



## 2<sup>ème</sup> Atelier codage PMSI

Date de la réunion : 20/10/2016	<b>Présents :</b> L. Prime (Réseau de Périnatalité) B. Chirat (Polyclinique du Parc) S. Péan (CH Argentan) N. Desoubreaux, M. Berthier, N. Cognat, L. Coutable (CH Bayeux) F. Lenoir (CH Saint-Lô) F. Lefort, D. Ilongo, I. Renaux, P. Davoust, M. Faucon (CHU Caen) <b>Excusés :</b> M. Leport (CHU Caen) I. Denis (CH Flers) L. Dornier (CH Saint-Lô) Stéphanie Adou (Polyclinique du Parc)
Date de rédaction : 21/10/2016	
Rédacteur : L.PRIME Révision : F. LEFORT, D. ILONGO	

THEMES ABORDES	Décisions
<b>Brefs rappels sur le codage</b>	
<p>&gt; <b>Accouchement</b> : si <math>\geq 22</math> SA sinon avortement ; DP en O.-. autre que O81.0 à O84.9 ; si hors hôpital DP : Z39.00.</p> <p>&gt; <b>Accouchement hors hôpital</b> : Accouchement déclaré 'hors hôpital' même si la délivrance est effectuée en salle de naissance.</p> <p>&gt; <b>Naissance</b> : si <math>\geq 22</math> SA et/ou 500g sinon pas de RUM</p> <p>&gt; <b>Avortement</b> : si <math>&lt; 22</math> SA. DP en O04.-. On distingue IMG et IVG. On ajoute Z64.0 pour les IVG et les échecs d'IVG.</p> <p>&gt; <b>Naissance vivante</b> : DP en Z38.-</p> <p>&gt; <b>IMG <math>\geq 22</math> SA</b> : DP en O35.- pour la mère si cause fœtale. Code en Z37.- avec extension '1'. DP = P95 pour l'enfant avec P96.4 en DAS.</p> <p>&gt; <b>MFIU <math>\geq 22</math> SA</b> : DP = O36.4 pour la mère. Code en Z37.- avec extension '0'. DP = P95 pour l'enfant.</p> <p>&gt; <b>Soins du post-partum</b> : DP = Z39.08 pour la mère ; DP = Z76.2 pour l'enfant</p>	<p>Le codage d'un accouchement hors hôpital reste (DP : Z39.00, DAS : Z37.-, pas d'acte d'accouchement)</p>
<b>Harmonisation du codage</b>	
<p>&gt; <b>Utilisation des codes P20.- en cas de liquide teinté</b> : L'emploi de ces codes est autorisé par le fascicule 6 de l'ATIH, page VI-2.</p> <p>&gt; <b>Extraction du BMI (ou poids et taille) des mères</b> : L'extraction de ces données pourraient permettre au réseau de mettre en œuvre des études épidémiologiques sur l'obésité en BN.</p>	<p>L'attention des maternités est portée sur l'emploi de ces codes en cas de liquide teinté.</p> <p>Il n'a pas été trouvé de maternité pouvant extraire ces données au niveau informatique.</p> <p>Une piste subsiste dans l'emploi des codes étendus de la famille E66. Ces extensions permettent de retrouver les IMC « obésité » selon 3 classes : 30-40 ; 40-50 ; <math>\geq 50</math></p> <p>Etude de ces codes dans le PMSI à prévoir.</p>
<b>Cas pratiques de codage</b>	
<p><b>Cas pratique #1 : Diabète</b> Détermination du DP :</p>	<p>Le DP correspond à la complication de l'accouchement. Le codage proposé (O24.0) peut être remplacé par le motif de la césarienne :</p>

