O69.0 Travail et accouchement compliqué d'un prolapsus du cordon	P02.5 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres formes de compression du cordon ombilical
DAS	Z37.0 Naissance unique, enfant vivant O92.5 Arrêt de la lactation	P91.6 Encéphalopathie anoxo-ischémique [hypoxique ischémique] du nouveau-né P20.1 Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois pendant le travail et l'accouchement Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital
DAD		P03.4 Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne
Actes	JQGA003 Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie	JQQP003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale YYYY154 Réanimation du nouveau-né (*)
Obligatoire	DDR Terme 40 SA	Terme : 40 SA Poids : 3 800 g

(*) Libellé complet du code YYYY154 de la CCAM : Réanimation immédiate ou différée du nouveau-né en détresse vitale, comportant toute technique de ventilation, avec ou sans intubation, et les actes associés, avec établissement d'un compte rendu. En l'absence de code dans le chapitre 9 de la CCAM, ce code permet d'enregistrer la réanimation du nouveau-né. Il n'a aucun effet sur le classement en groupe homogène de malades (GHM) ni sur le tarif du séjour.

5.2. Cas rares

Exemple 5 : accouchement à domicile

Patiente amenée par le SMUR. Accouchement à domicile à 26 SA. Enfant décédé à l'arrivée du SMUR. Réalisation de la délivrance à l'hôpital, doute sur l'intégrité du placenta et révision utérine. Poids 800 g. L'autopsie montre que l'enfant n'a pas respiré, il n'y a pas de lésion traumatique.

EXEMPLE 5.1	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Terme ≥ 22 SA, enfant mort-né</i>	<i>Terme ≥ 22 SA, enfant mort-né</i>
DP	Z39.00 Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé	P95 Mort fœtale de cause non précisée, par convention
DAS	Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical	P07.2 Immaturité extrême
Actes	JNMD002 Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle	JQQP003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDR Terme : 26 SA	Terme : 26 SA Poids : 800 g

Remarque :

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

Le code JNMD002 : Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle est un geste complémentaire qui peut être utilisé comme acte isolé, sans entraîner d'erreur de groupage.

Les actes réalisés par le SMUR sont codés dans le RUM du patient, si et seulement si l'équipe du SMUR est rattachée à l'établissement qui assure la suite de la prise en charge.

Exemple 5 bis

Même cas, mais accouchement complet à domicile (y compris la délivrance) avant l'arrivée du SMUR.

EXEMPLE 5.2	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Accouchement à domicile</i>	<i>Terme ≥ 22 SA, enfant mort-né</i>
DP	Z39.00 Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé	P95 Mort fœtale de cause non précisée, par convention
DAS	Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né, hors interruption de la grossesse pour motif médical	P07.2 Immaturité extrême
Actes		JQQP003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDR Terme : 26 SA	Terme : 26 SA Poids : 800 g

Remarque : le code Z39.00 doit être employé pour les accouchements inopinés en dehors de l'hôpital, lorsque la mère est hospitalisée pour surveillance dans les suites immédiates. Dans ce cas, si le corps de l'enfant est pris en charge par l'hôpital et si des examens sont réalisés (autopsie, imagerie...), ceux-ci sont codés dans le RUM de l'enfant.

Exemple 5 ter

Même cas que dans l'exemple 5.1, mais l'autopsie montre que l'enfant a respiré.

EXEMPLE 5.3	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
	<i>Accouchement à domicile</i>	<i>Terme ≥ 22 SA, enfant né vivant puis décédé</i>
DP	Z39.00 Soins et examens immédiatement après un accouchement hors d'un établissement de santé	P07.2 Immaturité extrême

EXEMPLE 5.3	RUM DE LA MÈRE	RUM DE L'ENFANT
DAS	Z37.0 Naissance unique, enfant vivant	P22.0 Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né Z38.1 Enfant unique, né hors d'un hôpital
Actes	JNMD002 Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle	JQQP003 Autopsie d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de quatre jours de vie, avec examen de l'encéphale
Obligatoire	DDR Terme : 26 SA	Terme : 26 SA Poids : 800 g

Exemple 6 : grossesse multiple

Grossesse gémellaire bichoriale biamniotique. Diagnostic de trisomie 21 sur J2 à 19 SA. Décision de différer l'IMG sélective pour permettre la croissance de J1. Apparition à 26 SA d'une prééclampsie sévère avec HELLP syndrome. Mort *in utero* de J1 après poussée hypertensive et IMG sur J2. Nombreux infarctus placentaires.

EXEMPLE 6	RUM DE LA MÈRE	RUM DU JUMENT 1	RUM DU JUMENT 2
	<i>Grossesse multiple IMG et MFIU</i>	<i>MFIU</i>	<i>IMG</i>
DP	O14.2 HELLP syndrome	P95 Mort fœtale de cause non précisée, par convention	P95
DAS	Z37.41 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés, à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical O36.4 Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus	P00.0 Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles hypertensifs de la mère P02.2 Fœtus et nouveau-né affectés par des anomalies morphologiques et fonctionnelles du placenta, autres et sans précision P05.1 Petite taille pour l'âge gestationnel	Q90.0 Trisomie 21, non-disjonction méiotique P96.4 Interruption de la grossesse, fœtus et nouveau-né, par convention
DAD		P01.5 Fœtus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple	P01.5 Fœtus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple
Actes	JQLF003 Injection d'agent pharmacologique chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical JQGD007 Accouchement multiple par voie naturelle, chez une multipare		
Obligatoire	DDR Terme : 26 SA	Terme : 26 SA Poids : 600 g	Terme : 26 SA Poids : 700 g

Remarques :

Le codage des DAS chez les enfants permet de distinguer les différentes causes de décès.

