



**FASCICULE V**

**GYNÉCOLOGIE  
OBSTÉTRIQUE**

## **AVERTISSEMENT**

La plupart des séjours concernés par les affections et situations de prise en charge évoquées dans ce document se déroulant dans le secteur de MCO, les conseils de codage donnés dans ce fascicule sont avant tout ceux qu'il convient de respecter pour le recueil dans le PMSI de ce secteur. Les utilisateurs devront vérifier qu'ils sont applicables à l'identique en cas de recueil pour un séjour dans un autre secteur.

# GÉNÉRALITÉS

## Terme

L'OMS calcule la durée de la grossesse à partir du 1<sup>er</sup> jour de la dernière période menstruelle normale ; l'âge gestationnel s'exprime en jours ou semaines révolus. Ainsi, un accouchement est dit *à terme* s'il survient entre la fin de la 37<sup>e</sup> semaine (259<sup>e</sup> jour) et la fin de la 42<sup>e</sup> semaine (293<sup>e</sup> jour) de gestation.

Le terme *semaines de gestation* employé dans la Cim correspond en France à celui de *semaines d'aménorrhée*. C'est donc ce dernier sous sa forme abrégée (SA) qui sera employé dans l'ensemble de ce document.

*Créé le 15 janvier 2009*

## Période périnatale : définition et conséquence sur le codage

La définition de la période périnatale est donnée en fin de volume 1 de la CIM (voir *Définitions*) ou dans la *Présentation statistique* (§ 5.7) du volume 2. Cette période commence à 22 semaines d'aménorrhée et se termine 7 jours révolus après la naissance. En conséquence :

- si la grossesse est arrêtée (ou lors d'une grossesse extra-utérine) **avant 22 semaines**, on emploie les codes d'avortement (O00 à O08) ;
- toute expulsion partielle ou totale (y compris d'un fœtus mort) survenant **à partir de 22 semaines** suppose l'emploi des codes d'accouchement (O10 à O99) et de naissance (Z37).

*Créé le 15 janvier 2009*

## Mort maternelle : révision de la définition

Dans son édition 2009, la Cim-10 intègre une modification de la définition de la *mort maternelle liée à la grossesse* apportée par l'OMS. Il s'agit d'une nouvelle rédaction de l'article consacré à ce sujet dans l'annexe *Définitions* du volume 1, repris dans le paragraphe 5.8.1 du volume 2 ; son sens n'en est pas modifié. L'article est désormais rédigé ainsi :

*4.3 La mort maternelle pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause – obstétricale ou non – de la mort.*

*Créé le 15 janvier 2009*

## Emploi des catégories Z35 et Z37

Le chapitre XV du volume 1 de la Cim-10 est consacré aux affections de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité. Il est divisé en 4 parties :

- les grossesses qui se terminent par un avortement : O00 à O08
- l'antépartum : O10 à O48
- le travail et l'accouchement : O60–O84
- les suites de couches ou postpartum : O85–O92

Cependant, certains libellés du chapitre XV ne comportent pas de mention explicite limitant leur emploi à une de ces périodes : il en est ainsi, par exemple, des libellés consacrés à

l'hypertension artérielle, au diabète ou aux embolies. Ils peuvent donc être employés indifféremment au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du postpartum.

De ce fait pour satisfaire à l'algorithme de groupage du PMSI en MCO :

- un code de la catégorie Z35 (*Surveillance d'une grossesse à haut risque*) est obligatoire en DP ou en DA pour tout séjour d'antépartum n'aboutissant pas à un accouchement ;
- un code de la catégorie Z37 (*Résultat de l'accouchement*) est obligatoire en DA pour tout séjour d'accouchement. On peut noter que les codes Z37 sont le compteur d'accouchement le plus fiable.

*Créé le 15 janvier 2009*

## AVORTEMENTS

**RAPPEL : On qualifie d'avortement l'expulsion d'un fœtus viable ou non avant 22 semaines d'aménorrhée (22 SA).**

### Points particuliers

**O02.1** (*Rétention d'un fœtus mort in utero*) code la rétention complète des produits de conception avant 22 semaines d'aménorrhée. Par comparaison, on emploie **O36.4** (*Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus*) après 22 SA.

Les codes des catégories O03–O06 ne peuvent être utilisés que pour des expulsions partielles ou totales des produits de conception survenant avant 22 SA. Elles peuvent se produire spontanément (O03), être effectuées sous contrôle médical (O04) ou résulter d'un avortement clandestin (O05). L'emploi des codes O06.– (*Avortement, sans précision*) doit être évité en raison de leur imprécision : il signifie que l'on ignore s'il s'agit d'un avortement spontané, d'un avortement médical ou d'un avortement clandestin.