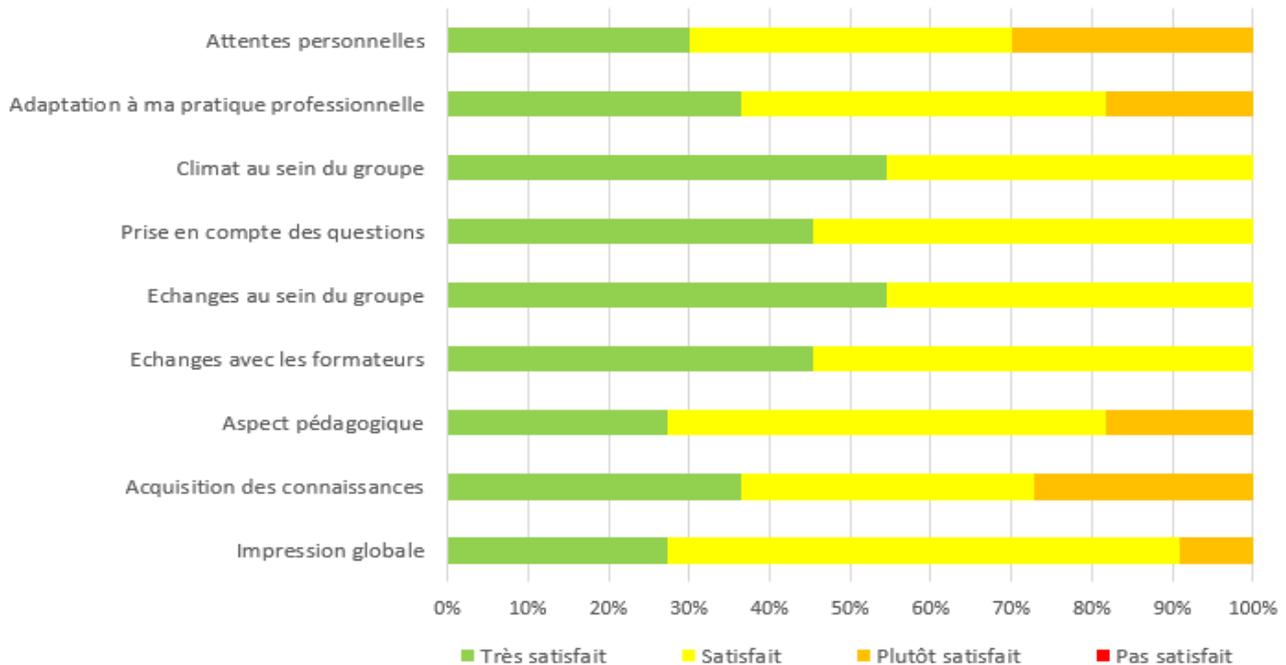
	<p>O14.1 prééclampsie sévère. Dans ce cas, le groupage est inchangé.</p> <p>Le code O14.1 (prééclampsie sévère) peut être remplacé par le code O11 (Prééclampsie surajoutée à une hypertension chronique). Toutefois, en acceptant le O11 au lieu du O14.1, on perd la notion de sévérité de la prééclampsie</p> <p>La valorisation des 2 codes est identique</p>
<p><b>Cas pratique #2 : RPM</b></p>	<p>Le codage proposé a été globalement approuvé.</p> <p>Là encore nous retrouvons le code de rupture des membranes O42.1 en DP et le code d'accouchement O80.0 en DAS.</p> <p>Rappel : la mise en travail correspond à une modification du col associée à des contractions régulières.</p>
<p><b>Logigramme RPM</b></p> <p>Discussion autour de l'utilisation du code O75.6</p>	<p>Le logigramme exposé est à revoir en particulier pour la présence du code O75.6 « Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes ». Ce code comporte une exclusion : O42.- rupture spontanée prématurée des membranes et ne peut donc être utilisé dans un contexte de RPM.</p>
<p><b>Cas pratique #3 : Addicto-socio</b></p> <p>Discussion autour du DP :</p> <p>Discussion autour des grossesses non suivies :</p> <p>Discussion autour de la valorisation des codes en F.-. :</p> <p>Discussion autour du codage de l'obésité :</p>	<p>Le code O99.3 « Troubles mentaux et maladies du système nerveux compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité » peut être utilisé en DP.</p> <p>Le code Z35.3 « Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soins prénatals insuffisants » est utilisé en cas de grossesse non suivie.</p> <p>Le code F19.2 valorise le séjour, mais pour une femme accouchant à terme (VB ou césar), le code F10.2 valorise le séjour en B aussi.</p> <p>Le codage de l'obésité est permis grâce aux extensions des codes E66 et ceci pour les IMC <math>\geq</math> 30.</p> <p>A noter : Les codes en R45.- peuvent être utilisés en cas d'agressivité de la patiente.</p> <p>Certains codes en P04.- « Fœtus et nouveau-né affecté par le tabac, l'alcoolisme, la toxicomanie... de la mère » peuvent être codés pour le nouveau-né.</p>