Le retard de croissance de J1 n'est pas attribué à une complication de la grossesse multiple, pour cette raison, le code P01.5 n'est pas enregistré comme DAS mais comme DAD.

Chez la mère, on privilégie le code d'enfant mort-né après IMG. En effet, il n'existe pas d'extension des codes Z37. – permettant de coder ce cas de figure complexe. La distinction entre IMG et MFIU utilise le codage des RUM des enfants.

6. Vérifications et contrôles

Les vérifications sont faites à différents niveaux, mais le DIM est plus particulièrement chargé de la validation de l'ensemble des séjours avant l'envoi des données.

6.1. Salle de naissance et maternité

En fonction de l'organisation interne, les vérifications d'exhaustivité peuvent être effectuées à partir du registre des naissances. Il est conseillé de ne pas séparer les RUM de la mère et de l'enfant, afin que les vérifications de cohérence entre les deux soient rapides et faites « à la source ».

Par exemple :

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

6.2. DIM

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

- si acte d'accouchement, la présence d'un code Z37. –, du terme et de la DDR ;
- si code Z37. –, la présence d'un acte d'accouchement ET d'un terme ≥ 22 SA ;
- le nombre d'enfants mort-nés estimés par les codes Z37. – chez la mère et le nombre de RSS classés dans le GHM 15Z10E. Les différences peuvent exister en cas de RSS produits pour des fœtus de plus de 500 g nés avant 22 SA ; ce cas est rare et mérite d'être vérifié ;
- comparer le nombre d'IMG enregistrées dans les RSS des mères et des enfants ;
- les codes d'erreurs ; générés lors du groupage des séjours, ils permettent d'effectuer certaines corrections, en particulier pour le terme et la DDR pour la mère, le poids de naissance et le terme pour les enfants (voir le tableau ci-dessous) ;
- les informations retournées par le logiciel DATIM (détection des atypies de l'information médicale) dont les contrôles permettent aussi d'effectuer certaines corrections.

6.3. Les contrôles réalisés par la fonction groupage

Les contrôles effectués lors du groupage des RSS sont présentés dans le manuel des groupes homogènes de malades. Ceux concernant la mère, le nouveau-né, l'accouchement et la naissance sont reproduits ci-après (1) sous la forme : numéro du code d'erreur – condition de l'erreur.

126 – Âge gestationnel (AG) non renseigné :

- dans le RUM du nouveau-né alors que la date d'entrée est égale à la date de naissance ;
- dans le RUM de la mère alors que son séjour est classé dans l'une des racines 14Z02, 14C02 ou 14C03.

127 – AG supérieur à 44 SA, ou inférieur à 22 SA avec un âge en année égal à zéro et un mode de sortie différent d'un décès (code « 9 »).

129 – AG incohérent par rapport au poids :

- $AG \geq 37$ SA et poids à l'entrée dans l'UM $< 1\,000$ g ;
- ou $AG \leq 32$ SA et poids à l'entrée dans l'UM $> 4\,000$ g ;
- ou $\leq AG 28$ SA et poids à l'entrée dans l'UM $> 2\,500$ g.

162 – Date des dernières règles absente alors que :

- le séjour est classé dans l'une des racines 14Z02, 14C02 ou 14C03 (séjour d'accouchement) ;
- ou que l'un des diagnostics du RSS est un code de la catégorie Z35. – (séjour de l'*ante-partum*) ;
- ou que le DP de l'un des RUM du RSS est un code de la catégorie O04 alors que le code Z64.0 est absent du RSS (séjour d'IMG).

007 – Poids à l'entrée dans l'UM sur deux caractères.

De plus :

- les codes commençant par la lettre O (chapitre XV de la CIM-10) et la catégorie Z37 ne sont autorisés que si l'âge de la patiente est égal ou supérieur à dix ans ;
- les codes commençant par la lettre P (chapitre XVI de la CIM-10) et la catégorie Z38 ne sont autorisés que si l'âge de l'enfant est inférieur ou égal à deux ans ;
- la présence de codes O dans le RSS de l'enfant et de codes P dans celui de la mère n'est pas acceptée ;
- si un acte CCAM d'accouchement ou de césarienne est mentionné dans le RUM, sa date doit obligatoirement être enregistrée ;
- le code du sexe (2, féminin) est vérifié si le RSS contient un diagnostic ou un acte d'accouchement ;
- l'égalité des dates de naissance et d'entrée du nouveau-né est contrôlée.

(1) Les contrôles et codes présentés ici sont ceux relatifs à la version 11 des GHM. Ils sont appelés à évoluer, en particulier avec la révision des CMD 14 et 15.