L'ajout d'un quatrième caractère, commun aux catégories O03–O06 et présenté en tête de celles-ci, est obligatoire. Il précise le caractère complet ou non de l'avortement ainsi que la présence de complications immédiates, c'est-à-dire constatées lors du séjour motivé par l'avortement.

*Créé le 15 janvier 2009*

### Distinction entre IVG et IMG

Il faut distinguer l'**interruption volontaire de grossesse** (IVG), effectuée sans raison médicale à la demande de la femme, et l'**interruption médicale de grossesse** (IMG) – dite aussi interruption thérapeutique (ITG) –, réalisée sur indication médicale pour une affection mettant en jeu le pronostic maternel ou fœtal. Ces deux situations sont codées avec la même catégorie **O04** (*Avortement médical*). Dans le champ MCO, ce code est placé en DP. Pour des raisons de santé publique, il est nécessaire de les différencier par l'ajout de codes supplémentaires en DA :

- IVG : code **Z64.0** (*Difficultés liées à une grossesse non désirée*) ;
- IMG avant 22 semaines : un code de la catégorie **O28** (*Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère*), et éventuellement O35 (*Soins*

*maternels pour anomalies et lésions fœtales, connues ou présumées*) ou O98–O99 en cas d'affection maternelle.

**Une IMG après 22 semaines est un accouchement** (voir cet article).

*Créé le 15 janvier 2009*

### **Complication d'avortement**

❶ Lorsqu'une complication est constatée au cours du séjour pendant lequel est pris en charge l'avortement, on emploie pour la décrire le quatrième caractère adéquat des catégories O03–O06 (voir note en tête de ces catégories). Cette situation résulte soit de la survenue d'une complication après avortement spontané (O03) ou clandestin (O05) préalable à l'hospitalisation, soit de l'apparition d'une complication immédiate d'un avortement médical (O04). Si son codage utilise le quatrième caractère .3 ou .8 (*avec complications autres et non précisées*), la nature de la complication peut être précisée par l'ajout d'un code de la catégorie O08.

**Dans le cas d'un séjour pour avortement médical, l'ajout de code supplémentaire est obligatoire**, tel que précisé dans l'article *Distinction entre IVG et IMG* : on porte en DA le code Z64.0 s'il s'agit d'une IVG, un code O28.– en cas d'IMG.

❷ Lorsque la complication survient ultérieurement et est à l'origine d'un séjour distinct du séjour initial, on distinguera :

- la rétention, simple ou compliquée. Cette situation doit être codée comme un avortement **incomplet** en utilisant un code O03–O06 – conformément à la note placée en tête de l'énumération des quatrièmes caractères communs aux catégories O03 à O06 – complété par le caractère .0, .1, .2, .3 ou .4 ;
- les autres complications. Elles sont codées avec la catégorie O08 (*Complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire*).

**Dans cette situation on ne doit pas ajouter de code supplémentaire Z64.0 ou O28.–.**

*Créé le 15 janvier 2009*

### **Échec d'avortement**

**Un échec d'avortement est la poursuite d'une grossesse en dépit des manœuvres abortives.** Il survient généralement après administration d'un agent pharmacologique destiné à provoquer l'avortement et correspond à une absence totale d'expulsion des produits de conception. On emploie la catégorie **O07** pour coder ce phénomène.

Si cet échec est consécutif à un séjour pour avortement médical, l'ajout de code supplémentaire en DA obéit aux règles énoncées pour distinguer les IVG des IMG. On codera ainsi **Z64.0** en DA dans le cas d'une IVG et un code de la catégorie **O28** (et éventuellement O35) en cas d'IMG.

Cette situation est donc à distinguer des avortements incomplets, à l'issue desquels la grossesse est arrêtée en dépit d'une expulsion partielle. On se reportera à l'article *Complication d'avortement* pour leur codage.

*Créé le 15 janvier 2009*

## ACCOUCHEMENT

### Codes des catégories O80–O84

La note placée en tête du groupe de catégories O80–O84 indique que ces dernières ne doivent être utilisées pour le codage de la cause principale que si aucune autre condition du chapitre XV n'est mentionnée. Cette règle doit être suivie scrupuleusement lors du choix du diagnostic principal dans le champ MCO.

Dans le PMSI les codes O81–O84 n'ont donc pas à être utilisés en DP ; leur emploi reste cependant autorisé en DA.