<p><b>Cas pratique #4 : Jumeaux</b></p> <p>Discussion autour du codage proposé :</p> <p>Discussion sur le codage de la dénutrition :</p>	<p>L'assemblée approuve le codage proposé.</p> <p>Le codage de la dénutrition et les critères de diagnostic sont décrits dans le guide méthodo. 2016, p. 107-109 L'emploi des codes E40.- à E46.- est préconisé. Par contre, l'utilisation de ces codes ne valorise pas le séjour.</p> <p>Rappel : un accouchement par le siège (O80.1) sans manœuvre obstétricale est eutocique (cas rare).</p>
<p><b>Cas pratique #5 : Actualité...</b></p> <p>Discussion autour du codage proposé :</p>	<p>L'assemblée approuve le codage proposé.</p>
<p><b>Cas pratique #6 : Anesthésie</b></p> <p>Discussion autour du codage proposé :</p>	<p>L'assemblée approuve le codage proposé.</p>
<p><b>Focus sur l'anesthésie</b></p> <p>Discussion sur le codage des différents types d'anesthésie loco-régionales (ALR) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Péridurale : le produit anesthésiant ne franchit pas la dure-mère</li> <li>- Rachianesthésie : le KT franchit la dure-mère, les produits diffuseront donc dans le LCR, au contact de la moelle épinière</li> </ul>	<p>L'intitulé des codes de céphalées dues à une anesthésie (O74.5 et O89.4) précise bien « par une rachianesthésie et une anesthésie épidurale ». On peut donc utiliser ces codes quel que soit le type d'ALR.</p> <p>Dans notre cas clinique, la céphalée survenant après l'accouchement et avec une relation de cause à effet évidente, le O74.5 était plus pertinent car plus précis, que le O89.4 qui a été codé.</p>
<p><b>Cas pratique #7 : Réhospitalisation</b></p> <p>Discussions autour du codage proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codage de la thalassémie</li> <li>- Codage de l'hépatite B ancienne</li> <li>- Contexte de grossesse non désirée</li> <li>- Codage de la Gardnerella</li> <li>- Si matériel intra-utérin à l'échographie ?</li> </ul>	<p>Le contexte de réhospitalisation pour infection post-abortum (O08.0) n'appelle pas le code Z64.0.</p>
<p><b>Cas pratique #8 : Pédiatrie</b></p> <p>Discussion autour du codage proposé :</p>	<p>L'assemblée approuve le codage proposé.</p>
<p><b>Cas pratique #9 : Sepsis</b></p> <p>Discussion autour du codage proposé :</p>	<p>En ce qui concerne la désunion de la cicatrice, le code O90.0 « Rupture d'une suture de césarienne » doit être préféré (code en O) au</p>

code T81.38 « Désunion d'une plaie opératoire ».  
On peut toutefois associer les deux codes.

### Résultats des questionnaires de satisfaction :

Cette année encore notre atelier codage a été une réussite comme le prouvent les 100% de satisfaction globale !  
Plus de détails dans le graphique suivant :



### Divers :

Cette synthèse et le diaporama de l'atelier seront mis en ligne dès que possible sur le site du réseau (section professionnels) :

<http://www.perinatbn.org/>

Et n'oubliez pas : si vous êtes confronté à un cas pratique de codage, ou si vous avez une problématique de codage que vous souhaiteriez voir abordée n'hésitez pas à nous en faire part par mail : [contact@perinatbn.org](mailto:contact@perinatbn.org)

Prochaine réunion : octobre 2017