Les codes d'erreur tels qu'ils figurent dans le « Manuel des GHM » sont reproduits ci-après :

007 POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ
125 ÂGE GESTATIONNEL NON NUMÉRIQUE
126 ÂGE GESTATIONNEL REQUIS ABSENT
127 ÂGE GESTATIONNEL INCOHÉRENT
128 POIDS D'ENTRÉE SUR UN OU DEUX CARACTÈRES NON AUTORISÉ
129 ÂGE GESTATIONNEL INCOHERENT PAR RAPPORT AU POIDS D'ENTRÉE
130 DP EN O NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
131 DR EN O NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
132 DA EN O NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
133 DP EN P NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
134 DR EN P NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
135 DA EN P NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
136 DP Z37 NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
137 DR Z37 NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
138 DA Z37 NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
139 DP Z38 NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
140 DR Z38 NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
141 DA Z38 NON AUTORISÉ PAR RAPPORT À L'ÂGE
142 DATE DE RÉALISATION DE L'ACTE D'ACCOUCHEMENT NON RENSEIGNÉE OU INCOHÉRENTE
160 DATE DES DERNIÈRES RÈGLES NON NUMÉRIQUE
161 DATE DES DERNIÈRES RÈGLES INCOHÉRENTE
162 DATE DES DERNIÈRES RÈGLES REQUISE ABSENTE
163 DATE DES DERNIÈRES RÈGLES INCONSTANTE
164 DATE DES DERNIÈRES RÈGLES INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
165 DATE DES DERNIÈRES RÈGLES POSTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE DU SÉJOUR
166 DATE DES DERNIÈRES RÈGLES TROP ANCIENNE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE DU SÉJOUR

6.4. Les contrôles effectués par DATIM

Les tests effectués par le logiciel de dépistage des atypies de l'information médicale (DATIM) sont susceptibles de repérer les incohérences suivantes :

080 GHM 15Z10E et âge en jour différent de 0.

093 GHM 15Z10E et durée de séjour différente de 0.

100 GHM 15Z10E et mode de sortie différent de 9 (décès).

108 Séjour enfant avec une durée de séjour = 0 jour, mode de sortie décès, sans code P95 en DP.

Il faut toutefois noter que le dernier cas n'est pas une incohérence dans le cas d'un enfant né vivant et décédé le jour de sa naissance. Comme sa dénomination l'indique, DATIM n'identifie pas seulement des erreurs, et les résultats de ses tests attirent l'attention du DIM sur les séjours à vérifier.

Références

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Volume 2, OMS éd.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Objectif 45.

Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil. *JORF* n° 0195, 22 août 2008, p. 13145.

Arrêté du 5 janvier 2007 relatif au registre prévu à l'article R. 1112-76-1 du code de la santé publique et portant modification de l'arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé, *JORF* n° 10, 12 janvier 2007.

Arrêté du 5 janvier 2007 relatif au registre prévu à l'article R. 1112-76-1 du code de la santé publique et portant modification de l'arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé, *JORF* n° 10, 12 janvier 2007.

Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie, *JORF* n° 0195, 22 août 2008.

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

« Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », *Bulletin officiel* 2011/6 bis, fascicule spécial.

ATIH. Note technique N9 CIM-MR / ME – 1116-3-2010 du 30 décembre 2010.

« Plan Périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité », ministère de la santé, 2004.

Blondel (B.) et *al.* : « Santé Périnatale » in *Surveillance épidémiologique. Principes, méthodes et applications en santé publique*, P. Astagneau, T. Ancelle, Médecine sciences publications Lavoisier, Paris, 2011.

Blondel (B.) et *al.*, « Out-of-hospital Births and the Supply of Maternity Units in France », *Health & Place* (2011).

ANNEXE III

Ont participé au groupe de travail :

Direction générale de la santé : Nicole Matet, Sophie Chaumien-Czuwak et Patrick Ambroise.

Direction générale de l'offre de soins : Julie Barrois, Thierry Kurth et Roselyne Boquet.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : Lucie Gonzalez, Marie-Claude Mouquet et le Dr Sandrine Danet.

Institut national de la santé et de la recherche médicale : Béatrice Blondel (unité 953 – Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants) et le Dr Albertine Aouba (centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – CépiDC).

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation : Sandra Gomez et le Dr Joëlle Dubois.

Département d'information médicale, CHU Nancy : Dr Jeanne Fresson.

Département d'information médicale, hôpital Trousseau, Paris : Dr Annie Serfaty et Cécile Leclerc (sage-femme PMSI).

Ont participé à la rédaction de la note technique :

Béatrice Blondel, unité 953 INSERM.

Dr Catherine Crenn-Hebert, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Louis-Mourier, Colombes.

Dr Jeanne Fresson, département d'information médicale, maternité régionale universitaire de Nancy.

Sandra Gomez, agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Dr Claudie Menguy, service d'information médicale, CHI André-Grégoire, Montreuil.

Dr Annie Serfaty, département d'information médicale, hôpital Armand-Trousseau, Paris.