*Créé le 15 janvier 2009*

### Accouchement normal ou eutocique

L'accouchement eutocique – que la Cim-10 qualifie de *spontané* – aboutit à l'expulsion de l'enfant par voie basse du seul fait des phénomènes naturels, en suivant le « déroulement harmonieux de [ses] différentes phases ». Tout phénomène perturbant ce déroulement fait qualifier l'accouchement de dystocique.

❶ Le plus souvent, l'accouchement eutocique se déroule chez une femme dont ni la grossesse ni les suites de couches ne sont émaillées d'un quelconque phénomène particulier identifiable lors de son séjour. Il peut s'agir d'un **accouchement unique** :

- par le sommet : en l'absence de toute autre mention, c'est le code O80.0 *Accouchement spontané par présentation du sommet* qui est employé ;
- par le siège : si l'accouchement se déroule tout à fait normalement, sans soins particuliers on emploie O80.1 *Accouchement spontané par présentation du siège*.

Dans le cas d'**accouchements multiples** normaux, on utilisera un code de la catégorie O30. Ainsi un accouchement gémellaire sans particularité sera codé O30.0 *Jumeaux* et non O84.0 *Accouchements multiples, tous spontanés*.

❷ Dans l'éventualité où un phénomène particulier (hors affections du groupe O60–O75) accompagne un accouchement normal **sans le perturber**, le code principal à employer est celui de la catégorie du chapitre XV qui décrit le plus précisément ce phénomène. Ainsi un accouchement eutocique chez une femme présentant un diabète, gestationnel ou non, se code O24.– ; un accouchement eutocique suivi d'une complication immédiate du postpartum est codé avec le groupe O85–O92 (*Complications principalement liées à la puerpéralité*).

Dans tous ces cas, le recours à la catégorie O80 est interdit.

*Créé le 15 janvier 2009*

### Accouchement dystocique

Tout accouchement difficile est à qualifier de dystocique, quelles que soient l'origine, la nature et la gravité de cette difficulté. Elle peut entraîner une impossibilité d'accouchement par voie basse, justifiant une décision de césarienne en cours de travail. Deux mécanismes principaux sont en cause : les anomalies des contractions et de la dilatation du col, aussi

appelées dystocies dynamiques, et les disproportions fœtopelviennes ou dystocies mécaniques. Les premières sont décrites dans les catégories O62 *Anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col* et O63 *Travail prolongé*. Les secondes figurent dans les catégories O64 *Dystocie due à une position et une présentation anormales du fœtus*, O65 *Dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère*, et O66 *Autres dystocies*.

Ainsi une même situation peut donner lieu à un accouchement eutocique ou dystocique. Dans l'exemple d'une présentation du siège, on code O80.1 (*Accouchement spontané par présentation du siège*) en cas d'accouchement eutocique, O64.1 (*Dystocie due à une présentation du siège*) en cas d'accouchement dystocique.

De manière générale le recours à une césarienne non programmée ou à une extraction instrumentale fait évoquer une dystocie qui doit être codée.

*Créé le 15 janvier 2009*

### **Césarienne programmée**

Lorsqu'une césarienne est programmée avant le début du travail on emploie habituellement en code principal les catégories O30 à O36 et non des codes de dystocie puisque c'est pour prévenir leur apparition que l'on a recours à la césarienne.

*Créé le 15 janvier 2009*

### **Accouchement et travail prématurés**

L'OMS a publié une modification du code O60 *Accouchement avant terme*, introduite le 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour l'usage dans le PMSI. Cette catégorie sert désormais à signaler la survenue du travail avant le terme de la grossesse, fixé à 37 semaines complètes d'aménorrhée, que la conclusion en soit un accouchement ou non.

Voici les recommandations d'emploi des subdivisions de la catégorie O60 fournies alors:

- travail prématuré sans accouchement : O60.0. Ce code correspond à ce qui est appelé communément « menace d'accouchement prématuré » [MAP]. Elle est caractérisée par des contractions utérines avec modifications du col cliniques ou échographiques : le col se raccourcit (longueur en échographie inférieure à 25-30 mm) ou s'ouvre. Ce code sera employé dans la situation où la femme n'accouche pas au terme d'un séjour pour MAP dans l'unité médicale. Cet état doit être distingué du faux travail (O47) au cours duquel les contractions ne s'accompagnent pas de modifications du col de l'utérus.
- travail prématuré avec accouchement prématuré : O60.1. Ce code sera employé chaque fois que la femme hospitalisée pour MAP accouche prématurément, lors du même séjour dans la même unité médicale (ou lorsqu'il n'y a pas de précision sur le caractère prématuré ou non de l'accouchement).
- travail prématuré avec accouchement à terme : O60.2. On portera ce code chaque fois que la femme hospitalisée pour MAP accouche à terme lors du même séjour dans la même unité médicale.

Ces modifications rendaient impossible l'enregistrement avec la Cim-10 d'un accouchement prématuré sans travail préalable : par exemple, accouchement par césarienne en urgence pour risque maternel ou fœtal. La notion de naissance prématurée est, elle, toujours possible à mentionner dans le dossier du nouveau-né avec le code adéquat du chapitre XVI.

Un nouveau remaniement de cette catégorie – désormais intitulée *Travail et accouchement prématurés* – a été l'occasion de l'ajout d'un code de sous-catégorie. L'introduction du libellé *Accouchement prématuré sans travail spontané* (O60.3) pallie désormais la carence de codage mentionnée dans l'alinéa ci-dessus, sans modifier les consignes d'emploi des codes O60.0–O60.2 : dans l'exemple donné, on codera O60.3 un accouchement par césarienne effectué en urgence pour risque maternel ou fœtal avant la 37<sup>e</sup> semaine, sans travail spontané préalable. Il a été décidé d'intégrer cette modification le 1<sup>er</sup> janvier 2009 pour l'usage dans le PMSI ; elle est applicable en MCO à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009.

*Créé le 15 janvier 2009*

### **IMG après 22 semaines**

Une interruption médicale de grossesse pratiquée après 22 semaines de gestation doit être codée comme un accouchement.

Si le motif de l'interruption est une anomalie fœtale, le DP est choisi dans la catégorie O35 (*Soins maternels pour anomalies et lésions fœtales, connues ou présumées*) et on enregistre par convention en DA un code de la catégorie O28 (*Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère*) et un code de la catégorie Z37 comme pour tout accouchement.

Si le motif de l'interruption est d'origine maternelle, on utilise en position de DP soit le code du chapitre XV qui correspond au libellé décrivant le plus exactement ce motif, soit un code des catégories O98 (*Maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*) ou O99 (*Autres maladies de la mère classées ailleurs mais compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*). Un code des chapitres I à XVII peut être ajouté au code O98.– ou O99.– utilisé pour préciser le DP. Dans tous les cas, on place en DA un code des catégories O28 et Z37.

*Créé le 15 janvier 2009*

### **Césarienne antérieure et utérus cicatriciel**

Il existe plusieurs circonstances au cours desquelles on peut être amené à mentionner le fait qu'une parturiente est porteuse d'un utérus cicatriciel, du fait d'une césarienne ou de toute autre intervention précédente.

Dans tous les cas où l'accouchement se déroule par voie basse chez une femme antérieurement césarisée, on porte le code **O75.7** (*Accouchement par voie vaginale après une césarienne*), que l'expulsion soit spontanée ou « aidée » par l'application de ventouse ou de forceps.

Si la décision est prise d'une césarienne préventive, on a recours au code **O34.2** (*Soins maternels pour cicatrice utérine due à une intervention chirurgicale antérieure*) – la césarienne étant codée en acte.

Si la décision de réaliser une césarienne était prise en cours de travail, il faudrait faire appel à **O65.5** (*Dystocie due à une anomalie des organes pelviens de la mère*).

*Créé le 15 janvier 2009*

## DIVERS OBSTÉTRIQUE

### Séjours sans rapport avec la grossesse

Rien n'impose d'employer les seuls codes du chapitre XV du volume 1 de la Cim-10 lors de la prise en charge d'une femme enceinte. On ne doit faire appel à ces codes que pour les « états mentionnés compliquant la grossesse, aggravés par la grossesse ou à l'origine de soins obstétricaux » – note sous le titre des catégories O98 et O99 – : c'est le cas lorsque l'affection présente un risque maternel ou fœtal pour l'évolution de la grossesse. En dehors de ces cas, on doit utiliser un code d'un autre chapitre ; la grossesse peut alors être signalée comme une information supplémentaire en portant le code **Z33** (*Grossesse constatée fortuitement*).

*Créé le 15 janvier 2009*

### Grossesse et troubles mentaux

Les troubles mentaux survenant dans le postpartum sont décrits dans le chapitre V du volume 1 de la Cim-10 consacrés aux troubles mentaux et du comportement. La catégorie **F53** (*Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs*) leur est consacrée.

*Créé le 15 janvier 2009*

### Transfert après accouchement

Lorsqu'une patiente est transférée dans un établissement après son accouchement pour une raison non médicale (manque de place, rapprochement avec l'enfant), on emploie **Z39.0** (*Soins et examens immédiatement après l'accouchement*) en code principal si le séjour s'est déroulé sans complication.

*Créé le 15 janvier 2009*

## GYNÉCOLOGIE

### Syndrome d'hyperstimulation ovarienne

Si un certain degré d'hyperstimulation biologique est recherché volontairement au cours des procréations médicalement assistées, l'hyperstimulation clinique est une complication rare mais potentiellement grave des inductions de l'ovulation. On repère ce syndrome par l'emploi du code **N98.1** (*Hyperstimulation des ovaires*).

Les signes constitutifs de ce tableau sont divers et de gravité variable : épanchement pleural ou péritonéal, douleurs, vomissements, symptômes cardiovasculaires, insuffisance rénale ou embolie. Chacun de ces éléments peut être codé distinctement, en suivant les principes du recueil dans le champ concerné.

*Créé le 15 janvier 2009*

### **Avortements à répétition**

Le code **N96** (*Avortements à répétition*) ne doit pas être employé pour coder le séjour au cours duquel a lieu l'avortement (voir catégories O03–O06) ni chez une femme enceinte présentant des antécédents d'avortements (voir Z35.1). Il sera utilisé chez une femme en dehors de la grossesse pour signaler ce terrain à risque.

*Créé le 15 janvier 2009*

### **Stérilité et procréation médicalement assistée (PMA)**

Les motifs de prise en charge pour un acte en rapport avec une PMA doivent être codés avec la catégorie Z31. Z31.2 (*Fécondation in vitro*) code le prélèvement (y compris dans le cadre d'un don) ou l'implantation d'ovocytes. Z31.8 (*Autres mesures procréatives*) code la ponction épидидymaire pour recueil de sperme. Les codes de la catégorie N97 (*Stérilité de la femme*) ne doivent pas être employés en affection principale dans ces deux cas.

*Créé le 15 janvier 2009*

## SOMMAIRE

<b>A</b>	<p>Implantation d'ovocytes ..... 8</p> <p>Interruption de grossesse ..... 2</p> <p>IVG ..... 2</p>
<b>Accouchement</b>	<p style="text-align: center;"><b>M</b></p> <p>MAP..... 5</p> <p>Menace d'accouchement prématuré ..... 5</p> <p>Mort maternelle ..... 1</p>
<p>dystocique ..... 4</p> <p>eutocique ..... 4</p> <p>normal ..... 4</p> <p>prématuré..... 5</p> <p>siège (par le)..... 4</p> <p>terme (à) ..... 1</p>	<b>P</b>
<p>Antépartum..... 1</p> <p>Avortement</p> <p>  complication ..... 3</p> <p>  définition ..... 2</p> <p>Avortements à répétition ..... 8</p>	<p>Périnatale (période)..... 1</p> <p>PMA..... 8</p> <p>Ponction épидидymaire ..... 8</p> <p>Prélèvement d'ovocytes..... 8</p> <p>Procréation médicalement assistée ..... 8</p>
<b>C</b>	<b>R</b>
<p>Catégorie Z35 ..... 1</p> <p>Catégorie Z37 ..... 1</p> <p>Catégories O80–O84 ..... 4</p> <p>Césarienne antérieure ..... 6</p> <p>Césarienne programmée ..... 5</p> <p>Complication d'avortement..... 3</p>	<p>Rétention (des produits de conception) .... 2</p>
<b>D</b>	<b>S</b>
<p>Dystocie</p> <p>  dynamique ..... 5</p> <p>  mécanique ..... 5</p>	<p>Séjour sans rapport avec la grossesse ..... 7</p> <p>Semaines</p> <p>  gestation (de)..... 1</p> <p>  aménorrhée (d')..... 1</p> <p>Siège (accouchement par le)..... 4</p> <p>Stérité..... 8</p> <p>Syndrome d'hyperstimulation ovarienne.. 7</p>
<b>E</b>	<b>T</b>
<p>Échec d'avortement..... 3</p>	<p>Terme ..... 1</p> <p>Transfert après accouchement ..... 7</p> <p>Travail</p> <p>  prématuré ..... 5</p> <p>Troubles mentaux et grossesse ..... 7</p>
<b>F</b>	<b>U</b>
<p>Faux travail..... 5</p>	<p>Utérus cicatriciel..... 6</p>
<b>I</b>	
<p>IMG</p> <p>  avant 22 semaines..... 2</p> <p>  après 22 semaines..... 6</p>	